

GŁOS - JĘZYK - KOMUNIKACJA

TOM 4

**FUNKCJONOWANIE SPOŁECZNE
DZIECI Z PROBLEMAMI KOMUNIKACYJNYMI**

GŁOS – JĘZYK – KOMUNIKACJA

TOM 4

FUNKCJONOWANIE SPOŁECZNE
DZIECI Z PROBLEMAMI KOMUNIKACYJNYMI



WYDAWNICTWO
UNIwersytetu Rzeszowskiego
RZESZÓW 2017

Redaktorzy tomu
AGNIESZKA MYSZKA
KATARZYNA ITA BIEŃKOWSKA
IZABELA MARCZYKOWSKA

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

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

Recenzent tomu
dr hab. MARZENA STĘPIEŃ

Opracowanie redakcyjne i korekta
WŁADYSŁAW WÓJTOWICZ

Opracowanie techniczne
EWA KUC

Łamanie
MAREK KUC

Projekt okładki
GRZEGORZ WOLAŃSKI

© Copyright by
Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego
Rzeszów 2017

ISBN 978-83-7996-478-9
DOI: 10.15584/978-83-7996-478-9

1456

WYDAWNICTWO UNIwersYTETU RZESZOWSKIEGO
35-959 Rzeszów, ul. prof. S. Pigoń 6, tel. 17 872 13 69, tel./faks 17 872 14 26
e-mail: wydaw@ur.edu.pl; <http://wydawnictwo.ur.edu.pl>
wydanie I; format B5; ark. wyd. 10,7; ark. druk. 12,625; zlec. red. 104/2017

Druk i oprawa: Drukarnia Uniwersytetu Rzeszowskiego

SPIS TREŚCI

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

CZĘŚĆ I SPOŁECZNE ASPEKTY WSPIERANIA ROZWOJU MOWY

Katarzyna Węsierska, Aleksandra Krawczyk , Wsparcie dziecka jākającego się w środowisku edukacyjnym	13
Tomasz Gosztyła , Ojcowie dzieci z autyzmem w relacjach rodzinnych i terapeutycznych	31
Agata Mężyk, Dorota Lipiec , Strategie i zasady wychowania dwujęzycznego w świadomości rodziców	40
Katarzyna Ita Bieńkowska , Program rehabilitacji małych dzieci z wadą słuchu „Dźwięki Marzeń” w województwie podkarpackim	53
Małgorzata Półtorak , Psychospołeczne funkcjonowanie dzieci z dysleksją rozwojową – wybrane aspekty	68
Izabela Więcek-Poborczyk, Dorota Lipiec , Patofonyka w praktyce logopedycznej	79

CZĘŚĆ II KONTEKSTY TERAPII LOGOPEDYCZNEJ

Anna Maria Pękacka , Modele przetwarzania języka w przypadku afazji Broki w badaniach z obszaru niemieckojęzycznej lingwistyki klinicznej	93
Gabriela Lorens, Aleksandra Karwowska , Fenomen dotyku we wczesnej interwencji logopedycznej	107
Ewa Wasińska-Zdżalik , Wspomaganie rozwoju mowy małych dzieci z wadą słuchu – zajęcia logorytmiczne	117
Aneta Lew-Koralewicz , Trening komunikacji funkcjonalnej (FCT) jako metoda terapii zachowań trudnych dzieci o zaburzonej komunikacji językowej	135
Wanda Kostecka , Diagnoza i terapia logopedyczna dziecka z wczesną niepełnością mowy – studium przypadku	147
Izabela Marczykowska, Wioletta Koczaja-Styka , Opóźniony rozwój mowy na tle skrajnego wcześniactwa – studium przypadku	164

CZĘŚĆ III VARIA

Katarzyna Ita Bieńkowska, Agnieszka Woźniak , Sprawozdanie z I Konferencji Naukowo-Szkoleniowej „Norma i zaburzenia komunikacji językowej w kontekście edukacyjnym”	185
Agnieszka Mysza , Dzieci ze „świata ciszy” w społeczeństwie – recenzja książki <i>Wybrane problemy wsparcia wczesnorozwojowego i edukacji dzieci i młodzieży z wadą słuchu na przykładzie pięciu krajów europejskich</i>	188
Sebastian Jan Gałuszka , Moje życie z Parkinsonem	193
Noty o autorach	197

OD REDAKCJI

Czwarty tom serii wydawniczej pt. „Głos – Język – Komunikacja”, podobnie jak poprzednie, podejmuje tematykę problemów komunikacyjnych o różnym podłożu.

Według klasycznej już teorii aktów mowy Romana Jakobsona, aby akt komunikacji był skuteczny (czyli aby porozumienie było możliwe), musi w nim wystąpić korelacja poszczególnych składników, tzn. nadawca i odbiorca muszą się porozumiewać tym samym kodem (czyli muszą znać ten sam zespół znaków i reguł ich łączenia), pozwalającym ukształtować pewną całość językową – komunikat. Odbiorca musi być w stanie dekodować odebrany komunikat, czyli zrozumieć jego treść, także dzięki temu, że jest ona zakotwiczona w określonej rzeczywistości (kontekście). Żeby nadawca i odbiorca mogli się porozumieć, musi pomiędzy nimi zaistnieć określony kontakt, obaj więc muszą być nastawieni na nadawanie i odbieranie informacji.

Zakłócenia na poziomie któregośkolwiek ze składników aktu komunikacji skutkują problemami w porozumiewaniu się. Mogą one mieć bardzo różne przyczyny, np. nadawca i odbiorca nie znają lub znają w stopniu niewystarczającym ten sam kod językowy, jeden z rozmówców nie chce nawiązać kontaktu, rozmówcy nie dysponują tą samą kompetencją kulturową (nie mają porównywalnej wiedzy o rzeczywistości), jeden z rozmówców ma problemy z budowaniem komunikatu itp. Właśnie na tego typu trudnościach skupiają się autorzy artykułów zamieszczonych w tym tomie.

Ponieważ problemy komunikacyjne są wielowymiarowe i mają różne podłoże, tom ma charakter interdyscyplinarny. Tym razem chcemy się skupić na społecznych aspektach problemów komunikacyjnych przede wszystkim u dzieci. Swoimi spostrzeżeniami na ten temat podzielili się praktykujący językoznawcy, pedagodzy, logopedzi oraz glottodydaktycy.

Artykuły zostały pogrupowane w trzech częściach. Pierwsza, zatytułowana *Społeczne aspekty wspierania rozwoju mowy*, zawiera teksty dotyczące form wsparcia dzieci z problemami komunikacyjnymi w środowisku rodzinnym, edukacyjnym i terapeutycznym oraz sposobów ich diagnozowania i opisywania.

Katarzyna Węsierska i Aleksandra Krawczyk skupiły się na trudnościach wynikających z jakości komunikatu, czyli na zagadnieniach związanych z sytuacją dzieci jakających się w środowisku edukacyjnym. Opisały sposoby wsparcia

dzieci nie tylko ze strony nauczycieli, ale także innych pracowników szkoły, logopedów i rodziców. Z kolei na problemach dzieci unikających kontaktów językowych skoncentrował się Tomasz Gosztyła. Badacz przedstawił rzadko poruszany w publikacjach naukowych problem: dokonał wstępnej charakterystyki ojców dzieci z autyzmem, w kontekście ich relacji rodzinnych i relacji z profesjonalistami. Starał się pokazać różnice w postawach i zachowaniach ojców i matek.

Dwa kolejne artykuły dotyczą problemów komunikacyjnych na poziomie kodu. Agata Mężyk i Dorota Lipiec podjęły się opisu tego, na ile rodzice wychowujący dzieci posługujące się dwoma kodami (dwoma językami) są świadomi istnienia różnych strategii wychowawczych i na ile je stosują. Swoje refleksje oparły na badaniach ankietowych i własnym doświadczeniu. Z kolei Katarzyna Ita Bieńkowska opisała rehabilitację dzieci, które z powodu uszkodzenia słuchu mają problem z opanowaniem języka mówionego lub w ogóle nie są w stanie go opanować. Autorka, która przez dziesięć lat była w województwie podkarpackim koordynatorem ogólnopolskiego programu rehabilitacji domowej małych dzieci z wadą słuchu „Dźwięki Marzeń”, przedstawiła przebieg, efekty oraz ocenę tego programu.

Ostatnie prezentowane w tej części artykuły łączy to, że dotyczą pisania, ale autorki poruszają zupełnie różne zagadnienia. Małgorzata Półtorak omówiła wybrane aspekty psychospołecznego funkcjonowania dzieci z dysleksją rozwojową. Skupiła się na kwestiach związanych m.in. z osobowością tych dzieci, ich motywacją, emocjami, kompetencjami społecznymi, samooceną, przystosowaniem do grupy. Z kolei Izabela Więcek-Poborczyk i Dorota Lipiec przedstawiają przedmiot i obszar badań patofonetyki oraz przykłady jej zastosowań w praktyce logopedycznej i poza nią. Autorki akcentują interdyscyplinarność patofonetyki.

Druga część książki, zatytułowana *Konteksty terapii logopedycznej*, zawiera pięć artykułów prezentujących różne rodzaje terapii wspierającej pracę logopedy oraz przykłady konkretnych działań logopedycznych.

Część tę otwiera niezwykle interesujący artykuł Anny Marii Pękackiej prezentujący podejście do terapii afazji obowiązujące w niemieckojęzycznych kantonach Szwajcarii. Kolejne artykuły dotyczą terapii dzieci. Gabriela Lorens i Aleksandra Karwowska opisują rolę dotyku we wczesnej interwencji logopedycznej. Autorki podkreślają, że dotyk może być zarówno bodźcem pozytywnym, jak i negatywnym, jest językiem ciała i duszy, ma ogromny wpływ na rozwój dziecka. Praktykująca na co dzień w Polskiej Fundacji Pomocy Dzieciom Niedosłyszącym – Echo logopeda Ewa Wasińska-Zdzałik, autorka kolejnego artykułu, rekomenduje zajęcia logorytmiczne jako wspomagające rozwój mowy małych dzieci z wadą słuchu. Analizuje wyniki badań postępów w nabywaniu kompetencji komunikacyjnych w efekcie uczestnictwa w specjalnie skomponowanym programie zajęć logorytmicznych, które w jej ocenie w znacznym stopniu przyczyniają się do lepszego przygotowania dzieci do zajęć w przedszkolu i szkole.

Terapia logopedyczna może być utrudniona, jeśli pacjentem jest dziecko z trudnymi zachowaniami. Aneta Lew-Koralewicz pokazuje, że w pracy z takimi pacjentami efektywną metodą modyfikacji zachowań niepożądanych jest trening komunikacji funkcjonalnej, który bazuje na zastąpieniu zachowań trudnych poprzez akceptowane formy komunikacji. Autorka prezentuje także trzy przypadki pacjentów mających różne niepełnosprawności. Dwa ostatnie artykuły to studia przypadków. Wanda Kostecka przedstawiła niespełna trzyletnie dziecko z wczesną niepełnością mowy, wychowujące się w rodzinie dwujęzycznej, z kolei Izabela Marczykowska i Wioletta Koczaja-Styka ukazały rozwój mowy dziecka urodzonego w 27. tygodniu ciąży. Obydwa artykuły zawierają plany terapii i mogą stanowić źródło inspiracji dla logopedów pracujących z takimi pacjentami.

Ostatnią część tworzą *Varia*. Składają się na nią trzy teksty. Pierwszy z nich, przygotowany przez Katarzynę Itę Bieńkowską i Agnieszkę Woźniak, jest sprawozdaniem z I Konferencji Naukowo-Szkoleniowej „Norma i zaburzenia komunikacji językowej w kontekście edukacyjnym”, która odbyła się 7 października 2016 r. w Akademii Pedagogiki Specjalnej w Warszawie. Drugi, napisany przez Agnieszkę Myszkę, to recenzja książki *Wybrane problemy wsparcia wczesnorozwojowego i edukacji dzieci i młodzieży z wadą słuchu na przykładzie pięciu krajów europejskich*, redagowanej przez trzy surdologopedki Katarzynę Itę Bieńkowską, Małgorzatę Zaborniak-Sobczak i Edytę Tomińską. Ostatni artykuł otwiera serię *Moje życie z...* – to esej o chorobie Parkinsona napisany przez cierpiącego na nią młodego człowieka, Sebastiana Gałuszkę. Tekst, niepozbawiony ironicznego dystansu i miejscami czarnego humoru, jest jednak przepelniony optymizmem i nadzieją. W końcu przecież co roku pojawiają się nowe leki na nieuleczalne dotąd choroby. A dystans do siebie i swoich problemów pozwala jakoś sobie z nimi radzić. Jeśli nawet nie samemu, to przecież są inni, którzy mogą i chcą pomagać. Oby było ich jak najwięcej!

Podobnie jak poprzednie tomy tej serii, również tę publikację adresujemy przede wszystkim do studentów logopedii, ale także logopedów, nauczycieli, pedagogów, dziennikarzy, studentów i wszystkich innych osób czynnie pracujących głosem i nad głosem. Mamy nadzieję, że lektura prezentowanych tu tekstów zainspiruje czytelników do samokształcenia i do opracowania własnych programów, których celem jest rozwijanie umiejętności komunikacyjnych dzieci z różnymi trudnościami.

Agnieszka Myszka
Katarzyna Ita Bieńkowska
Izabela Marczykowska

CZĘŚĆ I

**SPOŁECZNE ASPEKTY
WSPIERANIA ROZWOJU MOWY**

Katarzyna Węsierska¹, Aleksandra Krawczyk²

¹ Uniwersytet Śląski; Centrum Logopedyczne w Katowicach

² University of Central Florida, USA

WSPARCIE DZIECKA JĄKAJĄCEGO SIĘ W ŚRODOWISKU EDUKACYJNYM

*Skuteczna terapia jąkania jest wypadkową:
motywacji, poświęcenia, zaangażowania,
odwagi, cierpliwości i ... zrozumienia!*

L.M. Hulit

Artykuł jest poświęcony zagadnieniom związanym z sytuacją dzieci jąkających się w środowisku edukacyjnym. Autorki zaakcentowały kwestie dotyczące możliwości udzielania kompleksowego wsparcia uczniom z zaburzeniami płynności mowy w szkole. W artykule zaprezentowano podstawowe problemy, z którymi zmagają się uczniowie jąkający się, oraz zarysowano najważniejsze problemy dotyczące terapii jąkania u dzieci w wieku szkolnym. Zagadnienie udzielania skutecznego wsparcia dziecku jąkającemu się omówiono z różnych perspektyw – potrzeby budowania zespołu terapeutycznego oraz wykorzystania potencjału poszczególnych jego ogniw: logopedy, nauczycieli, rodziców, pracowników szkoły i społeczności szkolnej. W artykule zarekomendowano praktyczne strategie udzielania pomocy przez każdy z elementów tego zespołu terapeutycznego wsparcia.

Słowa kluczowe: jąkanie, uczeń, nauczyciel, wsparcie, profilaktyka, terapia, szkoła/środowiska edukacyjne

Sytuacja szkolna dzieci z zaburzeniami w płynnym komunikowaniu się

Jąkanie zalicza się do takich zaburzeń, które wywierają silny wpływ na funkcjonowanie dziecka w szkole. Najczęściej pierwsze symptomy tego zaburzenia obserwowane są w mowie dziecka pomiędzy 2. a 5. rokiem życia (Yairi, Ambrose 2005). Objawy zakłóceń w płynnym komunikowaniu u przedszkolaków najczęściej ustępują samoistnie, ale jeśli jąkanie w mowie dziecka utrzymuje się dłużej niż trzy lata, to szanse na wycofanie się zaburzenia radykalnie male-

ją. Jąkanie występuje znacznie częściej u chłopców niż u dziewcząt – wśród dzieci w wieku przedszkolnym proporcja występowania objawów u chłopców w stosunku do dziewczynek jest zbliżona, ale to dziewczynki częściej radzą sobie z tym problemem w wczesnym dzieciństwie. Zazwyczaj przyjmuje się, że w okresie przedszkolnym jąkanie występuje u około 5% dzieci, natomiast chroniczne jąkanie – u dzieci starszych, młodzieży i dorosłych dotyczy około 1% populacji (Yairi, Seery 2011).

Przyczyny jąkania nie są do końca rozpoznane – powszechnie uznawane jest ono za zaburzenie o wieloczynnikowej etiologii, z silną komponentą neurofizjologiczną (Kelman, Nicholas 2013). Od lat podkreśla się, że rodzice nie są winni temu, iż dziecko się jąka – co więcej, akcentowany jest pozytywny wpływ jak najpełniejszego zaangażowania rodziny w proces interwencji logopedycznej (Cook, Botterill 2005; Węsierska, Jeziorczak 2011).

Dzieci jākające się są narażone na negatywne postawy wobec ich sposobu komunikowania się tak ze strony rówieśników, jak i innych osób z otoczenia, co może mieć negatywny wpływ na ich samopoczucie i rozwój (Hugh-Jones, Smith 1999). Prawidłowe funkcjonowanie dziecka w szkole jest związane z poziomem jego kompetencji językowej. Wszelkie odstępstwa od szeroko ujmowanej normy w zakresie rozwoju mowy i zaburzenia procesów komunikacji językowej mogą wywierać wpływ na kształtowanie się osobowości dziecka, na jego samoocenę i jakość relacji z otoczeniem (Stecko 2001). Dzieci z zaburzeniami mowy znajdują się w grupie ryzyka w zakresie wystąpienia w przyszłości niepowodzeń szkolnych lub niedostosowania społecznego (Wintgens 2002). Częstymi przejawami zachowań obserwowanymi u uczniów zmagających się z utrudnieniami w komunikowaniu się są: mniejsza aktywność na lekcjach, odrzucenie przez rówieśników, izolacja (Moćko, Węsierska 2015; Węsierska 2012). Co więcej, zdarza się, że uczniowie z zaburzeniami mowy na skutek trudności w komunikowaniu się w strukturze socjometrycznej zespołu klasowego zajmują pozycje izolacji i odrzucenia, bywa też, że ich kontakty rówieśnicze w szkole i poza szkołą są znacznie ograniczone (Skorek 2000). Badania prowadzone w różnych krajach na świecie wykazały, że uczniowie z zaburzeniami w komunikowaniu się spotykają się z przejawami agresji w szkole – doświadczają długofalowych, negatywnych psychologicznych i społecznych konsekwencji (Blood, Blood 2007; Węsierska i in. 2015).

Ponadto badania postaw nauczycieli wobec dzieci z zaburzeniami mowy, w tym z jąkaniem, wykazały istnienie stereotypowego postrzegania takich osób (Grzybowska i in. 1991; Lass i in. 1992; Kasprzyk i in. 2005). Formą wsparcia uczniów z problemami w komunikowaniu się, przytaczaną najczęściej w badaniach sondażowych przez nauczycieli, było skierowanie do specjalisty (Moćko, Węsierska 2015).

Uczeń jękający się w szkole

Badania wykazały, że uczniowie jękający się częściej niż ich rówieśnicy doświadczają dokuczania z powodu swojej inności. Zjawisko tzw. *bullyingu*, opisywane w Polsce jako mobbing szkolny, to umyślne, celowo agresywne zachowania wśród dzieci w wieku szkolnym, które wiążą się z rzeczywistą lub wyobrażoną przewagą siłową i powtarzają się przez pewien okres czasu (Pyżalski 2012; Pyżalski, Roland 2011). Takie zachowania mogą przyjmować różne formy: werbalne (dokuczanie, przezywanie), społeczne, relacyjne, emocjonalne, czy też związane z aktami agresji fizycznej, a nawet tzw. *cyberbullying*, czyli oczernianie, wyszydzanie w sieci internetowej (Langevin i in. 2007). Mobbing szkolny może nieść za sobą zarówno krótko-, jak i długotrwałe konsekwencje – fizyczne, emocjonalne, edukacyjne, np. mniejszą aktywność ucznia w szkole, wycofywanie się z sytuacji społecznych (Blood, Blood 2004). Badania na temat dokuczania w szkole wśród polskojęzycznych dzieci jękających się – przeprowadzone przy użyciu polskiej wersji narzędzia *Dokuczanie i znęcanie się nad jękającymi się dziećmi* – Kwestionariusz dla dzieci, wersja zaktualizowana (*Teasing and Bullying Questionnaire for Children Who Stutter – Revised – TBQ-CS Revised* – Langevin i in., 1998; tłumaczenia i adaptacji dokonała Katarzyna Węsierska we współpracy z Martą Węsierską) – wykazały, że aż 73% uczestników doświadczało dokuczania/znęcania z powodu swojego zaburzenia mowy (Węsierska i in. 2015). Aż 91% z nich sygnalizowało, że z tego powodu było zasmuczone, zmartwione. Najczęstsze formy dokuczania przytaczane przez uczestników tego badania to naśladowanie jękania (przedrzeźnianie), wyśmiewanie się z tego powodu, przezywanie lub wykluczenie z różnych form aktywności (Węsierska i in. 2015). Wyniki badań akcentują, że oprócz indywidualnych form terapii ukierunkowanych na udzielanie bezpośredniej pomocy dziecku jękającemu się niezbędne jest wdrażanie programów prewencyjnych i edukacyjnych w celu zredukowania rozmiarów zjawiska dokuczania i zapobiegania wykluczeniu takich dzieci. Współczesne podejścia do terapii jękania akcentują znaczenie wczesnej interwencji, której skuteczność uwarunkowana jest w dużym stopniu zaangażowaniem i wsparciem najbliższych osób w otoczeniu dziecka – w tym pomocą środowiska edukacyjnego (Guitar, McCauley 2010).

Terapia jękania u dzieci w wieku szkolnym

Główne cele terapii jękania dzieci szkolnych i młodzieży to uczenie dziecka swobodniejszej, bardziej płynnej mowy bądź łagodniejszej formy jękania oraz rozwijanie bardziej korzystnej postawy wobec komunikowania się i jękania (polegającej na akceptacji siebie z jękaniem, co w konsekwencji umożliwia ak-

tywne wdrażanie zamian w sposobie radzenia sobie z problemami w codziennym komunikowaniu się). Najpopularniejsze podejścia terapeutyczne stosowane w jękananiu u dzieci w wieku szkolnym to mówienie bardziej płynne (ang. *fluency-shaping therapy*) lub jękanie bardziej płynne (*stuttering modification therapy*) oraz często stosowana kombinacja obu tych podejść (Bennett 2006). Postępowanie terapeutyczne odbywa się w pewnych etapach. Pierwszym z nich jest zazwyczaj pogłębianie wiedzy dziecka (eksplorowanie i identyfikowanie) na temat mowy i jękania, następnie wdrażane jest zmienianie lub modyfikowanie nawyków ucznia związanych z mówieniem lub/i jękanieniem się, a na końcu automatyzacja/generalizacja, czyli przenoszenie tych nawyków na wszystkie sytuacje życia codziennego. W związku z tym elementami składowymi terapii jękania są zazwyczaj: 1) edukacja – pozyskiwanie wiedzy na temat komunikowania się i na temat jękania; 2) desensytyzacja, czyli odczulanie dziecka i jego otoczenia na problem jękania poprzez identyfikowanie negatywnych uczuć, emocji, myśli oraz niwelowanie ich i konfrontowanie się z jękanieniem; 3) pogłębianie podstawowych umiejętności związanych z komunikacją interpersonalną, takich jak przyjmowanie dobrej postawy ciała, utrzymywanie kontaktu wzrokowego z rozmówcą, stosowanie pauz, pełne i aktywne słuchanie, czekanie na swoją kolej, itd., 4) opanowywanie odpowiednich technik z grupy metody mówienie bardziej płynne (takich jak np.: terapia oddechowa, zmniejszanie tempa mowy, delikatny kontakt narządów artykulacyjnych – delikatny start mowy, łagodne inicjowanie fonacji), czy jękanie bardziej płynne (dobrowolne jękanie – tzw. pseudojękanie, redukcja napięcia podczas momentu zajknięcia, anulowanie momentu zajknięcia, itd.) (Guitar 2006).

Częstym pytaniem, które zadają sobie logopedzi podejmujący terapię ucznia jękańcego się, jest: Od czego więc zacząć? Amerykańscy specjaliści w zakresie terapii jękania Nina Reardon-Reeves i Scott Yaruss zalecają, by logopeda, zanim zacznie wprowadzać jakiegokolwiek „techniki” (upłynniania mowy bądź modyfikowania jękania), położył fundamenty pod skuteczną terapię jękania. Innymi słowy istotne jest, aby wyposażyć dzieci w wiedzę i umiejętności związane z komunikowaniem się i jękanieniem, a tym samym odczulić je na jękanie (Reardon-Reeves, Yaruss 2013). Co więcej, zrozumienie tych procesów i zjawisk pozwala na budowanie motywacji dziecka do udziału w terapii i podejmowania różnorodnych wyzwań z tym związanych. Ten wstępny proces obejmuje zdobywanie wiedzy o komunikowaniu się, opanowanie nazewnictwa związanego z komunikowaniem się, wyjaśnienie takich kwestii, jak dla przykładu powstawanie mowy (Chmela, Reardon 2014; Reardon-Reeves, Yaruss 2013). Uczeń dowiaduje się wówczas, że mowa dźwiękowa to skomplikowany proces polegający na skoordynowanej pracy aparatu oddechowego, fonacyjnego i artykulacyjnego. Poznaje procesy programowania i odbioru mowy. Istotną informacją, którą dziecko ma

możliwość wówczas przyswoić, jest to, że budowa aparatu mowy osoby jękającej się zazwyczaj jest prawidłowa.

Na tym etapie jest również okazja, by pracować w terapii nad kwestiami związanymi z komunikacją interpersonalną (są to takie zagadnienia, jak: mniejsza aktywność, unikanie pytań/odpowiadania w szkole, unikanie telefonowania, zamawiania w restauracji, etc.), jak i promować zasady dobrego komunikowania się, takie jak: utrzymywanie naturalnego kontaktu wzrokowego, czekanie na swoją kolej, nieprzerywanie sobie nawzajem i inne. Przy czym korzystne jest, gdy te zasady komunikacji interpersonalnej są przyswajane zarówno przez jękające się dziecko, jak i przez członków jego rodziny. Niezbędnym składnikiem skutecznej terapii jękania jest przygotowanie podstaw – położenie swoistych fundamentów polegających na zgromadzeniu dość szczegółowej – niemal eksperckiej, wiedzy o jękaniu – zarówno przez samo jękające się dziecko, jak i przez osoby znaczące z jego otoczenia (Kelman, Nicholas 2013). Dziecko powinno zintegrować informację, że nie ma nic złego w tym, że ono się jęka, że jękanie powinno być powszechnie akceptowane. Dziecku potrzebne są wyraźne komunikaty, takie jak: *nie jesteś jedyny, który się jęka; to, że się jękaś, nie oznacza, że jesteś gorszy – jesteś po prostu inny; nie jesteś sam...* (Geus de 2013).

Pozyskiwanie wiedzy o jękaniu obejmuje takie kwestie, jak prawdy i mity o jękaniu, słynne osoby jękające się, poznawanie różnych form objawów zająknięć, a nawet uczenie innych własnego jękania – wówczas dziecko ma szansę stawać się ekspertem. Ma to ogromne znaczenie dla skuteczności oddziaływań logopedycznych związanych z budowaniem poczucia własnej wartości i adekwatnej samooceny dziecka. Ważne jest też, by odpowiednie, rzetelne informacje na temat jękania docierały do najbliższych osób w otoczeniu dziecka – do rodziców, nauczycieli, rodzeństwa, dziadków, a nawet krewnych, by wszyscy oni wiedzieli, jak mogą skutecznie wspomagać dziecko w codziennych sytuacjach (Geus de 2013). Jak podkreślają Nina Reardon-Reeves i Scott Yaruss (2013), jękanie to coś więcej niż tylko zająknięcia w mowie, dlatego tak ważne jest, by w terapii uwzględniać oprócz niwelowania objawów behawioralnych także pracę nad zmianą uczuć i reakcji wobec jękania (lęk, zawstydzenie, samotnienie, złość, wstyd, unikanie, stałe napięcie), a także przekonań i postaw. Scott Yaruss (2011) dodaje jeszcze, że jękanie wiąże się z uczuciem utraty kontroli podczas mówienia (ang. *loss of control*) – osoba jękająca się wie, co chce powiedzieć, ale nie może tego uczynić. Ten stan odczuwany jest jedynie przez mówcę – obserwator nie jest w stanie w pełni tego zarejestrować ani zrozumieć. Dlatego istotnymi elementami terapii, obok polepszenia jakości komunikowania się i poprawy płynności mówienia – jest wzrost poczucia sprawstwa przejmowania kontroli w sytuacjach społecznych (Reardon-Reeves, Yaruss 2013).

Logopeda, dokonując doboru metod w interwencji terapeutycznej, uwzględnia takie czynniki, jak: wiek dziecka, poziom uświadomienia sobie problemu,

możliwości kognitywne, wpływ jąkania na życie dziecka i jego rodziny oraz zainteresowania dziecka. Skuteczność terapii logopedycznej jest uwarunkowana m.in. współpracą ze środowiskiem opiekuńczo-wychowawczym ucznia (Cook, Botterill 2005; Płusajska-Otto, Węsierska 2009; 2010). Dlatego ważne jest zbudowanie zespołu terapeutycznego, w skład którego wejdą: logopeda wraz z uczniem, nauczyciel, inni specjaliści i, oczywiście, rodzice. Zadaniem takiej grupy jest wspólne identyfikowanie problemu, poszukiwanie rozwiązań i wdrażanie ich w praktyce. W tym zespole kluczową rolę odgrywa logopeda. Do jego najważniejszych zadań należy wspieranie ucznia w zrozumieniu, czym jest jąkanie, motywowanie go do podejmowania wyzwań związanych z udziałem w terapii oraz pomaganie zarówno dziecku, jak i jego otoczeniu w edukowaniu innych w związku z jąkaniem (Chmela, Reardon 2014; Geus de 2013; Murphy i in. 2013). Niezwykle istotne jest, by logopeda rozumiał, jakie niebezpieczeństwo niesie za sobą wysyłanie dziecku wzajemnie sprzecznych komunikatów, np. z jednej strony mówiąc mu: *zawsze możesz się zająknąć – to nie jest problem*, by w innych sytuacjach prosić je: *postaraj się, powiedz to raz jeszcze – potrafisz to powiedzieć płynnie!*

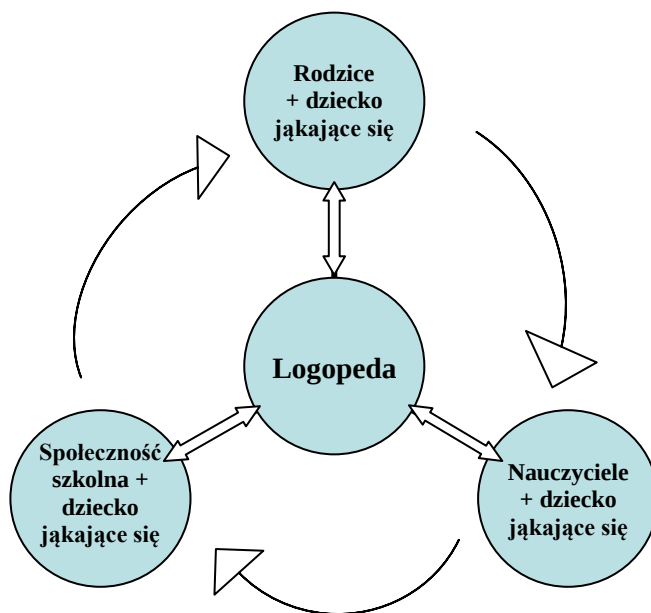
W tym kontekście interesująco brzmią porady, jakich udzieliły amerykańskie jękające się nastolatki swoim logopedom¹: 1) wdrażaj terapię w realnych sytuacjach życiowych; 2) podkreślaj, że wolno się jąkać i Ty to akceptujesz; 3) przekonaj się o tym, jak ekstremalnie trudne jest stosowanie ćwiczonych technik w codziennym życiu; 4) słuchaj nas i wprowadzaj do terapii nasze pomysły i sugestie; 5) angażuj się w działalność grup samopomocowych dla osób jękających; 6) wspieraj nas w upowszechnianiu wiedzy o jękaniu wśród rodziców, członków rodziny, nauczycieli i kolegów.

Jak wspierać w szkole dziecko jękające się?

Jak już zasygnalizowano, powodzenie terapii logopedycznej jest w dużym stopniu uzależnione od współpracy zespołu terapeutycznego – logopedy, ucznia jękającego się i jego rodziców oraz nauczycieli, pracowników szkoły i społeczności szkolnej. Zadaniem logopedy jest nawiązanie kontaktu z rodzicami ucznia i z jego wychowawcą w szkole, a następnie wspólne budowanie wspierającego i akceptującego środowiska klasowego i szkolnego (Kuros, Węsierska 2013). Logopedzi mogą wspierać jękające się dziecko na różnych płaszczyznach – w kontaktach z nauczycielami, rodzicami czy z innymi ważnymi osobami w życiu

¹ Rady jękających się nastolatków dla logopedów ukazały się na łamach biuletynu „Reaching Out” (2004) wydawanego przez Friends (The National Association of Young People Who Stutter) amerykańską organizację samopomocową dla dzieci jękających się. Więcej informacji na temat działalności Friends można znaleźć na stronie: www.friendswhostutter.org.

dziecka. W związku z tym logopeda występuje w roli pośrednika pomiędzy tymi podmiotami. Ma możliwość dzielenia się z nimi niezbędnymi informacjami o jākaniu i w ten sposób zwiększa poziom uświadomienia środowiska dziecka w tym zakresie. Swoją postawą logopeda może modelować zachowania czy stosunek do jākania innych osób. Ma realne szanse, by wywierać istotny wpływ na środowisko szkolne – nauczycieli, pracowników szkoły, a przede wszystkim kolegów jākającego się dziecka. Kontakty społeczne z tymi grupami osób odgrywają najważniejsze znaczenie w życiu dziecka w tym okresie rozwojowym. Jeśli udaje się zbudować środowisko efektywnie wspierające dziecko jākające się, to ma ono stworzone możliwości, by w codziennych kontaktach interpersonalnych opanowywać trudną sztukę samoakceptacji, wzmacniać swoje poczucie wartości i budować adekwatną samoocenę. Innymi słowy, taki model stwarza szanse dla pełnego rozwoju dziecka i wykorzystania tkwiącego w nim potencjału, pomimo zaburzenia płynności mowy, z którym ono się zmagają.



Rys. 1. Elementy systemu wsparcia ucznia jākającego się – z logopedą jako centralnym ogniwem

Co mogą zrobić nauczyciele?

Nauczyciel, który ma w swojej klasie dziecko jākające się, powinien spróbować dowiedzieć się jak najwięcej o zaburzeniu, z jakim zmagają się jego uczeń. Jego pierwszym krokiem powinno być porozmawianie ze swoim podopiecznym,

a także z jego rodzicami na ten temat. Celem jest uzyskanie jak największej liczby informacji, tak by było możliwe stworzenie pełnego obrazu na temat sytuacji ucznia w szkole w związku z jękaniem (obserwacja zachowania ucznia podczas różnych form zajęć, zapoznanie się z opiniami innych pracowników szkoły, także takich specjalistów, jak pedagog czy psycholog szkolny, dotarcie do wyników konsultacji przeprowadzonych poza placówką). Na przykład, nauczyciel może zaobserwować, że jego jękaący się uczeń nie zabiera głosu w klasie tak często jak jego rówieśnicy. Ważne jest, aby pedagog rozumiał potencjalne przyczyny takiego stanu rzeczy, by nie zakładał pochopnie nieprzygotowania ucznia. Świadomość istnienia bardzo ważnego komponentu jękania – tzw. reakcji unikania spowodowanych obawą przed jękaniem się publicznie, pomoże nauczycielowi w poszukiwaniu skutecznych rozwiązań takich sytuacji.

Ważne jest, by z pomocą logopedy nauczyciel mógł uświadomić sobie, jak ogromny wpływ może mieć jego postawa na funkcjonowanie ucznia w szkole, jak ważnym modelem jest on sam dla reszty uczniów w klasie. Aprobatywne zachowanie nauczyciela i neutralny sposób reagowania na jękanie mogą być pierwszym krokiem do tworzenia atmosfery akceptacji i życzliwości w klasie. Modelowanie klimatu akceptacji i otwartości w zespole klasowym jest jednym z najważniejszych zadań nauczyciela. Jękanie nie powinno być traktowane jak temat tabu, ale by tak się mogło stać, nauczyciel musi sam umieć porozmawiać z uczniem o jego problemie, o jego oczekiwaniach, a także o tym, jak je urealnian. Szczera i otwarta rozmowa nauczyciela z uczniem jest początkiem budowania skutecznego systemu wsparcia.

Kolejnym zadaniem podejmowanym przez nauczyciela powinno być dostosowanie warunków panujących w klasie do potrzeb ucznia. Nie oznacza to traktowania ucznia jękaącego się w sposób uprzywilejowany, np. całkowitego zwalniania go z wypowiedzi ustnych (co może tylko spotęgować problem, nasilić lęk przed mówieniem i unikanie sytuacji ekspozycji społecznej). Ważne jest respektowanie potrzeb ucznia wynikających z istnienia problemu logopedycznego (np. po uzgodnieniu z uczniem wygłaszanie referatu może początkowo odbywać się w mniejszym gronie – zaprzyjaźnionych z uczniem kolegów – podczas przerwy). Istotne jest jednak, by uczeń jękaący się miał szansę się wykazać, by był przez nauczyciela doceniany. Udzielając mu pochwały, nauczyciel ma szansę budować jego wiarę we własne siły, wspomagać kształtowanie adekwatnej samooceny, która często może być nadwątlona w związku z jękaniem. To wszystko może wydawać się trudnym zadaniem dla nauczyciela obciążonego dużą ilością obowiązków związanych nie tylko z dydaktyką, ale i pracami organizacyjnymi.

Pedagodowie poszukujący konkretnych wskazówek, jak wspierać dziecko jękaące się w szkole i jak rozmawiać z jego rówieśnikami na ten temat, mogą znaleźć konkretne praktyczne strategie w opracowaniu przygotowanym przez

The Stuttering Foundation ze Stanów Zjednoczonych, które jest dostępne w polskiej wersji językowej (Scott, Guitar 2010; 2012)².

Trudnym wyzwaniem dla nauczyciela wspierającego ucznia jękającego się może być problem mobbingu szkolnego, czyli dokuczania. Badania wykazały, że dzieci w wieku szkolnym bardziej negatywnie postrzegają osoby jękające się w porównaniu do ludzi, którzy nie mają problemów z płynnym wypowiadaniem się (Franck, Jackson, Pimentel & Greenwood 2003). Mając ten fakt na względzie, ważne jest, aby nauczyciele podejmowali zdecydowane działania, by dziecko było akceptowane w środowisku szkolnym. Ze strony nauczyciela musi płynąć wyraźny przekaz, że żadne formy mobbingu szkolnego nie są dozwolone i nie będą tolerowane.

Najlepszym sposobem radzenia sobie z tym zjawiskiem w szkole jest podejmowanie działań o charakterze profilaktyki proaktywnej – zapobieganie mobbingowi szkolnemu, zanim ten problem wystąpi (Langevin, Prasad 2012; Rigby i in. 2004). Do takich działań zalicza się kampanie uświadamiające czy też programy edukacyjne wdrażane w szkołach, mające na celu upowszechnianie wiedzy o różnych zaburzeniach mowy oraz kreowanie społeczności szkolnej opartej na szacunku dla inności (Langevin 2000). Stwarzanie wspierającego, empatycznego i akceptującego środowiska edukacyjnego może odbywać się poprzez promowanie zasad dobrej komunikacji w ramach wdrożenia z uczniami zajęć warsztatowych z zakresu treningu umiejętności społecznych i komunikacyjnych (Węsierska, Pakura 2015). Podczas takich zajęć zazwyczaj omawiane są takie kwestie, jak: przyjaźń, asertywność, tolerancja i akceptacja wobec inności, ale też i bardziej szczegółowe – związane ze skutecznością komunikacji interpersonalnej (jak na przykład: mowa ciała, jakość głosu, słuchanie siebie nawzajem, nieprzerywanie, niedopowiadanie, nieponaglanie, utrzymywanie kontaktu wzrokowego).

Innym przykładem dobrych praktyk może być zorganizowanie wspólnie przez logopedę wraz z jękającym się uczniem spotkania z klasą – warsztatów na temat jękania dla jego rówieśników z aktywnym udziałem ucznia jękającego się (Scott, Guitar 2012). W Stanach Zjednoczonych przeprowadzono badania, które wykazały, że organizowanie takich prezentacji klasowych o jękaniu z aktywnym udziałem ucznia jękającego wpłynęło na obniżenie poziomu negatywnych reakcji rówieśników w klasie wobec jękania (Murphy, Yaruss, & Quesal 2007). Celem przeprowadzania takich zajęć warsztatowych jest przede wszystkim uświadomienie kolegom ucznia jękającego się, że *inny* nie znaczy gorszy. Tematami

² Publikacja autorstwa L. Scott i C. Guitar C (2010) zatytułowana: *Stuttering: Straight Talk for Teachers. A Handbook for Teachers and Speech-Language Pathologists (third edition)*, jest w całości dostępna na stronie The Stuttering Foundation: http://www.stutteringhelp.org/sites/default/files/Migrate/teacher_book_2010.pdf [dostęp 10.12.2016], polska wersja tej książki: *Jak mówić w szkole o jękaniu? Podręcznik dla nauczycieli i logopedów* (Centrum Logopedyczne, Katowice) ukazała się wraz z materiałem filmowym na ten temat.

poruszonymi najczęściej są fakty i mity związane z jękanie. Podczas warsztatów można próbować wspólnie poszukiwać odpowiedzi na pytania: *na czym polega jękanie? co wiadomo o przyczynach jękania? co czują ludzie, którzy się jęka?* Warsztaty mogą być też doskonałą okazją do modelowania postaw wobec ludzi jękających się poprzez zaprezentowanie sylwetek słynnych osób jękających się – postaci ze świata filmu, polityki czy biznesu, dla których jękanie nie było barierą na drodze do kariery. Dla rówieśników jękaącego się ucznia interesujące będzie prawdopodobnie dowiedzenie się o tym, co dzieje się w procesie terapii – jak trudne wyzwania podejmuje ich jękający się kolega. Uświadomienie uczniom, że zmiana sposobu mówienia nie jest łatwa, może być pierwszym krokiem do budowania zespołu klasowego, który skutecznie wspiera na terenie szkoły swojego kolegę zmagającego się na co dzień z problemem w płynnym komunikowaniu się.

Empatyczny nauczyciel, który ma na względzie wzmacnianie samooceny jękaącego się ucznia, może na zakończenie takich zajęć zaproponować uczniom napisanie listu do jękaącego się kolegi. Umożliwienie kolegom ucznia jękaącego się podzielenia się z nim swoimi przemyśleniami na temat doświadczeń zdobytych podczas warsztatów może dodatkowo wzmocnić klimat akceptacji w klasie (Murphy, Yaruss, & Quesal 2007). Ponadto cenne będzie omówienie podczas warsztatów kwestii związanych z mobbingiem szkolnym i doświadczeń osoby, której inni dokuczają, czy sposobów reagowania na takie zachowania. Niezwykle istotnym aspektem takich zajęć warsztatowych jest fakt, że uczeń jękający się ma wyjątkową okazję, by zaprezentować się przed swoim zespołem klasowym w roli eksperta. Logopeda, który współpracuje z nim w czasie warsztatów, wspomaga go w informowaniu klasy na temat jękania. Ten proces może znacząco dopomóc uczniowi w pogłębianiu akceptacji własnego jękania i skłonić do podejmowania kolejnych kroków związanych z odczulaniem siebie i osób z najbliższego otoczenia na ten problem. W załączniku na końcu tego artykułu podano adresy różnych stron internetowych, gdzie można znaleźć materiały źródłowe do tworzenia takich prezentacji.

Pracownicy szkoły oraz społeczność szkolna

Dzieci spędzają w szkole większą część swojego dnia, dlatego zapewnienie im takich warunków, by czuły się akceptowane i bezpieczne, ma kluczowe znaczenie dla ich dobrego samopoczucia i harmonijnego rozwoju. Dla ucznia jękaącego się szkoła może być znacznie bardziej stresującym środowiskiem z powodu wymagań związanych z koniecznością wypowiadania się. Dlatego tak istotne jest, by logopedzi prowadzący terapię dzieci jękających się podejmowali działania ukierunkowane na współpracę ze społecznością szkolną – nie tylko z nauczycielami, ale i z innymi pracownikami szkoły, jak również z ko-

legami ucznia jākającego się. Celem jest stworzenie środowiska, które rozumie i akceptuje jākanie.

Jednym ze sposobów podnoszenia świadomości dotyczącej jākania jest przeprowadzenie sondażu na ten temat. Stworzenie wspólnie z dzieckiem ankiety na temat jākania i poproszenie o jej wypełnienie różnych osób (pracowników szkoły, rodziców, przyjaciół, a nawet krewnych i sąsiadów dziecka) pozwala dowiedzieć się, jak te osoby postrzegają jākanie i co wiedzą na ten temat. Omawianie wyników wspólnie z dzieckiem pozwala z jednej strony ponownie sytuować go na pozycji eksperta, a z drugiej strony umożliwia krytyczne odniesienie się do odpowiedzi udzielanych przez respondentów. Inni pracownicy szkoły mogą okazać się częścią systemu wsparcia już poprzez sam fakt zrozumienia, czym jest jākanie, z jakimi problemami zmagają się na co dzień osoba, która się jāką. Osiągnięcie tego prostego, jak mogłoby się wydawać, warunku nie jest banalnym zadaniem. Niestety, nie należy do częstych sytuacji stała obecność logopedy w szkole i, co się z tym wiąże, bezpośredni dostęp do pracowników szkoły. Logopeda może spróbować zorganizować krótkie warsztaty dla nauczycieli i administracji szkolnej, których celem byłoby podniesienie poziomu świadomości na temat jākania.

Logopeda wraz z wybranymi pracownikami szkoły (wychowawca, pedagog, psycholog) mogą tworzyć również pozaklasowe formy wsparcia dla uczniów z zaburzeniami w komunikowaniu się – w tym dla osób jākających się. Celem takich form pomocowych jest sprawienie, by uczestniczące w nich dzieci mogły poczuć przynależność do grupy wzajemnie akceptujących się, wrażliwych i otwartych na problemy innych osób. Udział w zajęciach grupowych dla dzieci jākających się w lokalnej poradni psychologiczno-pedagogicznej może być także dla dziecka cennym źródłem wsparcia ze strony rówieśników i specjalistów. Jedną z przykładowych form aktywności udzielanej dziecku w ramach takiego grupowego wsparcia może być wdrożenie projektu „Bajki o jākających się bohaterach”³. Takie działania polegające na tworzeniu wraz z dziećmi bajek o jākaniu z pozytywnym przesłaniem mają swoje korzenie w terapii narracyjnej (ang. *Narrative Therapy*). Ta forma terapii koncentruje się na zdystansowaniu osoby od sytuacji, tak by mogła zobaczyć ją w innym, być może nieco bardziej pozytywnym świetle (Logan 2013). Wstępne wyniki badań tej formy terapii potwierdzają, że takie oddziaływania narracyjne mogą być skutecznym sposobem wspierania postępowania logopedycznego w przypadku jākania. Wdrażanie

³ Taki projekt był realizowany w roku 2016 w Centrum Logopedycznym w Katowicach z aktywnym udziałem dzieci jākających się, biorących udział w zajęciach grupowych w tej placówce. Więcej informacji na temat tego projektu można znaleźć na stronie Międzynarodowej Konferencji Logopedycznej „Zaburzenia płynności mowy – teoria i praktyka” – w zakładce „Labirynty Komunikacji”: <http://www.konferencja-zpm.edu.pl/pl/otwarte-spotkanie-dla-mlodziezy-i-dzieci-jakajacych-sie/> [dostęp 11.12.2016].

terapii narracyjnej może przyczyniać się do zainicjowania procesu rekonstrukcji poznawczej u osoby jękającej się – wzmacniać proces zmiany mocno ugruntowanych negatywnych przekonań na własny temat, polepszać samoocenę (Logan 2013). Pracując z dziećmi w wieku szkolnym, logopedzi mogą zainspirować je do napisania bajki, w której główny bohater lub inna bajkowa postać się jąka (Geus de 2013; Schneider 2014). Celem jest, by pracując nad bajką, układając taką historię, spisując ją czy nawet samodzielnie ilustrując, dzieci miały okazję zdystansować się do swojego jękania i na nowo zdefiniować, kim są. Wymownym przykładem mogą być zacytowane poniżej wybrane podsumowania kilku bajek przygotowanych przez dzieci uczestniczące w zajęciach w Centrum Logopedycznym w Katowicach:

każdemu trzeba dać szansę. Nie można nikogo skreślać na starcie i trzeba akceptować niedoskonałości innych. [Agnieszka, lat 13]

Draco dowiedział się wiele na temat jękania, nauczył się traktować z szacunkiem osoby, które czasem mówią mniej płynnie. Harry zobaczył, że nie musi wstydzić się sposobu, w jaki mówi. Wręcz przeciwnie – czasem okazuje się, że to spory atut. Odtąd wszyscy bohaterowie pamiętali, że każdy zasługuje na to, by dać mu szansę i cierpliwie go wysłuchać. [Krzysztof, lat 11]

Przecież nikt z nas nie jest idealny. Ważne jest to, że masz dobre serduszko. [Michał, lat 10]

Proton stał się sławnym i cenionym naukowcem. Był zapraszany na przeróżne spotkania, na których z dumą opowiadał o swoim odkryciu i jękanie wcale mu w tym nie przeszkadzało. [...] Był bardzo dumny z siebie i nigdy, przenigdy nie wstydził się już swojego jękania. [Mikołaj, lat 17]

Oprócz przygotowania przez dzieci własnych bajek nie mniej ważne jest, by mogły one dzielić się swoimi historiami z innymi⁴. Ten etap jest nazywany w anglojęzycznej literaturze przedmiotu ceremoniami zdefiniowania (ang. *definitional ceremonies*) i polega na podzieleniu się swoją historią z innymi osobami i zaproszeniu ich do otwartej dyskusji na ten temat (Leahy, O'Dwyer, & Ryan 2012). Można to zrobić poprzez zorganizowanie na terenie szkoły imprezy, podczas której uczniowie czytają swoje historie, lub poprzez wyeksponowanie historii na terenie szkoły. Takie wydarzenia stają się okazją do budowania wspierają-

⁴ W przypadku projektu „Bajki o jękających się bohaterach”, wdrażanego w Centrum Logopedycznym w Katowicach, dzieci miały stworzoną kilkakrotnie okazję, by prezentować swoje bajki, m.in. podczas kampanii „Labirynty komunikacji” zorganizowanej na Uniwersytecie Śląskim w sierpniu 2016 roku. Bajki zostały również zaprezentowane w postaci wystawy otwartej (od 15.11. do 15.12.2016) w Centrum Informacji Naukowej i Bibliotece Akademickiej CiNiBA w Katowicach. Podsumowaniem wystawy był uroczysty „Finisaż” z udziałem dzieci, ich rodziców i zaproszonych gości.

cej dziecko grupy, która je rozumie, a nawet podziwia za niecodzienną formę aktywności pozaszkolnej. Uczeń jękający się ma z kolei okazję dzielić się z innymi swoimi doświadczeniami, które wcześniej najczęściej były przemilczane, a nawet głęboko skrywane. Można wyobrazić sobie, jak dumne jest dziecko, którego historii słucha lub które ogląda duże audytorium znaczących dla niego osób. Taka wspólnota osób staje się dla niego miejscem, gdzie czuje się ono bezpieczne i nie boi się jękać.

Rola rodziców

Dobra współpraca logopedy z nauczycielem i pracownikami szkoły powinna obejmować nie tylko troskę o samego ucznia, ale również udzielanie wsparcia jego rodzicom, opiekunom. Rodzice dziecka jękającego się często przeżywają ogromne napięcie w związku z sytuacją szkolną swojego dziecka. Niejednokrotnie nie mają umiejętności rozmawiania o tym problemie. Czasami dzieje się tak dlatego, że wcześniej byli instruowani, aby w obecności dziecka nie poruszać tego tematu. To sprawia, że ich wiedza na temat jękania bywa dość ograniczona. Zarówno logopeda, jak i nauczyciel powinni dołożyć wszelkich starań, by przełamywać swoistą zmoję milczenia – o ile taka istnieje w rodzinie. Klimat otwartości sprzyja oswajaniu jękania, pozwala podejmować racjonalne decyzje. Zachęcanie rodziców do pozostawania w stałym kontakcie z nauczycielem i logopedą pozwala na swobodny przepływ informacji i niemal natychmiastowe reagowanie na bieżące problemy. Zarówno logopeda, jak i nauczyciel, wyposażeni w wiedzę i doświadczenie pedagogiczne, są w stanie wesprzeć rodziców w zdystansowaniu się do problemu ucznia, w zobaczeniu swojego dziecka w szerszej perspektywie. Z jednej strony specjaliści mogą przeorientować opiekunów ze skupiania się na problemach, na deficytach – na szukanie konkretnych rozwiązań. Ponadto mogą też uczyć rodziców spoglądania na swoje dziecko pod kątem jego mocnych stron, tkwiącego w nim potencjału, umiejętności, które ono posiada. Specjalistom łatwiej jest dostrzec, że warto być ciepłym, gdyż to konkretne dziecko – podobnie jak inne dzieci – ma całe życie, by się uczyć i rozwijać.

Logopedzi również mogą współpracować z rodzicami poprzez angażowanie ich bezpośrednio w proces samej terapii. Badania wykazały, że konsekwentne zaangażowanie rodziców w terapię zwiększa skuteczność postępowania logopedycznego. Angażując zarówno rodziców, jak i personel szkolny w terapię, można pracować nad urealnianiem ich oczekiwań, a tym samym lepiej wspierać jękające się dziecko (Reitzes 2014). Logopeda może pokazać rodzicom, w jaki sposób terapia ma być wdrażana zarówno w szkole, jak i w domu, a następnie terapeuta wspólnie z rodzicami mogą zdecydować, w jakiej formie terapia będzie realizowana, a także omawiać jej postępy i modyfikacje (Reitzes 2014).

Każdy z tych etapów może być pomocny dla rodziców, by czuli się oni mniej bezradni i posiadali więcej informacji na temat jąkania. Należy jednak pamiętać, że w przypadku terapii jąkania u dzieci szkolnych to uczeń powinien być centralną postacią. Oczywiście ważne jest, aby rodzice czuli, że mają realny wpływ na pomaganie swojemu dziecku, jednak najistotniejsze jest to, by uczeń z pomocą tego zespołu wsparcia przejmował kontrolę nad swoim mówieniem i jąkaniem – jego aktywny udział i zaangażowanie w terapię są kluczem do sukcesu. Takie efekty można osiągnąć z udziałem terapii wspierającej rodziny.

Jednym ze sposobów na zmniejszanie negatywnych uczuć związanych z jąkaniem, a także dzielenie się doświadczeniami wynikającymi z przeżywania takich emocji z rodziną i przyjaciółmi jest odgrywanie ról (ang. *role-play*) (Murphy, Yaruss & Quesal 2007). Odgrywając dialogi na dowolne tematy, uczeń ma okazję – początkowo wspólnie z logopedą, a później z innymi członkami rodziny, do odbudowywania wiary we własne możliwości w procesie komunikowania się. Amerykańscy logopedzi – znani specjaliści w terapii jąkania: Bill Murphy, Scott Yaruss i Robert Quesal – proponują zastosowanie strategii określanej mianem „Zróbmy film” (ang. *Let's Make a Movie*). Wykorzystując tę technikę, jąkający się uczeń ćwiczy udzielanie różnych odpowiedzi w kontaktach z osobami, które pytają go o jąkanie. To ćwiczenie może być modyfikowane na różne sposoby, tak by jak najbardziej pasowało do sytuacji życiowych konkretnego ucznia – ważne jest jednak, aby miał on okazję przećwiczyć jak najbardziej prawdziwe sytuacje, w których musiał komunikować swoje poglądy. Z pomocą logopedy uczeń może wypracowywać asertywne odpowiedzi na różne trudne pytania, by potem dokonywać nagrań wspólnych dialogów i korygować wcześniejsze scenariusze. Dla podniesienia rangi zadań podejmowanych w terapii przez ucznia można zorganizować uroczystą premierę filmu z udziałem rodziny i przyjaciół, wykorzystując to wydarzenie do omawiania, czego oni dowiedzieli się i nauczyli o jąkaniu. Zdaniem autorów tej strategii, przygotowanie i publiczne odtworzenie takiego filmu może znacznie wesprzeć samoocenę dziecka, a także wzmocnić zaangażowanie w terapię rodziny i przyjaciół (Murphy, Yaruss & Quesal 2007). Przyzwolenie na popełnianie błędów, akceptacja własnej niedoskonałości buduje się w domu rodzinnym, a reakcje rodziców często mają ogromny wpływ na sposób, w jaki dziecko postrzega siebie.

Podsumowanie

Jeśli dziecko jąkające się jest akceptowane takim, jakim jest i aktywnie wspierane zarówno w domu, jak i w środowisku szkolnym, to ryzyko, że będą rozwijać się u niego negatywne uczucia i emocje związane z komunikowaniem się i niepożądane reakcje wtórne na jąkanie, jest zdecydowanie mniejsze. Wobec

ucznia tak „pozytywnie zaimpregnowanego” na problemy codziennego komunikowania się wynikające z jękania także obawy związane z dokuczaniem są zdecydowanie mniejsze. Dla ucznia jękającego się idealne, wspierające środowisko jest wyposażone w wiedzę o tym, czym jest jękanie, jakie są realne cele możliwe do osiągnięcia w terapii tego zaburzenia, jak otoczenie i jego reakcje mogą wpływać na osobę jękającą się. W takim środowisku dziecko czuje się bezpieczne, akceptowane – jego inność nie jest piętnowana, bo ważniejsze dla osób w otoczeniu są jego potencjalne umiejętności, zdolności, talenty, a nie ewentualne deficyty. Im więcej wszyscy, którzy stykają się z jękającym się dzieckiem, mają rzetelnej wiedzy o jękaniu, tym lepiej potrafią wspierać je w codziennych sytuacjach.

Literatura

- Bennett E.M., 2006, *Working with People Who Stutter. A Lifespan Approach*, Upper Saddle River.
- Blood G.W., Blood I.M., 2004, *Bullying in adolescence who stutter: communicative competence and self-esteem*, „Contemporary Issues in Communication Science and Disorders”, Vol. 31, s. 69–79.
- Chmela K.E., Reardon N., 2014, *Jak skutecznie pracować nad postawami i emocjami w terapii jękania*, Katowice: Wyd. Centrum Logopedyczne.
- Cook F., Botterill W., 2005, *Family-based approach to therapy with primary school children: 'throwing the ball back'* [w:] *The Treatment of Stuttering in Young School-aged child*, red. R. Lees, C. Stark, London, s. 81–107.
- Franck A.L., Jackson R.A., Pimentel J.T., & Greenwood G.S., 2003, *School-age children's perceptions of a person who stutters*, „Journal of Fluency Disorders”, Vol. 28(1), s. 1–15.
- Geus E. de, 2013, *Czasami po prostu się jękam. Książka dla dzieci wieku od lat 7 do 12 (Sometimes I just stutter. A book for children ages 7 to 12)*, Katowice: Wydaw. Centrum Logopedyczne.
- Grzybowska A., Łapińska I., Michalska R., 1991, *Postawy nauczycieli wobec jękania*. „Psychologia Wychowawcza”, nr 2, s. 139–149.
- Guitar B., 2006, *Stuttering. An Integrated Approach to Its Nature and Treatment*, Baltimore.
- Guitar B., McCauley R., 2010, *Overview of Treatments for School-Age Children Who Stutter* [w:] *Stuttering Treatment: Established and Emerging Interventions*, red. B.B. Guitar, R.J. McCauley, Lippincott, Williams and Wilkins, Baltimore, s. 141–149.
- Hugh-Jones S., Smith P.K., 1999, *Self-reports of short- and long-term effects of bullying on children who stammer*, „British Journal of Educational Psychology”, 69, s. 141–158.
- Hulit L.M., 2004, *Straight Talk on Stuttering. Information, Encouragement, and Counsel for Stutterers, Caregivers, and Speech-Language Clinicians*, Springfield.
- Jeziorczak B., Węsierska K., 2011, *Jakość relacji logopedy – rodzic dziecka jękającego się a skuteczność terapii jękania wczesnodziecięcego* [w:] *Wybrane problemy logopedyczne*, red. J. Gruba, Gliwice: Wydaw. Fonem.eu, s. 51–66.
- Kasprzyk B., Stasiczek A., Węsierska K., 2005, *Szkola przyjazna uczniowi jękającemu się – wyzwaniem dla logopedów*, „Śląskie Wiadomości Logopedyczne”, 8, s. 38–44.
- Kelman E., Nicholas A., 2013, *Praktyczna interwencja w jękaniu wczesnodziecięcym. Podejście interakcyjne rodzic – dziecko, Palin PCI (Practical Intervention for Early Childhood Stammering. Palin PCI Approach)*, Gdańsk.

- Kuros K., Węsierska K., 2013, *Rola nauczyciela w promowaniu dobrej komunikacji w środowisku szkolnym* [w:] *Nauczyciel wobec wyzwań współczesności. Dylematy, poszukiwania i inspiracje*, red. E. Kochanowska, J. Skibska, Bielsko-Biała: Wydaw. Naukowe ATH, s. 267–277.
- Langevin M., 2000, *Teasing and Bullying: Unacceptable Behaviour. The TAB Program*, The Institute for Stuttering Treatment and Research, Edmonton.
- Langevin M., Bortnick K., Hammer T., Wiebe E., 1998, *Teasing/bullying experienced by children who stutter: Toward development of a questionnaire*, „Contemporary Issues in Communication Science and Disorders”, 25, s. 12–24.
- Langevin M., Kully D.A., Ross-Harold B., 2007: *The Comprehensive Stuttering Program for School-Age Children with Strategies for Managing Teasing and Bullying* [w:] *Stuttering and Related Disorders of Fluency. Third Edition*, red. E.G. Conture, R.F. Curlee, Thieme, New York, s. 213–232.
- Langevin M., Prasad N.G.N., 2012, *A stuttering education and bullying awareness and prevention resource: a feasibility study*, „Language, Speech, and Hearing Services in the Schools”, 43, s. 344–358.
- Lass N.J., Ruscello D.M., Schmitt J.F., Pannbacker M.D., Orlando M.B., Dean K.A., Ruziska J.C., Harkins Bradshaw K., 1992, *Teachers' Perceptions of Stutterers*, „Language, Speech, and Hearing Services in Schools”, vol. 23, s. 78–81.
- Leahy M.M., O'Dwyer M., & Ryan F., 2012, *Witnessing Stories: Definitional Ceremonies in Narrative Therapy with adults who stutter*, „Journal of Fluency Disorders”, vol. 37, s. 234–241.
- Logan J., 2013, *New stories of stammering* [w:] *Stammering Therapy from the Inside*, red. C. Cheasman, R. Everard, & S. Simpson, J&R Press, s. 79–123.
- Moćko N., Węsierska K., 2015, *Sytuacja dziecka jękającego się w przedszkolu i w szkole* [w:] *Szkoła bez barier. O trudnościach w nauczaniu i uczeniu się*, red. A. Guzy, M. Wójcik-Dudek, B. Nie-sporek-Szamburska, Katowice: Wydaw. Uniwersytetu Śląskiego, s. 79–98.
- Murphy W.P., Quesal R.W., Reardon Reeves N., Yaruss J.S., 2013, *Minimizing Bullying for Children Who Stutter*, Stuttering Therapy Resources, McKinney.
- Murphy W.P., Yaruss J.S., & Quesal R.W., 2007, *Enhancing treatment for school-age children who stutter: II. Reducing bullying through role-playing and self-disclosure*, „Journal of Fluency Disorders”, vol. 32, s. 139–162.
- Plusajska-Otto A., Węsierska K., 2009, *Znaczenie współpracy logopedy i nauczyciela w terapii dziecka jękającego się*, „Forum Logopedyczne”, nr 17, s. 29–34.
- Plusajska-Otto A., Węsierska K., 2010, *Rola nauczyciela w profilaktyce i terapii jękania* [w:] *Rozwój i jego wspieranie w perspektywie nauk o człowieku – teoria i rozwiązywania praktyczne*, red. K. Baranowicz, A. Sobczak, M. Znajmiecka-Sikora. Łódź: Pracownia Pedagogiki Specjalnej Uniwersytetu Łódzkiego, s. 239–245.
- Pyżalski J., 2012, *Agresja elektroniczna i cyberbullying jako ryzykowne zachowania młodzieży*, Kraków: Wydaw. Impuls.
- Pyżalski J., Roland E., red., 2011, *Bullying a specjalne potrzeby edukacyjne. Podręcznik metodyczny*, Łódź: Wydaw. Wyższej Szkoły Pedagogicznej.
- Reardon-Reeves N., Yaruss J.S., 2013, *School-Age Stuttering Therapy: A Practical Guide*, Stuttering Therapy Resources, McKinney.
- Reitzes, P., 2014, *The Powered-Up Parent*, „The ASHA Leader”, vol. 19, s. 5–6.
- Rigby K., Smith P.K., Pepler D., 2004: *Working to prevent school bullying: key issues* [w:] *Bullying in Schools. How Successful Can Interventions Be?*, red. P.K. Smith, D. Pepler, K. Rigby, Cambridge: Cambridge University Press, s. 1–12.
- Schneider P., 2014: *Kto-kto-kto robi hu-hu-hu?*, Katowice: Centrum Logopedyczne.

- Scott L., Guitar C., 2010, *Stuttering: Straight Talk for Teachers. A Handbook for Teachers and Speech-Language Pathologists (third edition)*, Memphis: The Stuttering Foundation.
- Scott L., Guitar C., 2012, *Jak mówić w szkole o jękanii? Podręcznik dla nauczycieli i logopedów*, (*Stuttering: Straight Talk for Teachers. A Handbook for Teachers and Speech-Language Pathologists*), Katowice: Centrum Logopedyczne.
- Skorek E.M., 2000, *Dzieci z zaburzeniami mowy wśród rówieśników w klasie szkolnej*, Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Stecko E., 2001, *Zaburzenia mowy u dzieci – wczesne rozpoznawanie i postępowanie logopedyczne*, Warszawa: Wydaw. Uniwersytetu Warszawskiego.
- Węsierska K., 2012, *The (Pre)school Situation of Children with Communication Disorders [w:] Development and Supporting of the Development from the Perspective of the Human Sciences – Opportunities and Threats*, red. A. Sobczak, M. Znajmiecka-Sikora, Łódź: Wydaw. Uniwersytetu Łódzkiego, s. 139–154.
- Węsierska K., Gacka E., Langevin M., Węsierska M., 2015, *Sytuacja szkolna dzieci jękających się w Polsce – wstępne wyniki badań i strategie pomocy [w:] Zaburzenia płynności mowy – teoria i praktyka*, red. K. Węsierska, t. 1., Katowice: Komlogo – Uniwersytet Śląski, s. 221–236.
- Węsierska K., Jezioreczak B., 2011, *Czy moje dziecko się jęka? Przewodnik dla rodziców małych dzieci, które mają problem z płynnym mówieniem*, Katowice: Centrum Logopedyczne.
- Węsierska K., Pakura M., 2015, *Wsparcie dziecka z problemami w komunikowaniu się w środowisku szkolnym*, „Wielkopolski Przegląd Logopedyczny”, nr 1/13, s. 29–40.
- Wintgens A., 2002, *Links Between Emotional/Behavioral Problems and Communication Difficulties [w:] How to Manage Communication Problems in Young Children*, red. M. Kersner, J.A. Wright, London: David Fulton Publishers, s. 63–74.
- Yairi E., Ambrose N., 2005, *Early Childhood Stuttering. For Clinicians by Clinicians*, Pro-Ed. Austin.
- Yairi E., Seery C.H., 2011, *Stuttering Foundations and Clinical Applications*, Pearson Education, Inc. Upper Saddle River.

ZAŁĄCZNIK

Poniżej podano adresy stron internetowych różnych instytucji i organizacji, gdzie można znaleźć informacje o jękanii.

Polskojęzyczne

- Centrum Logopedyczne w Katowicach: www.centrumlogopedyczne.com.pl
- Instytut Języka Polskiego Uniwersytetu Śląskiego: www.logopedia-ijp.us.edu.pl
- Międzynarodowa Konferencja Logopedyczna „Zaburzenia płynności mowy – teoria i praktyka”: www.konferencja-zpm.edu.pl
- Polski Związek Logopedów: www.logopedia.org.pl
- Śląski Oddział Polskiego Towarzystwa Logopedycznego: www.ptl.katowice.pl
- Liczne tłumaczenia materiałów o jękanii na język polski można znaleźć na stronie Stuttering Foundation: <http://www.stutteringhelp.org/polish-translations>

Anglojęzyczne

- British Stammering Association: www.stammering.org
- International Fluency Association: www.theifa.org
- International Stuttering Association: www.isastutter.org
- Michael Palin Centre for Stammering Children: www.stammeringcentre.org
- National Association of Young People Who Stutter: www.friendswhostutter.org

- National Stuttering Association: www.westutter.org
- Stuttering Association for the Young: www.say.org
- Stuttering Foundation of America: www.stutteringhelp.org
- Stuttering Home Page: www.mnsu.edu/comdis/kuster/stutter.html

Supporting a child who stutters in the educational setting

Summary

This article focuses on the relationship between the educational setting and the child who stutters. The authors provide information about how those involved in the educational setting can support a child who stutters in school. The basic problems faced by school-age children who stutter and the most important issues related to treatment of this population are also presented. The issue of providing effective support will be discussed from different perspectives with the goal of creating a collective team made up of speech-language pathologists, teachers, parents, and the school staff and school community. Included in the article are strategies that each of these key players can implement to support the school-age child who stutters.

Key words: Stuttering/stammering, student, teacher, support, prevention, therapy/treatment, school/educational settings

Tomasz Gosztyła

Uniwersytet Rzeszowski

OJCOWIE DZIECI Z AUTYZMEM W RELACJACH RODZINNYCH I TERAPEUTYCZNYCH

Współcześnie, w gronie specjalistów zajmujących się wspieraniem rozwoju dzieci z zaburzeniem ze spektrum autyzmu, coraz więcej uwagi poświęca się ich rodzicom jako najbliższym partnerom profesjonalistów, ale także jednostkom, które same w jakimś zakresie wymagają wsparcia. W związku z tym ważnym zadaniem wydaje się uporządkowanie wiedzy naukowej, nierzadko odbiegającej od obiegowych przekonań, dotyczącej ich funkcjonowania w relacjach rodzinnych i terapeutycznych. Przeglądając literaturę przedmiotu, można zauważyć, że większość badań z udziałem rodziców dzieci z zaburzeniami rozwoju oraz wniosków bazujących na ich rezultatach dotyczy głównie matek, albo też w analizach nie uwzględnia się zmiennej płci. Z uwagi na to celem niniejszego artykułu jest wstępna charakterystyka ojców dzieci z autyzmem na podstawie zastanych wyników badań, w aspekcie ich relacji rodzinnych i relacji z profesjonalistami, ukazanie niektórych różnic w odniesieniu do matek, które to informacje mogą być przydatne dla terapeutów ich dzieci.

Słowa kluczowe: autyzm, ojcostwo, relacje rodzinne, terapia

Wprowadzenie

Zgodnie z piątą edycją klasyfikacji zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; American Psychiatric Association 2013), zaburzenie ze spektrum autyzmu wiąże się z objawami należącymi do dwóch obszarów: 1) trwałych deficytów w zakresie komunikacji społecznej i społecznej interakcji oraz 2) ograniczonych, powtarzalnych wzorców zachowania, zainteresowań bądź aktywności. Współcześnie zaburzenie to jest diagnozowane u ok. 0,7–1% dzieci (Russell i in. 2014; Baxter i in. 2015). Osoby z autyzmem na każdym etapie swojego rozwoju, a szczególnie w dzieciństwie, wymagają profesjonalnego wsparcia i terapii.

W terapii dzieci z autyzmem istotną rolę odgrywają rodzice jako osoby najbliższe dziecku, a zarazem najważniejsi współpracownicy jego terapeutów i nauczycieli (Edwards i in. 2016). Z uwagi na duże wymagania związane z opieką

nad dzieckiem, a także doświadczany stres, rodzice sami mogą dodatkowo potrzebować pomocy ze strony profesjonalistów (Hartley i Schultz 2015). Pojawia się zatem potrzeba poszerzania wiedzy nie tylko w zakresie codziennego funkcjonowania, terapii i edukacji dzieci z zaburzeniem spektrum autyzmu, ale także dotyczącej ich rodzin. Badania takie są prowadzone już od kilkudziesięciu lat (por. Pisula 2012), niemniej większość projektów z udziałem rodziców dzieci z zaburzeniami rozwoju, w tym z autyzmem, oraz wniosków bazujących na ich rezultatach dotyczy matek; czasami w analizach autorzy posługują się terminem „rodzic”, bez zróżnicowania płci (Vacca 2013; Cassano i in. 2006; Donaldson i in. 2011). Tymczasem wiedza dotycząca różnic w funkcjonowaniu matek i ojców dzieci z autyzmem, szczególnie w zakresie relacji rodzinnych oraz relacji ze środowiskiem terapeutów, byłaby cenna zarówno w aspekcie poznawczym, jak i aplikacyjnym. Warto zwłaszcza skupić się na ojcach, z uwagi na to, że angażując się w opiekę i wychowanie dziecka, coraz częściej stają się aktywnymi partnerami specjalistów (Flippin i Crais 2011).

Zauważono, że ojcowie dzieci z zaburzeniem ze spektrum autyzmu częściej niż matki odmawiają udziału w badaniach naukowych, zwykle tłumacząc się obowiązkami zawodowymi i rodzinnymi oraz osobistymi odczuciami (Vacca 2013). Niemniej interesujące wyniki badań już istnieją i warto w tym miejscu przywołać wybrane z nich, bowiem mogą one być cenne dla profesjonalistów wspierających rozwój dziecka z autyzmem (logopedów, pedagogów, psychologów), jak i specjalistów wspomagających całą jego rodzinę (pracowników socjalnych, terapeutów rodzinnych).

Celem artykułu jest wstępna charakterystyka ojców dzieci z zaburzeniem ze spektrum autyzmu w aspekcie ich relacji rodzinnych i terapeutycznych, ukazanie ważniejszych różnic w odniesieniu do matek, a także zasygnalizowanie możliwości wspierania tych mężczyzn oraz zwiększenia ich zaangażowania w proces terapeutyczny dziecka.

Ojcowie dzieci z autyzmem w świetle badań nauk społecznych

Współcześni mężczyźni są zróżnicowaną w swych ojcowskich postawach kategorią społeczną. Każdy ojciec, także dziecka z autyzmem, ma swoją indywidualną historię, sobie właściwy styl wchodzenia w interakcje, osobowość oraz poziom zaangażowania (Palkovitz 2002). Ponadto relacja ojciec – dziecko jest bardziej wrażliwa na kontekst społeczny niż relacja matki z dzieckiem (Doherty i in. 1998; Hawkins i Dollahite 1997). Oczekiwania, jakie różne grupy społeczne kierują wobec ojców, w znacznym stopniu wpływają na to, co ci mężczyźni robią i kim są. W efekcie istnieją różne style pełnienia roli ojca, uwarunkowane historycznie, kulturowo i – ostatecznie – osobowościowo (Trubiłowicz i Goszty-

ła 2006). Niemniej, badania naukowe pozwalają na pewne – dokonywane z ostrożnością – uogólnienia i porównania; cenne, ponieważ ustalają granice, w obrębie których należy prowadzić badania, wskazują badaczom, czego szukać i na co być wrażliwym oraz pozwalają zrozumieć złożoność współczesnego życia zarówno w wymiarze indywidualnym, jak i rodzinnym (Marks i Palkovitz 2004). Z tego powodu poniżej dokonano przeglądu ważniejszych ustaleń dotyczących ojców dzieci z zaburzeniem ze spektrum autyzmu, zwłaszcza odróżniających ich od matek, które to ustalenia nie zawsze są wyeksponowane w literaturze przedmiotu.

W momencie, kiedy specjalista informuje, że dziecko ma autyzm i jest to zaburzenie, którego objawy osiowe będą utrzymywać się przez całe jego życie, u rodzica rozpoczyna się proces adaptacji do niepełnosprawności dziecka. W literaturze przedmiotu jest on często charakteryzowany jako złożony z kilku etapów (czy inaczej – stadiów) (np. Elder 2013; Bristor 1984). Zwykle pierwszy etap opisuje się jako fazę szoku i zaprzeczania. Rodzic konfrontuje się z trudną do przyjęcia prawdą o zaburzeniu u dziecka, która niejako przekreśla plany i marzenia o jego pomyślnym rozwoju. W tym miejscu warto zauważyć, że ojcowie, myśląc o swoich jeszcze nienarodzonych (ale poczętych) dzieciach, najczęściej oczekują: zdrowia, sprawności fizycznej i sukcesu (Vacca 2013). Rozpoznanie autyzmu w zasadzie uniemożliwia realizację tych oczekiwań, co czyni moment diagnozy szczególnie trudnym zarówno dla ojca (który musi się skonfrontować z tą informacją), jak i diagnosty (który jest zobligowany ją przekazać).

Powszechnie znane są badania świadczące o tym, że rodzice dzieci z autyzmem doświadczają szczególnie dużego stresu, większego niż np. rodzice dzieci z zespołem Downa (Dąbrowska i Pisula 2010). Współcześnie publikowane są wyniki (np. Rivard i in. 2014), które pokazują, że ojcowie dzieci z autyzmem deklarują wyższy poziom stresu niż matki. To intrygujące dane, bowiem we wcześniejszych badaniach rezultaty były odwrotne (np. Tehee, Honan i Hevey 2009). Można przyjąć, że współcześni ojcowie (i to zarówno dzieci neurotypowych, jak i z autyzmem) w większym stopniu niż kilkanaście czy kilkadziesiąt lat temu angażują się w opiekę nad dzieckiem i jego wychowanie.

Ojcowie aktywnie włączający się w wychowanie dziecka z niepełnosprawnością z jednej strony w większym stopniu są obciążeni tym faktem (stres, wymagająca opieka, niekiedy brak wsparcia), ale z drugiej doświadczają sukcesów i satysfakcji z tym związanych (Boström i Broberg 2014). Warto też zauważyć, że zgodnie z ustaleniami Kayfitz i in. (2010), ojcowie, w porównaniu do matek, deklarują mniej pozytywnych doświadczeń związanych z wychowywaniem dziecka z autyzmem, a równocześnie mogą doświadczać tyleż samo stresorów. O ile badania sprzed kilkunastu lat (Gray 2002) pokazywały, że ojcowie dzieci z autyzmem, w porównaniu do matek, rzadziej spotykają się z zachowaniami stygmatyzującymi ze strony innych, takimi jak: unikanie, wrogie spojrzenia oraz niegrzeczne komentarze, to współczesne wyniki dają nieco inny obraz. W bada-

niach rodziców dzieci z autyzmem A. Kurasz i T. Gosztyła (2016) odnotowali, iż w sytuacji, gdy dziecko prezentowało tzw. trudne zachowanie w kościele (np. podczas mszy), postronni obserwatorzy (nieświadomi jego sytuacji klinicznej) kierowali do ojców zarzuty „złego wychowania” dziecka.

Badania z udziałem małżonków wychowujących dzieci z zaburzeniem spektrum autyzmu pokazują różnice w pełnieniu ról rodzinnych i zawodowych: ojcowie spędzają więcej czasu w pracy, a matki – z dzieckiem (Hartley i in. 2014; Gosztyła 2015). To zwykle matki rezygnują z pracy albo ograniczają jej wymiar, poświęcając się opiece i wychowaniu dziecka z niepełnosprawnością (Portefield 2002). Nie zawsze wiąże się to z niezadowolaniem (dyssatisfakcją) tych kobiet, niemniej, w badaniach T. Gosztyły (2015a) rodziny z dzieckiem z autyzmem, gdzie jakość relacji małżeńskiej była ponadprzeciętna, charakteryzowały się proporcjonalnym podziałem obowiązków i elastyczną strukturą, co oznaczało, że obydwie małżonkowie w jakimś zakresie pracowali i zajmowali się potomstwem. Takie rozwiązanie jest korzystne dla ojca, ponieważ daje szansę większego zaangażowania w życie rodziny i wspierania rozwoju dziecka, a jego żony nie eliminuje z rynku pracy. Oczywiście, żeby było to możliwe, konieczna jest elastyczność środowiska pracy i zrozumienie problemu (Crettenden, Wright i Skinner 2014; Jang i Appelbaum 2010).

Badając ojców dzieci z zaburzeniami rozwoju, w tym z autyzmem, stwierdzono u nich krótką przyszłą perspektywę czasową (Boström i Broberg 2014; Pisula 2012: 127). Perspektywa postrzegania czasu to osobiste nastawienie – często nieuświadomione, które każda jednostka przejawia wobec czasu (Zimbardo i Boyd 2009). Perspektywa przyszła wyraża się w starannym planowaniu przyszłości, generowaniu dalekosiężnych zamierzeń służących rozwojowi oraz uwzględnianiu konsekwencji własnych działań. Osoba o takiej postawie wobec czasu stawia sobie różnorakie cele i dąży do ich realizacji (Zaleski 1994). Tymczasem, w przypadku ojców dzieci z autyzmem przyszłość dziecka (i w konsekwencji całej rodziny) wydaje się niepewna, a czasami budząca lęk, dlatego też koncentrują się oni na tym, co „tu i teraz”. O ile jest to psychologicznie zrozumiałe, to z punktu widzenia zabezpieczenia przyszłości dziecka i szerzej – wypracowania pewnej strategii jego rozwoju (a także rozwoju własnego i całej rodziny), budzi niepokój.

Ojcowie są w mniejszym stopniu niż matki zadowoleni z opieki nad dzieckiem ze strony specjalistów (terapeutów) oraz pomocy ze strony placówki edukacyjnej, do której uczęszcza dziecko z autyzmem (Gosztyła i Rachwał, w druku). Możliwe są dwa wyjaśnienia tego faktu. Po pierwsze, badania pokazują, że mężczyźni bywają bardziej krytyczni, czy nawet agresywni werbalnie oraz nastawieni bardziej konfrontacyjnie niż kobiety (Bresnahan i in. 2002). Po drugie, zauważona różnica może także wynikać z faktu, że to głównie matki kontaktują się z terapeutami i nauczycielami dziecka. Mężczyźni, nie mając tak regularnych i pogłębionych relacji z tymi środowiskami, nie mają takiego wglądu w terapię

i edukację dziecka oraz możliwości ich przedyskutowania, zadawania pytań i otrzymywania informacji zwrotnej. Ważnymi czynnikami utrudniającym współpracę są także – jak zauważa E. Pisula (2012: 141–142) – stres odczuwany przez obie strony oraz różnice perspektyw, doświadczeń i oczekiwań.

Propozycje wsparcia ojców dzieci z zaburzeniem ze spektrum autyzmu

Postulat pomocy (wsparcia) rodziców dzieci z autyzmem jest coraz częściej podejmowany. Wymienia się m.in. dostarczanie rodzicom wiedzy na temat autyzmu i rozwijanie ich umiejętności, odciażanie na pewien czas od opieki nad dzieckiem (*respite care*), tworzenie grup wsparcia i stowarzyszeń, organizowanie szkoleń, treningów i turnusów rehabilitacyjnych (Pisula 2012: 165–174). Wszystkie te działania są cenne i wartościowe w przypadku rodziców obojga płci. Poniżej zaś znajdują się propozycje, które mogą być szczególnie wskazane w procesie wspierania mężczyzn.

W pracy z ojcami dzieci z zaburzeniem spektrum autyzmu warto dokonać redefinicji terminu „sukces” (zarówno dziecka, jak i – pośrednio – ojca). Sukcesem może być samo budowanie relacji z dzieckiem i większe w nią zaangażowanie (por. Pisula 2012: 124). Popularny model ojcowskiego zaangażowania przedstawili M.E. Lamb, J.H. Pleck, E. Charnov i J. Levine (1985; 1987). Wyodróżnili oni trzy wymiary, które stanowią operacjonalizację angażowania się mężczyzny w pełnienie roli ojca:

- wzajemne oddziaływanie (*interaction*) – zaangażowanie w sytuacji jeden-na-jeden (m.in. karmienie dziecka, zabawa i inne formy opieki);
- osiągalność (*availability*) – taka obecność ojca, która dostarcza okazji do różnych typów interakcji (np. ojciec gotuje, podczas gdy dziecko przebywa z nim w kuchni);
- odpowiedzialność (*responsibility*) – organizowanie zasobów oraz odpowiadanie na potrzeby dziecka.

Wszystkie powyższe wymiary mogą być „zagospodarowane z sukcesem” w relacji z dzieckiem z autyzmem, dając ojcu poczucie satysfakcji i spełnienia.

W wielu innych modelach ojcowskiego zaangażowania podkreśla się znaczenie radości płynącej z bycia z dzieckiem (Roggman i in. 2002), czy inaczej – pozytywnej emocjonalności (Saleh i in. 2005). To ważne, ponieważ koncentracja na pozytywnych doświadczeniach związanych z rodzicielstwem może być „buforem” dla doświadczeń negatywnych i – będącego ich następstwem – stresu. Niewątpliwie, opieka nad dzieckiem z autyzmem jest dla ojca wyzwaniem (a w pewnych sytuacjach nawet obciążeniem), ale równocześnie obejmuje wiele pozytywnych doznań. W związku z tym Kayfitz i in. (2010) proponują ciekawe

ćwiczenie – ojciec każdego dnia wypisuje dwa-trzy pozytywne doświadczenia, których źródłem było dziecko. Pozwala to na zwiększenie świadomości gratyfikujących aspektów tej relacji.

Warto zachęcać ojców do pogłębienia relacji z terapeutami i nauczycielami dziecka. Otwartość na nawiązywanie relacji to jeden z warunków uzyskania wsparcia społecznego. Z kolei korzystanie z różnych form wsparcia (nie tylko o charakterze formalnym) to kolejny czynnik związany z zaangażowanym ojcostwem (Roggman i in. 2002). W takiej sytuacji kontakty z terapeutami są postrzegane jako szansa na pogłębienie czy „usprawnienie” relacji z dzieckiem. Co więcej, dają możliwość podniesienia kompetencji ojcowskich. Za jeden z predyktorów zaangażowanego ojcostwa uważa się przekonanie mężczyzny o posiadaniu kompetencji koniecznych do pełnienia roli ojca (McBride i Rane 1997). I na odwrót – niezdecydowanie co do tego, jak skutecznie ustosunkować się do trudnego zachowania dziecka, obniża zaangażowanie ojca (por. Schock i Gavazzi 2005).

Wreszcie, wskazana jest praca nad przyszłą perspektywą czasową. Jak ojciec wyobraża sobie przyszłość swojego dziecka za rok, kilka, kilkanaście, wreszcie – kilkadziesiąt lat? Jak widzi przyszłość swoją i swojej rodziny? W tym kontekście warto też widzieć troskę o jakość małżeństwa. Ważnym czynnikiem pobudzającym zaangażowanie ojca jest przymierze na rzecz rodzicielstwa (*co-parenting relationship*) pomiędzy nim a żoną (Beaton 2003). Szereg badań pokazuje, że matki oddziałują na sposób, w jaki ojcowie zachowują się wobec dziecka, kontrolując ilość i typ interakcji między ojcem a dzieckiem (Hoffman i Moon 1991; McBride i Rane 1997; Schipani 1991). Badania wskazują również, że mężczyźni zadowoleni ze swojego związku małżeńskiego, w porównaniu z niezadowolonymi, są bardziej skłonni angażować się w ojcostwo (Blair, Wenk i Hardesty 1994). Wykazano także, iż wysoka jakość małżeństwa rodziców dzieci z autyzmem jest jednym z kluczowych zasobów, który niweluje stres i wiąże się z mniejszą liczbą wskaźników depresji (Kersh i in. 2006). Szczegółowe informacje dotyczące różnych aspektów jakości małżeństwa rodziców dzieci z autyzmem można znaleźć w publikacjach T. Gosztyły (2015a; 2015b; Gosztyła i Gellela 2015).

Wszystkie te zalecenia mogą być w jakimś zakresie podejmowane w ramach szkoleń dla rodziców dzieci z autyzmem, realizowanych przez różne podmioty (fundacje, stowarzyszenia, poradnie). Badania donoszą o dobrych efektach szkoleń dla ojców dzieci z autyzmem, czego przykładem jest weryfikacja Elder’s Father-Directed In-Home Training (FDIT) (Donaldson i in. 2011). Nadrzędną ideą tego programu jest włączenie ojca w opiekę nad dzieckiem, przy wcześniejszym wyposażeniu go w odpowiednie techniki angażowania dziecka w relacje społeczne. Co interesujące, po opanowaniu tychże technik ojcowie są proszeni o nauczanie ich swoich żon. Taka strategia angażuje ojca i uwytłumia jego znaczenie w relacji z dzieckiem, stwarza szansę współpracy między małżonkami i wreszcie daje możliwość bliższej relacji ze środowiskiem terapeutycznym.

Literatura

- American Psychiatric Association, 2013, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.), Washington, DC: Author.
- Baxter A.J., Brugha T.S., Erskine H.E., Scheurer R.W., Vos T., Scott J.G., 2015, *The epidemiology and global burden of autism spectrum disorders*, „Psychological Medicine” 45, s. 601–613.
- Blair S.L., Wenk D., Hardesty C., 1994, *Marital quality and parental involvement: interactions of men's spousal and parental roles*, „Journal of Men's Studies”, 2, s. 221–237.
- Boström P. K., Broberg M., 2014, *Openness and avoidance – a longitudinal study of fathers of children with intellectual disability*, „Journal of Intellectual Disability Research” 58, s. 810–821.
- Bresnahan M.J., Shearman S.M., Lee S.Y., Ohashi R., Mosher D., 2002, *Personal and cultural differences in responding to criticism in three countries*, „Asian Journal of Social Psychology” 5, s. 93–105.
- Bristor M.W., 1984, *The birth of a handicapped child – a holistic model for grieving*, „Family Relations” 33, s. 25–32.
- Cassano M., Adrian M., Veits G., 2006, *The Inclusion of Fathers in the Empirical Investigation of Child Psychopathology: An Update*, „Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology” 35, s. 583–589.
- Crettenden A., Wright A., Skinner N., 2014, *Mothers caring for children and young people with developmental disabilities: intent to work, patterns of participation in paid employment and the experience of workplace flexibility*, „Community, Work&Family” 17, s. 244–267.
- Dąbrowska A., Pisula E., 2010, *Parenting stress and coping styles in mothers and fathers of pre-school children with autism and Down syndrome*, „Journal of Intellectual Disability Research” 54, s. 266–280.
- Doherty W.J., Kouneski E.F., Erickson M.F., 1998, *Responsible fathering: An overview and conceptual framework*, „Journal of Marriage and the Family” 60, s. 277–292.
- Donaldson S.O., Elder J.H., Self E.H., Christie M.B., 2011, *Fathers' Perceptions of Their Roles During In-Home Training for Children With Autism*, „Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing” 24, s. 200–207.
- Elder J., 2013, *Empowering families in the treatment of autism [w:] Recent advances in autism spectrum disorders*, red. M. Fitzgerald, vol. I, In Tech, s. 501–518.
- Edwards A., Brebner C., McCormack P.F., Macdougall C., 2016, *„More than blowing bubbles”: What parents want from therapists working with children with autism spectrum disorder*, „International Journal of Speech-Language Pathology” 4, s. 1–13.
- Flippin M., Crais E.R., 2011, *The Need for More Effective Father Involvement in Early Autism Intervention*, „Journal of Early Intervention” 33, s. 24–50.
- Goszyła T., 2015a, *Marriage Satisfaction of Parents of Children with Autism. Introductory Exploration of the Problem among Polish Married Couples Rearing Children with Autism*, „Fides et Ratio” 4, s. 228–247.
- Goszyła T., 2015b, *Communication between husband and wife bringing up children with autism*, „Acta Scientifica Academiae Ostroviensis. Sectio A” 6, s. 85–98.
- Goszyła T., Gellela K., 2015, *Marital quality and religiousness of couples parenting children with autism*, „Polish Journal of Applied Psychology” 13, s. 41–52.
- Goszyła T., Rachwał A., *Otrzymywane i oczekiwane wsparcie w opiniach rodziców dzieci z autyzmem zamieszkujących na terenie województwa podkarpackiego [w:] Autyzm. Przykłady dobrych praktyk*, red. I. Marczykowska, I. Tabaczek-Bejster, Rzeszów: Wydawnictwo UR (w druku).

- Gray D.E., 2002, „Everybody just freezes. Everybody is just embarrassed”: felt and enacted stigma among parents of children with high functioning autism, „Sociology of Health & Illness” 24, s. 734–749.
- Hartley S., Schultz H., 2015, *Support Needs of Fathers and Mothers of Children and Adolescents with Autism Spectrum Disorder*, „Journal of Autism & Developmental Disorders” 45, s. 1636–1648.
- Hartley S.L., Mihaila I., Otolara-Fadner H.S., Bussanich P.M., 2014, *Division of Labor in Families of Children and Adolescents with Autism Spectrum Disorder*, „Family Relations” 63, s. 627–638.
- Hawkins A.J., Dollahite D.C., 1997, *Generative fathering: Beyond deficit perspectives*, „Thousand Oaks”, CA: Sage.
- Jang S.J., Appelbaum E., 2010, *Work-Life Balance in Extraordinary Circumstances*, „Journal of Women, Politics & Policy” 31, s. 313–333.
- Kayfitz A.D., Gragg M.N., Orr R.R., 2010, *Positive Experiences of Mothers and Fathers of Children with Autism*, „Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities” 23, s. 337–343.
- Kersh J., Hedvat T.T., Hauser-Cram P., Warfield M.E., 2006, *The contribution of marital quality to the well-being of parents of children with developmental disabilities*, „Journal of Intellectual Disability Research” 50, s. 883–893.
- Kurasz A., Gosztyła T., 2016, *Trudne zachowanie dziecka a praktyki religijne rodziców dzieci z zaburzeniem ze spektrum autyzmu*, „Fides et Ratio” 28, s. 275–296.
- Lamb M.E., Pleck J.H., Charnov E., Levine J., 1985, *Paternal behavior in humans*, „American Zoologist” 25, s. 883–894.
- Lamb M.E., Pleck J.H., Charnov E., Levine J., 1987, *A biosocial perspective on paternal behavior and involvement [w:] Parenting across the lifespan: biosocial dimensions*, red. J. Lancaster, J. Altmann, A. Rossi, L. Sherrod, New York: Aldine deBruyter, s. 11–142.
- Marks L., Palkovitz R., 2004, *American Fatherhood Types: The Good, the Bad, and Uninterested*, „Fathering” 2, s. 113–129.
- McBride B.A., Rane T.R., 1997, *Role identity, role investments, and paternal involvement: implications for parenting programs for men*, „Early Childhood Research Quarterly” 12, s. 173–197.
- Palkovitz R., 2002, *Involved fathering and men's adult development: Provisional balances*. New York: Erlbaum.
- Pisula E., 2012, *Rodzice dzieci z autyzmem*, Warszawa: PWN.
- Porterfield S.L., 2002, *Work Choices of Mothers in Families With Children With Disabilities*, „Journal of Marriage & Family” 64, s. 972–981.
- Rivard M., Terroux A., Parent-Boursier C., Mercier C., 2014, *Determinants of Stress in Parents of Children with Autism Spectrum Disorders*, „Journal of Autism & Developmental Disorders” 44, s. 1609–1620.
- Roggman L.A., Boyce L.K., Cook G.A., Cook J., 2002, *Getting dads involved: predictors of father involvement in early head start and with their children*, „Infant Mental Health Journal” 23, s. 62–78.
- Russell G., Rodgers R.L., Ukoumunne O.C., Ford T., 2014, *Prevalence of Parent-Reported ASD and ADHD in the UK: Findings from the Millennium Cohort Study*, „Journal of Autism & Developmental Disorders” 44, s. 31–40.
- Saleh M.F., Buzi R.S., Weinman M.L., Smith P.B., 2005, *The nature of connections: young fathers and their children*, „Adolescence” 40, s. 513–523.
- Schock A.M., Gavazzi S.M., 2005, *Fathering Court-Involved Daughters: Father's Gender-Specific Concerns About Their Paternal Role*, „Fathering” 3, s. 121–145.
- Tehee E., Honan R., Hevey D., 2009, *Factors contributing to stress in parents of individuals with autistic spectrum disorders*, „Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities” 22, s. 34–42.

- Trubiłowicz E., Gosztyła T., 2006, *Style pełnienia roli ojca we współczesnych rodzinach* [w:] *Ojcostwo wobec wyzwań współczesności*, red. D. Kornas-Biela, Lublin: Fundacja Cyryla i Metodego, s. 21–34.
- Vacca J.J., 2003, *The Parenting Process from the Father's Perspective: Analysis of Perceptions of Fathers about Raising Their Child with Autism Spectrum Disorder*, „Best Practices in Mental Health: An International Journal” 9, s. 79–93.
- Zimbardo P.G., Boyd J., 2009, *Paradoks czasu. Psychologia postrzegania czasu*, Warszawa: Wydaw. Naukowe PWN.
- Zaleski Z., 1994, *Psychology of future orientation*, Lublin: TN KUL.

Fathers of children with autism in family and therapeutic relationships

Summary

Nowadays, the specialists dealing with providing support to children with autistic disorders in their development, pay more and more attention to their parents as the closest partners of professionals, being at the same time individuals who also require support to a certain extent. Thus, it seems to be important to organize the scientific knowledge, often varying from widespread opinions, regarding their functioning in the family and therapeutic relationships. Reviewing the professional literature tackling with these problems you may notice that majority of research with participation of parents of children with development disorders and majority of conclusions based thereon refer mostly to mothers, or analyses do not provide information about different sex. Keeping in mind the above, the goal of this paper is to provide initial characteristics of fathers of children with autism, based on research outcome, in terms of their family relations and relationships with professionals, showing certain differences compared to mothers, as the information may be of use for the therapists of their children.

Key words: autism, paternity, family relations, therapy

Agata Mężyk, Dorota Lipiec

Akademia Pedagogiki Specjalnej w Warszawie

STRATEGIE I ZASADY WYCHOWANIA DWUJĘZycznego W ŚWIADOMOŚCI RODZICÓW

Celem niniejszego artykułu jest ukazanie stopnia znajomości przez rodziców dzieci bilingwalnych strategii i zasad wychowania dwujęzycznego. Z obserwacji i praktyki logopedycznej autorek wynikało, iż wielu rodziców decydujących się na emigrację, a także rodziców z małżeństw mieszanych, nie przygotowuje się świadomie i w sposób celowy do dwujęzycznego wychowania swoich dzieci. Zdarza się, iż rodzice intuicyjnie stosują którąś ze strategii, nie znając jej nazwy (przede wszystkim OPOL). Często jednak języki są mieszane, brak jasno określonych i konsekwentnie stosowanych zasad w wychowaniu bilingwalnym. Autorki zweryfikowały swoje obserwacje i przemyślenia, przeprowadzając badania ankietowe wśród 31 rodzin dwujęzycznych, zarówno mieszanych (rodzice różnych narodowości) mieszkających w Polsce lub za granicą, jak i rodzin polskich na emigracji. Badania prowadzono od lipca do września 2016 roku.

Słowa kluczowe: wychowanie dwujęzyczne, dwujęzyczność, bilingwizm, strategie wychowania dwujęzycznego, zasady wychowania dwujęzycznego

Inspiracją do napisania artykułu są przemyślenia autorek wypływające z doświadczeń w pracy z dziećmi dwujęzycznymi oraz ich rodzicami. Autorki są praktykującymi logopedami pracującymi w publicznych placówkach oświatowych, w których coraz częściej mają do czynienia z dziećmi bilingwalnymi. Wiąże się to z globalizacją, migracją ludności oraz zwiększoną mobilnością zawodową i podejmowaniem pracy za granicą. W wyniku tego w Polsce mamy do czynienia z coraz większą liczbą małżeństw mieszanych, a co za tym idzie – z dziećmi dwu- lub nawet wielojęzycznymi. Wielu Polaków wyjechało także za granicę, gdzie z natury rzeczy ich dzieci wychowywane są w otoczeniu dwóch języków.

W literaturze przedmiotu znaleźć można wiele definicji bilingwizmu. Wszystkie są zgodne co do tego, że osoba bilingwalna to taka, która posługuje się dwoma językami (por. Kurcz 1992: 180; Ročławska-Daniluk 2011). Tylko część definicji precyzuje stopień opanowania poszczególnych sprawności językowych w każdym z używanych języków (zob. np. Lipińska 2003). Wychowanie dwujęzyczne nie jest jednak łatwym zadaniem dla rodziców. Warto znać i stosować konsekwentnie wybraną strategię, aby zapewnić dziecku odpowiednią stymulację

rozwoju dwóch języków. „Świadome planowanie oraz regularna rewizja planów są w wychowaniu dwujęzycznym niezwykle ważne” (Nott-Bower@). Wśród najbardziej znanych strategii wychowania bilingwalnego wyróżnia się:

1. OPOL – One Parent/Person – One Language (każdy z rodziców zwraca się do dziecka zawsze w jednym języku, najczęściej w swoim ojczystym);
2. mL@H – minority Language at Home – język mniejszościowy używany jest w domu, dziecko nabywa język większościowy poza domem;
3. T&P – Time and Place – mieszanka strategii, w ramach której konkretny język nie jest związany z daną osobą, ale z czasem i miejscem (w określonym czasie lub miejscu rodzina używa różnych języków);
4. MLP – Mixed Language Policy – strategia mieszania języków (Zurer Pearson 2013).

Robertus de Louw (2007) przytacza nieco inny podział strategii:

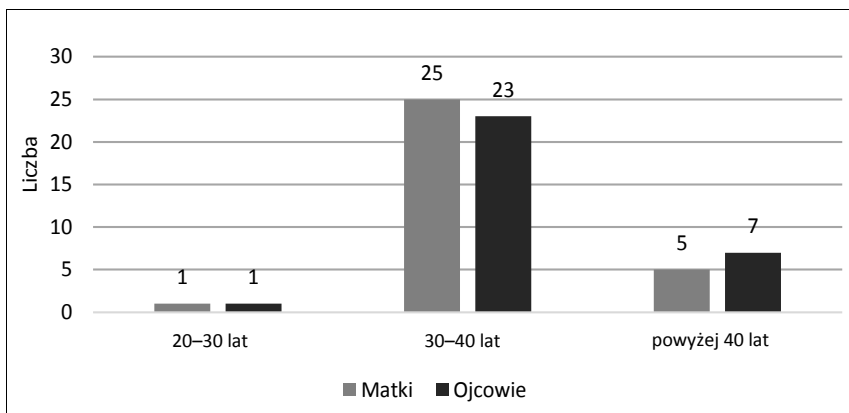
1. OPOL – One Parent/Person – One Language – każdy z rodziców zwraca się do dziecka zawsze w jednym języku, najczęściej w swoim ojczystym;
2. ML@H – Majority Language at Home (język większościowy w domu) – rodzice używają w domu języka większościowego w kontaktach z dzieckiem, języka mniejszościowego dziecko uczy się poza domem (np. w przedszkolu) lub od innych osób;
3. mL@H – minority Language at Home – język mniejszościowy używany jest w domu, dziecko nabywa język większościowy poza domem.

Aneta Nott-Bower oprócz strategii One Person One Language oraz minority Language at Home wyróżnia także strategię czasu, tematu lub czynności (zamiennie używanie dwóch języków w zależności od tematu rozmowy, czasu lub wykonywanej przy tym czynności). Wymienia też dwujęzyczność nienatynną (jeden z rodziców porozumiewa się z dzieckiem wyłącznie w języku niebędącym jego językiem ojczystym) oraz alternację (alternatywne użycie obu języków – mieszanie dwóch języków, ciągle przełączanie kodów) (Nott-Bower@a).

Strategia ciągłego mieszania języków nie wydaje się jednak skuteczna dla przyswojenia przez dziecko dwóch języków i nie jest polecana rodzinom, które podjęły świadomą decyzję o wychowaniu dwujęzycznym dzieci (Zurer Pearson 2013). Niezwykle istotne jest przy tym stosowanie określonych zasad wychowania bilingwalnego, takich jak rozważne planowanie i świadomy wybór strategii, konsekwencja w jej stosowaniu oraz monitoring i elastyczność (dostosowywanie strategii do zmieniających się warunków życiowych i indywidualnych reakcji dziecka) (Nott-Bower@).

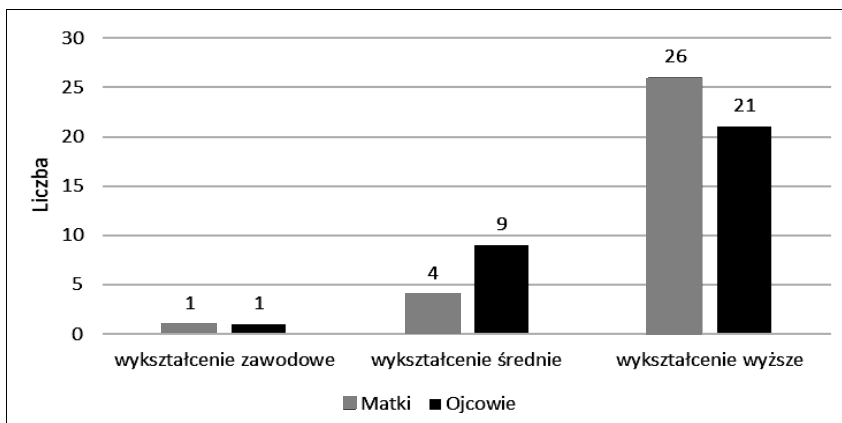
Celem niniejszego artykułu jest ukazanie stopnia znajomości przez rodziców dzieci bilingwalnych strategii i zasad wychowania dwujęzycznego. Badania polegały na przeprowadzeniu ankiet wśród 31 par rodziców dwujęzycznych mających przynajmniej jedno dziecko w wieku 0–7 lat. Ankieta składała się z pytań zamkniętych i części pytań otwartych. Respondenci mogli pominąć pytania nie dotyczące ich sytuacji rodzinnej. Wśród respondentów znalazły się rodziny mieszane mieszkające w Polsce i za granicą oraz rodziny polskie na emigracji.

Pytania 1., 2., 3. i 4. dotyczyły wieku i wykształcenia matek i ojców. Badaniami objętych zostało 31 rodzin, wśród których 25 matek jest w przedziale wiekowym 30–40 lat, 5 matek ma powyżej 40 lat, 1 matka – 20–30 lat. 23 ojców jest w przedziale wiekowym 30–40 lat, 7 ma powyżej 40 lat i 1 ojciec – 20–30 lat.



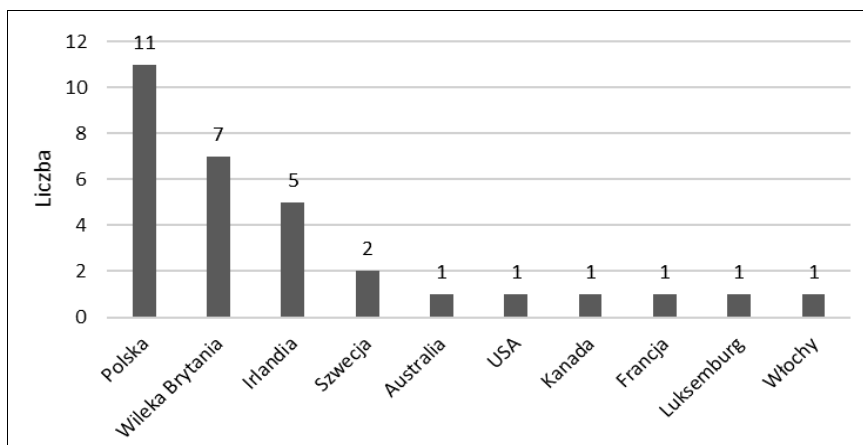
Wykres 1. Wiek badanych rodziców

26 matek i 21 ojców ma wykształcenie wyższe, 4 matki i 9 ojców ma wykształcenie średnie, 1 ojciec i 1 matka wskazali na wykształcenie zawodowe.



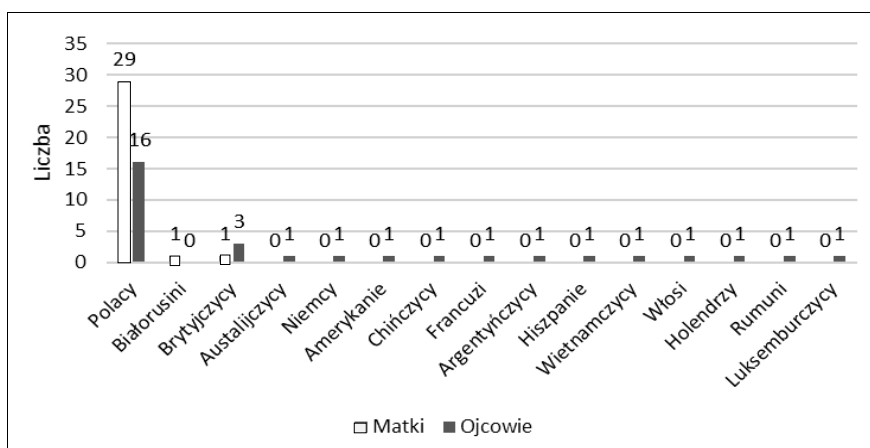
Wykres 2. Wykształcenie badanych rodziców

Pytania 5., 6. i 7. dotyczyły kraju zamieszkania i narodowości rodziców. 11 rodzin mieszka w Polsce, 7 – w Wielkiej Brytanii, 5 – w Irlandii, 2 – w Szwecji. W Australii, Stanach Zjednoczonych, Kanadzie, Francji, Luksemburgu i we Włoszech mieszka po jednej z badanych rodzin.



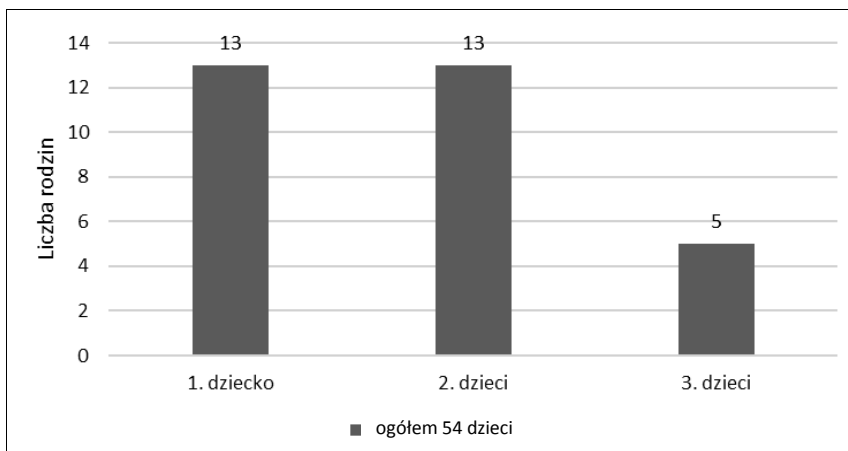
Wykres 3. Kraj zamieszkania badanych rodzin

Wśród badanych matek jest 29 Polek, 1 Białorusinka i 1 Brytyjka. Wśród ojców jest 16 Polaków, 3 Brytyjczyków oraz Australijczyk, Niemiec, Amerykanin, Chińczyk, Francuz, Argentyńczyk, Hiszpan, Wietnamczyk, Włoch, Holender, Rumun i Luksemburczyk.



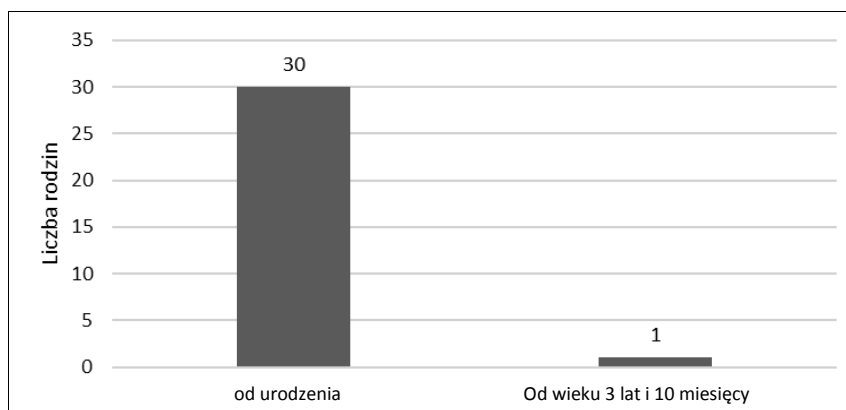
Wykres 4. Narodowość badanych rodziców

Pytania 8. i 9. ankiety dotyczyły liczby dzieci w rodzinie i ich wieku. 13 rodzin wychowuje jedno dziecko, kolejnych 13 rodzin – dwoje dzieci, a 5 rodzin wychowuje troje dzieci (ogółem 54 dzieci). Najmłodsze dziecko w chwili badania miało 5 miesięcy, najstarsze 17 lat. Dzieci będące powyżej 7. roku życia mają rodzeństwo poniżej tego wieku, dlatego ich rodziny zostały uwzględnione w badaniach.



Wykres 5. Liczba dzieci w rodzinie

Na pytanie 10.: „Od jakiego czasu dziecko wychowuje się w środowisku dwujęzycznym?” 30 respondentów odpowiedziało, że od urodzenia. Tylko jedno dziecko przebywa w środowisku dwujęzycznym od wieku 3 lat i 10 miesięcy.

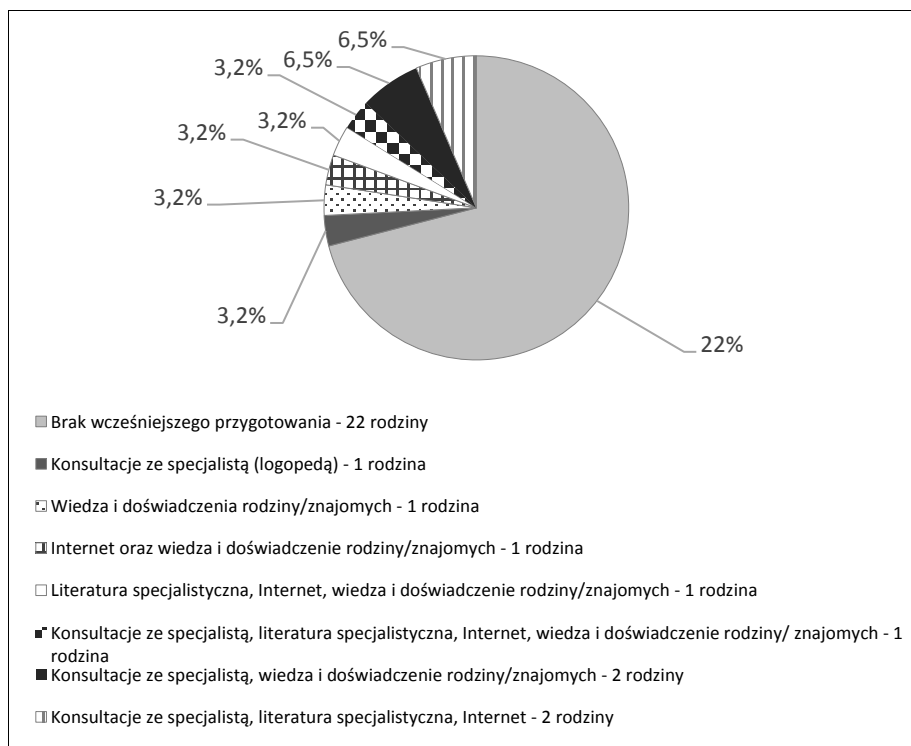


Wykres 6. Czas, od którego dziecko wychowuje się w środowisku dwujęzycznym

Na pytanie 11.: „Czy decydując się na wychowanie dziecka w dwóch językach, przygotowywali się Państwo do tego wcześniej?” 22 respondentów odpowiedziało, że nie. Dziewięć rodzin przygotowywało się do tej sytuacji, korzystając z:

- konsultacji ze specjalistą (logopedą) – 1 rodzina (matka ma w najbliższej rodzinie logopedę);
- wiedzy i doświadczeń rodziny/znajomych – 1 rodzina;
- internetu oraz wiedzy i doświadczeń rodziny/znajomych – 1 rodzina;

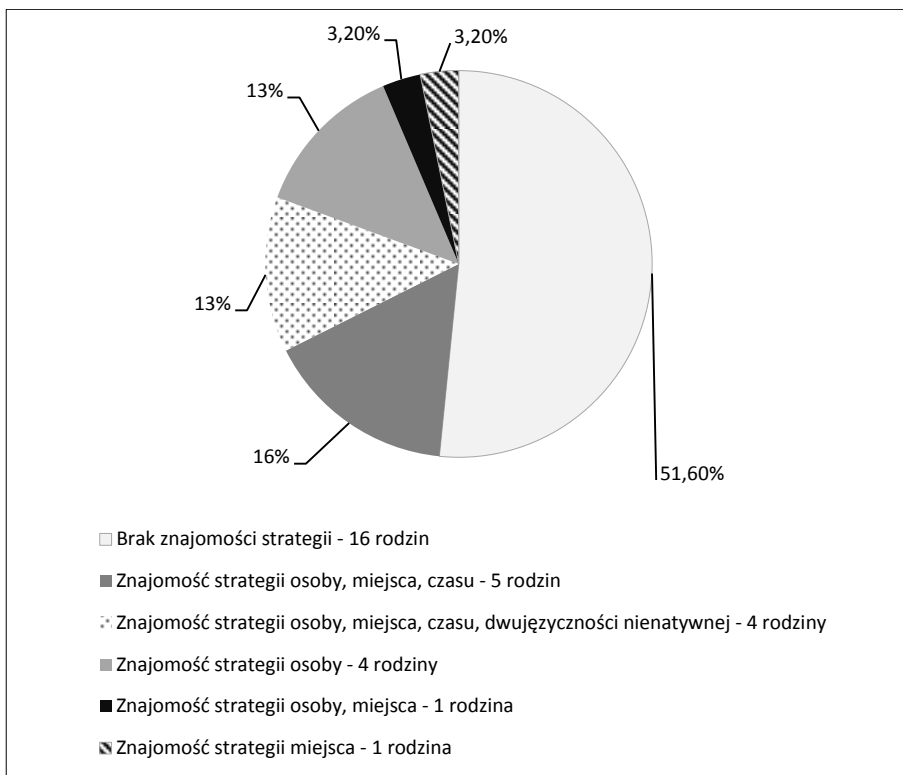
- literatury specjalistycznej, internetu oraz wiedzy i doświadczeń rodziny/znajomych – 1 rodzina;
- konsultacji ze specjalistą, literatury specjalistycznej, internetu oraz wiedzy i doświadczeń rodziny/znajomych – 1 rodzina (matka ma wykształcenie lingwistyczne i zajmuje się zawodowo edukacją dzieci dwujęzycznych);
- konsultacji ze specjalistą, wiedzy i doświadczeń rodziny/znajomych – 2 rodziny;
- konsultacji ze specjalistą, literatury specjalistycznej i internetu – 2 rodziny.



Wykres 7. Przygotowanie do wychowania dwujęzycznego

Na pytanie 12.: „Czy znają Państwo określone strategie wychowania dwujęzycznego?” 16 respondentów odpowiedziało, że nie, 15 badanych zadeklarowało znajomość strategii, takich jak:

- osoby, miejsca, czasu – 5 rodzin;
- osoby, miejsca, czasu, dwujęzyczności nienatywnej – 4 rodziny;
- osoby – 4 rodziny;
- osoby, miejsca – 1 rodzina;
- miejsca – 1 rodzina.

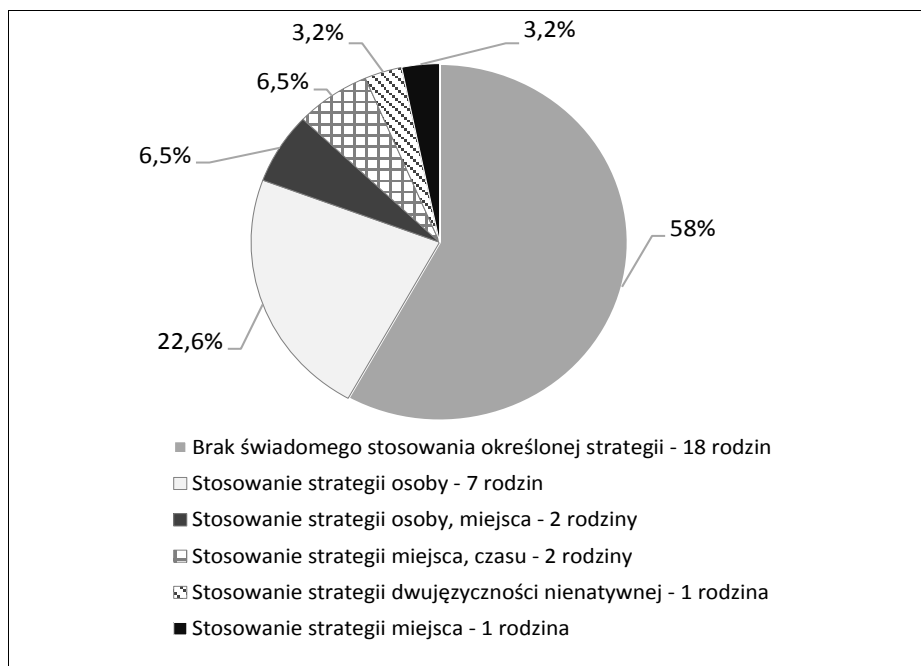


Wykres 8. Znajomość określonych strategii wychowania dwujęzycznego

Na pytanie 13.: „Czy w wychowaniu swojego dziecka stosują Państwo świadomie którąś z tych strategii?” 18 respondentów odpowiedziało, że nie, zaś 13 stosuje strategię:

- osoby – 7 rodzin;
- osoby, miejsca – 2 rodziny;
- miejsca, czasu – 2 rodziny;
- dwujęzyczności nienatywnej – 1 rodzina;
- miejsca – 1 rodzina.

Warto zaznaczyć, że 15 badanych zadeklarowało znajomość którejś ze strategii wychowania dwujęzycznego, ale tylko 13 z nich stosuje je świadomie w wychowaniu własnych dzieci. Wynika to z faktu, iż dwie rodziny mieszane mieszkające w Polsce dopiero niedawno od logopedy, do którego trafiły z powodu wady wymowy u dziecka, uzyskały wiedzę na temat wyżej wymienionych strategii. Rodzice ci żałują, iż nie znając wcześniej określonych zasad postępowania, zaniedbali język mniejszościowy, którym dziecko posługuje się słabiej niż językiem polskim.



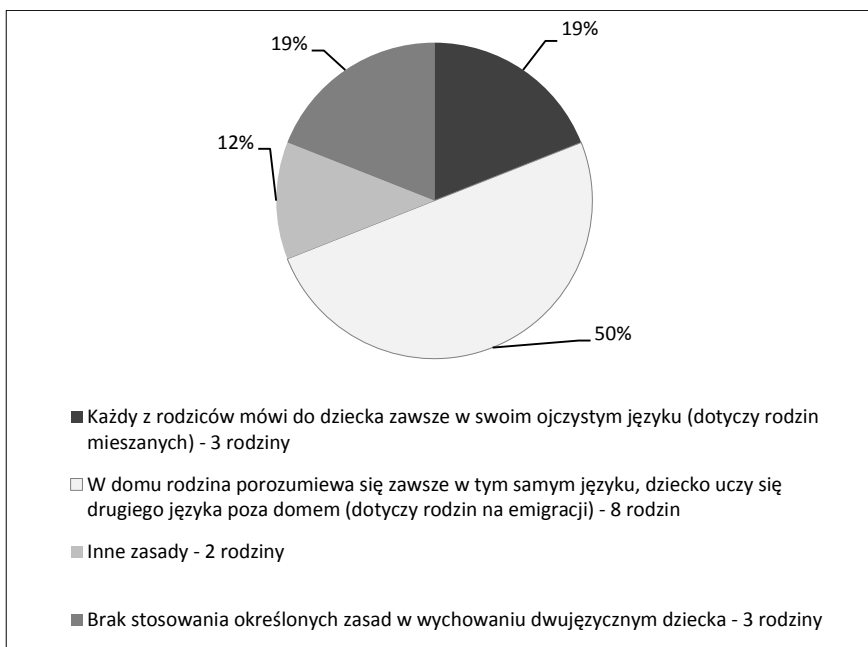
Wykres 9. Świadome stosowanie określonych strategii wychowania dwujęzycznego

W punkcie 14. ankiety respondenci stosujący świadomie którąś ze strategii wychowania dwujęzycznego zostali poproszeni o jej opisanie. Wśród 13 odpowiadających tylko jedna osoba stosująca strategię osoby i miejsca opisała niepoprawnie strategię miejsca. Pozostałe opisy są prawidłowe.

Osoby nieznające żadnych strategii (16. respondentów) w punkcie 15. ankiety zostały poproszone o zaznaczenie głównych zasad stosowanych przez nie w wychowaniu dwujęzycznym ich dzieci:

- każdy z rodziców mówi do dziecka zawsze w swoim ojczystym języku (dotyczy rodzin mieszanych) – 3 rodziny;
- w domu rodzina porozumiewa się zawsze w tym samym języku, dziecko uczy się drugiego języka poza domem (dotyczy rodzin na emigracji) – 8 rodzin;
- w określonym czasie (np. w dni powszednie/weekendy, co drugi dzień) rodzina porozumiewa się zawsze w tym samym języku – 0 odpowiedzi;
- jeden z rodziców mówi do dziecka zawsze w tym samym języku, niebędącym jednak jego językiem ojczystym – 0 odpowiedzi;
- stosujemy inne zasady – 2 rodziny:
 - ojciec mówi do dziecka zawsze w tym samym języku, niebędącym jego językiem ojczystym, będącym jednak językiem kraju zamieszkania rodziny, matka mówi do dziecka w swoim języku ojczystym oraz w języku kraju zamieszkania – 1 rodzina;

- w określonym czasie i miejscu matka mówi do dziecka w języku ojczystym lub w języku kraju zamieszkania, ojciec mówi do dziecka tylko w języku ojczystym (tym samym co matka) – 1 rodzina;
- nie stosujemy żadnych określonych zasad w dwujęzycznym wychowaniu dziecka – 3 rodziny.



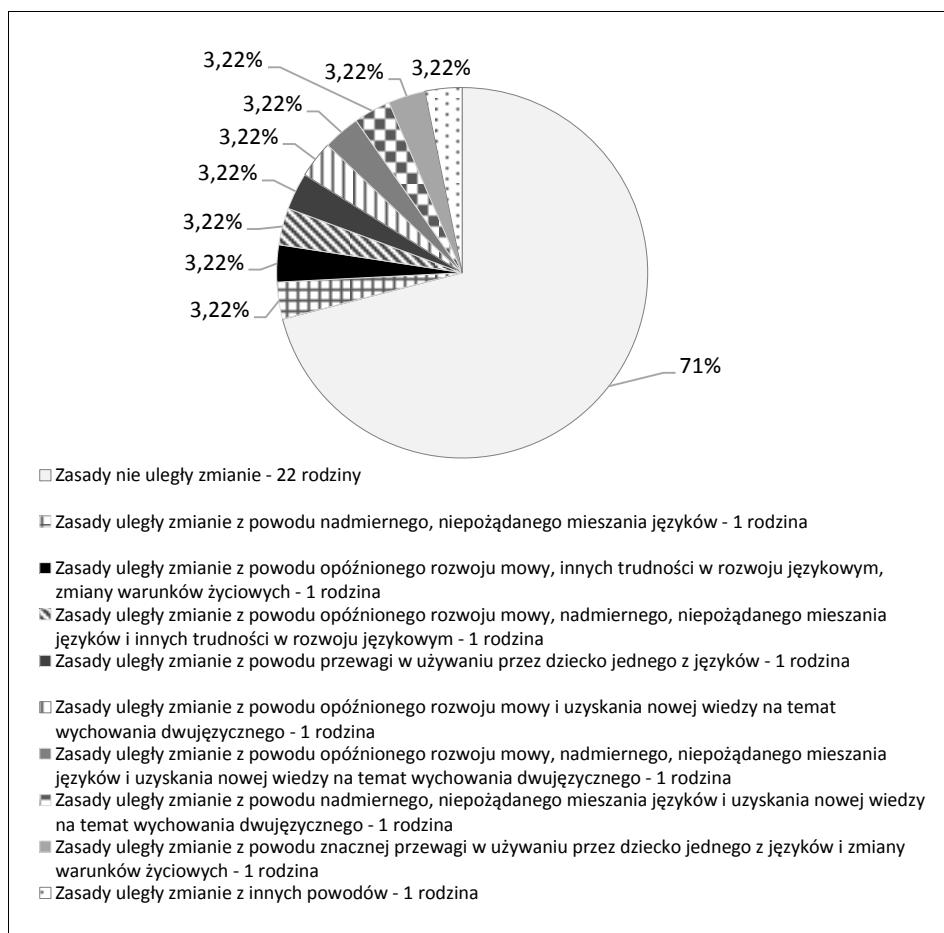
Wykres 10. Główne zasady stosowane w wychowaniu dwujęzycznym dzieci przez rodziny nieznające żadnych określonych strategii

W pytaniu 16.: „Czy zasady wychowania dwujęzycznego w Państwa rodzinie są niezmiennie od momentu rozpoczęcia wychowania dwujęzycznego, czy uległy zmianie?” 22 osoby odpowiedziały, że zasady nie uległy zmianie, 9 osób podało, że zasady się zmieniły.

W punkcie 17. ankiety respondenci zostali poproszeni o podanie powodu zmian zasad wychowania dwujęzycznego:

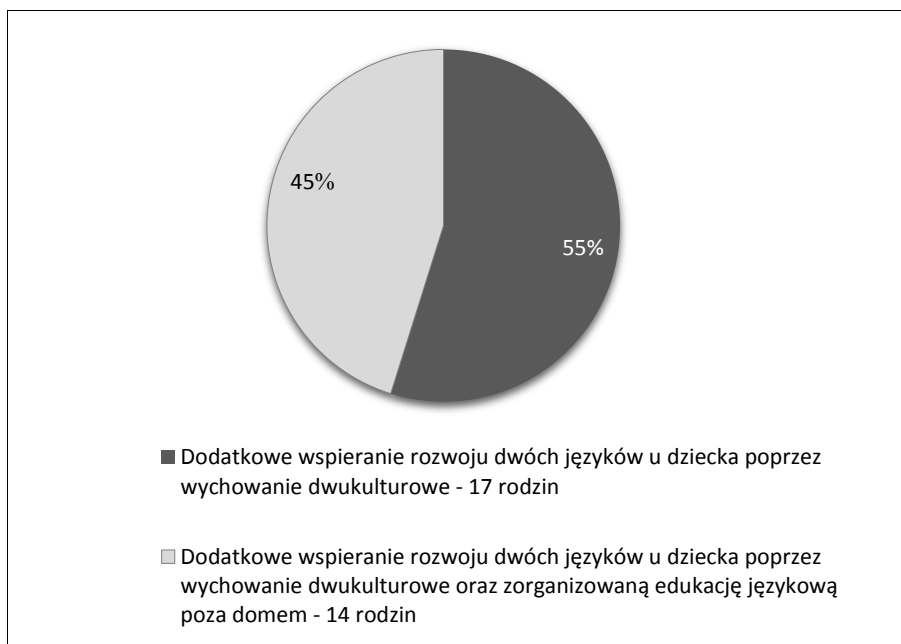
- nadmierne, niepożądane mieszanie języków – 1 rodzina;
- opóźniony rozwój mowy dziecka, inne trudności w rozwoju językowym (spowodowane autyzmem jednego z dzieci), zmiana warunków życiowych – 1 rodzina;
- opóźniony rozwój mowy dziecka, nadmierne, niepożądane mieszanie języków i inne trudności w rozwoju językowym (wymyślenie przez dziecko swojego, tzw. chińskiego języka) – 1 rodzina;

- znaczna przewaga w używaniu przez dziecko jednego z języków – 1 rodzina;
- opóźniony rozwój mowy i uzyskanie nowej wiedzy na temat wychowania dwujęzycznego (od specjalisty – logopedy) – 1 rodzina;
- opóźniony rozwój mowy, nadmierne, niepożądane mieszanie języków i uzyskanie nowej wiedzy na temat wychowania dwujęzycznego (od specjalisty – logopedy) – 1 rodzina;
- nadmierne, niepożądane mieszanie języków i uzyskanie nowej wiedzy na temat wychowania dwujęzycznego (od specjalisty – logopedy) – 1 rodzina;
- znaczna przewaga w używaniu przez dziecko jednego z języków i zmiana warunków życiowych – 1 rodzina;
- inne powody (zmieniające się zainteresowania dziecka, wynikające z kontaktów z rówieśnikami mówiącymi w innym języku) – 1 rodzina.



Wykres 11. Stałość/zmienność zasad wychowania dwujęzycznego

Na pytanie 18.: „Czy wspierają Państwo dodatkowo rozwój dwóch języków u dziecka?” wszyscy badani odpowiedzieli, że tak. 17 rodzin czyni to poprzez wychowanie dwukulturowe (np. celebrowanie zwyczajów, tradycji i świąt dwóch krajów, zapewnienie kontaktów z osobami posługującymi się każdym z języków, podróże do danych krajów, poznawanie literatury i kultury każdego z krajów). 14 rodzin oprócz wychowania dwukulturowego zapewnia dzieciom zorganizowaną edukację językową poza domem (przedszkola, szkoły, szkoły sobotnie, itp.).



Wykres 12. Dodatkowe wspieranie rozwoju dwóch języków u dziecka

Ze względu na niewielką liczebność grupy badanej i jej zróżnicowanie przeprowadzone badania mają charakter poglądowy. Uzyskanych wyników i sformułowanych na ich podstawie wniosków nie należy ekstrapolować.

Z wyników ankiety, a także z doświadczeń i obserwacji autorek, wpływa wniosek, że zakres wiedzy rodziców na temat strategii i zasad wychowania dwujęzycznego nie jest szeroki. Większość rodziców nie przygotowuje się w sposób planowy i celowy do bilingwalnego wychowania swoich dzieci. Największą świadomością wykazują się rodzice mający wykształcenie lingwistyczne lub pedagogiczne. Wychowanie dwujęzyczne często ma charakter intuicyjny i nie opiera się na żadnych zasadach. Dopiero wtedy, gdy rozwój mowy dziecka nie przebiega normatywnie (opóźniony lub zaburzony rozwój mowy) lub jeden

z języków znacznie dominuje, zaniepokojeni rodzice zaczynają szukać informacji na temat bilingwizmu. Często to logopeda jest pierwszą osobą, do której trafiają ze swoim problemem. Specjalista powinien przedstawić takim rodzicom różne strategie wychowania dwujęzycznego i wspólnie z nimi wybrać właściwy sposób postępowania, indywidualnie dobrany dla danego przypadku. Bywa, że dopiero wtedy rodzice dowiadują się, że stosując konsekwentnie określoną strategię, mogą skutecznie wspomagać rozwój dwóch języków u dziecka lub niwelować zakłócenia tego rozwoju. Rodzice bywają zaskoczeni faktem, że uporządkowanie językowego otoczenia dziecka poprzez zastosowanie odpowiednio dobranej strategii szybko przynosi widoczne rezultaty. Niektórzy z nich żałują, że tak późno poznali strategie i zasady wychowania bilingwalnego, przez co np. zaniedbany został język mniejszościowy lub dziecko nadmiernie miesza oba języki. Nie zawsze ustalenie określonych zasad postępowania w wychowaniu dwujęzycznym i ich stosowanie jest wystarczające, gdyż część dzieci będzie wymagała objęcia specjalistyczną terapią logopedyczną.

Warto więc podkreślić, że logopedzi powinni mieć wiedzę na temat bilingwizmu i prowadzić działania popularyzatorskie w środowisku rodzin dwujęzycznych (szkolenia dla rodziców w placówkach, do których uczęszczają ich dzieci, wskazywanie odpowiedniej literatury i źródeł internetowych). Można więc postulować, aby w programach kształcenia studentów logopedii znalazły się treści dotyczące opisywanego zagadnienia, będącego coraz częstszym zjawiskiem i stanowiącego wyzwanie zarówno dla specjalistów, jak i dla rodziców.

Literatura

- Kurcz I., 1992, *Pamięć, uczenie się, język*, Warszawa: Wydaw. Naukowe PWN.
- Lipińska E., 2003, *Język ojczysty, język obcy, język drugi. Wstęp do badań dwujęzyczności*, Kraków: Wydaw. Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Louw R. de, 2007, *Co każdy rodzic powinien wiedzieć o dwujęzycznym wychowaniu*, „Wychowanie na co dzień”, nr 4–5, s. 25–27.
- Rocławska-Daniluk M., 2011, *Dwujęzyczność i wychowanie dwujęzyczne z perspektywy lingwistyki i logopedii*, Gdańsk: Wydaw. Uniwersytetu Gdańskiego.
- Zurer Pearson B., 2013, *Jak wychować dziecko dwujęzyczne. Poradnik dla rodziców (i nie tylko)*, Poznań: Media Rodzina.

Netografia

- Nott-Bower A., @, *Rozważne planowanie, świadome wybory, konsekwencja, monitoring i elastyczność – niezbędne zasady skutecznego dwujęzycznego wychowania*, <http://www.logopeda.org.pl/publikacja.php?id=48>[dostęp 09.08.2016].
- Nott-Bower A., @a, *Wychowanie dwujęzyczne*, <http://bilingualhouse.com/wychowanie-dwujezyczne/>[dostęp 9.08.2016].

Parents' awareness of strategies and rules of bilingual upbringing

Summary

The goal of this paper is to show knowledge of strategies and rules of bilingual upbringing by parents of bilingual children. Observations and speech-therapy practice of the authors of this paper show that many parents who take a decision to emigrate, as well as parents being spouses of various nationality, do not get prepared conscientiously and deliberately to bilingual upbringing of their children. In some cases, parents use one of the strategies intuitively, not even knowing its name (most of all it refers to OPOL = one person one language). However, languages are often mixed, there are no clearly defined and consistently used principles in bilingual upbringing. The authors verified their observations and reflections carrying out surveys in 31 bilingual families, both mixed ones (parents of various nationalities) living in Poland or abroad, as well as Polish families who emigrated. The research was carried out from July to September 2016.

Key words: bilingual upbringing, bilingualism, strategies of bilingual upbringing, principles of bilingual upbringing.

Katarzyna Ita Bieńkowska

Akademia Pedagogiki Specjalnej w Warszawie
Stowarzyszenie Rodziców i Przyjaciół Dzieci z Wadą Słuchu w Krośnie

PROGRAM REHABILITACJI MAŁYCH DZIECI Z WADĄ SŁUCHU „DŹWIĘKI MARZEŃ” W WOJEWÓDZTWIE PODKARPACKIM

W artykule autorka, będąca w latach 2006–2016 w województwie podkarpackim koordynatorem ogólnopolskiego programu rehabilitacji domowej małych dzieci z wadą słuchu „Dźwięki Marzeń” Fundacji Orange, relacjonuje przebieg i efekty programu realizowanego na Podkarpaciu we współpracy ze Stowarzyszeniem Rodziców i Przyjaciół Dzieci z Wadą Słuchu w Krośnie (SRiPDzWS). Na przykładzie wyników z regionu poddaje także ocenie efekty programu i ich znaczenie dla możliwości podjęcia edukacji w szkolnictwie ogólnodostępnym.

Słowa kluczowe: rehabilitacja domowa, wada słuchu, edukacja

W latach 2006–2015 roku w Polsce w ramach Programu Powszechnych Przesiewowych Badań Słuchu u Noworodków prowadzonego przez Fundację Wielka Orkiestra Świątecznej Pomocy zdiagnozowano 4821 dzieci z niedosłuchem > 40 dB¹, co oznacza, że problem niedosłuchu wrodzonego bądź nabytego w pierwszych dniach życia dotyczy w Polsce niemalże trzech noworodków na tysiąc urodzonych. Tym samym wada słuchu jest najczęstszą wrodzoną wadą rozwojową (Szyfter i in. 2013). W 2006 roku Fundacja Orange (FO) rozpoczęła realizację ogólnopolskiego programu „Dźwięki Marzeń”, w ramach którego obejmowała kompleksową, nieodpłatną opieką dzieci z ubytkiem słuchu tuż po potwierdzeniu diagnozy oraz udzielała wsparcia ich opiekunom i terapeutom (Prożych, Radziszewska-Konopka 2008). Pomoc udzielana była na czterech obszarach:

- a) Banki Aparatów Słuchowych (BAS) – bezpłatne wypożyczenie aparatów dzieciom poniżej 3. r.ż.;

¹ Informację uzyskano z centralnej bazy danych Programu Powszechnych Przesiewowych Badań Słuchu u Noworodków, prowadzonej przez Fundację Wielka Orkiestra Świątecznej Pomocy, 29.02.2016.

- b) Rehabilitacja domowa – terapia logopedyczna mająca na celu stymulowanie rozwoju percepcji słuchowej i mowy dzieci z wadą słuchu przez specjalistów (przy czynnym udziale rodziców) w domu u dziecka;
- c) Turnusy rehabilitacyjne – wyjazdowa forma intensywnej, dwutygodniowej terapii, mająca na celu edukację rodziców i intensywną stymulację rozwoju dzieci;
- d) Szkolenia i konferencje – podnoszenie kompetencji zawodowych surdoterapeutów (głównie logopedów i surdopedagogów) (Buchman i in. 2011).

Jednym z 20 ośrodków koordynujących program w Polsce (por. ryc. 1) było w województwie podkarpackim Stowarzyszenie Rodziców i Przyjaciół Dzieci z Wadą Słuchu (SRiPDzWS), mające swoją siedzibę w Wojewódzkim Szpitalu Podkarpackim im. Jana Pawła II w Krośnie. W tym samym miejscu we współpracy z Poradnią Audiologiczną realizowany był program Banków Aparatów Słuchowych dla niemowląt dla województwa podkarpackiego (Wiśniewska 2011).



tu działa bank
aparatów słuchowych
Dźwięki Marzeń

www.fundacja.orange.pl Fundacja Orange orange

Ryc. 1. Placówki koordynujące rehabilitację domową i BAS na terenie Polski w latach 2006–2015 oraz logo Banków Aparatów Słuchowych

Bank Aparatów Słuchowych

W 2008 Fundacja Orange podjęła decyzję o utworzeniu w Krośnie jednego z 18 Banku Aparatów Słuchowych (BAS). W formie darowizny dla Stowarzyszenia Rodziców i Przyjaciół Dzieci z Wadą Słuchu przekazanych zostało pierwszych 12 aparatów słuchowych na przewodnictwo powietrzne, przysto-

sowanych do różnej głębokości uszkodzenia słuchu firmy Phonac, Widex i Oticon. W 2012 roku w związku z wygaśnięciem gwarancji na poprzednie urządzenia zakupiono 10 następnych aparatów. W latach 2008–2015, do czasu wygaśnięcia gwarancji, a co za tym idzie – umowy o prowadzeniu BAS, z wypożyczenia skorzystało 64 małych dzieci z wadą słuchu. Zgodnie z regulaminem aparaty wypożyczane były na okres do 3 miesięcy (66% wypożyczeń), z możliwością przedłużenia po uzyskaniu akceptacji lekarza prowadzącego podejmującego taką decyzję na podstawie przesłanek medycznych (24% dzieci). Wiek dzieci wypożyczających aparaty wynosił od 2 miesięcy do 4 lat (średnio 13 miesięcy, co oznacza, że aparaty w praktyce wypożyczano także dzieciom starszym niż 3 lata). Główną przyczyną wypożyczeń było oczekiwanie na orzeczenie o niepełnosprawności lub przyznanie refundacji z PFRON – 42 dzieci (65%), diagnostyczne trudności w doborze aparatu – 12 osób (18%), trudności finansowe rodziny – 1 (2%), oczekiwanie na implant ślimakowy – 4 (6%), inne – decyzja lekarza prowadzącego – 6 (9%). Większość dzieci – 60 (94%), którym wypożyczono aparaty, miała niedosłuch > 40 dB zmysłowy – nerwowy, czworo miało niedosłuch przewodzeniowy (6%). Większość aparatów była wypożyczana na stosunkowo krótki okres, trwający mniej niż 3 miesiące. Aparaty po każdym wypożyczeniu były serwisowane, średnio każdy z nich został wypożyczony 5, 6 razy (Raport BAS, 2008–2015).

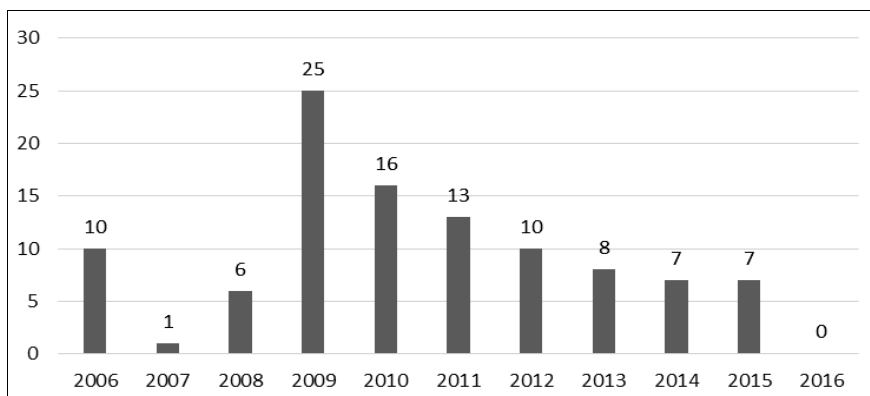
Funkcjonowanie BAS w Krośnie w znacznym stopniu ułatwiło prawidłowe, szybkie zaopatrzenie w aparat niemowląt, u których wykryto niedosłuch. Takie, zgodne z założeniami PPBSuN (Radziszewska-Konopka 2005) postępowanie zapewniło małym dzieciom z wadą słuchu dostępność akustyczną do dźwięków otoczenia i mowy, co zgodnie z zasadami neurorozwoju ma kluczowe znaczenie dla powodzenia procesu rehabilitacji na drodze audytywno-werbalnej (Estabrooks 2000). Ponadto za zgodą Fundacji wypożyczano na okresy przejściowe aparaty także dzieciom starszym (np. z powodu pogłębienia się wady słuchu), co nie było ewidencjonowane w BAS, lecz pozwoliło rozwiązywać trudne sytuacje związane z protezowaniem w indywidualnych przypadkach.

Rehabilitacja domowa

Zgodnie z zawartym w 2006 roku porozumieniem o współpracy pomiędzy Stowarzyszeniem a Fundacją Orange oraz z przyjętymi ogólnopolskimi kryteriami kwalifikacji do programu rehabilitacji domowej przyjmowane były dzieci z województwa podkarpackiego w wieku 0–4 r.ż², z uszkodzeniem słuchu powyżej 40 dB, z rodzin w trudnej sytuacji finansowej, mieszkające min. 20 km od

² Kryteria kwalifikacji dotyczące wieku zmieniały się trzykrotnie w ciągu trwania programu.

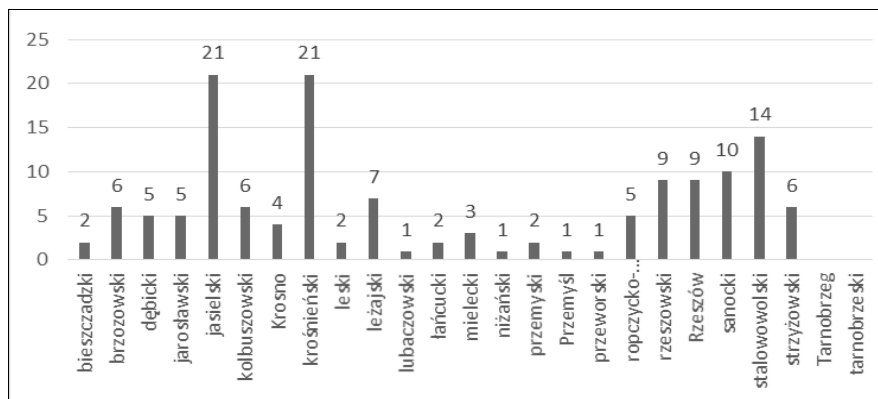
specjalistycznej placówki zajmującej się terapią dzieci z wadą słuchu. W latach 2006–2016 do 143 dzieci z wadą słuchu dojeżdżało 45 rehabilitantów, a terapia domowa odbywała się 2 razy w tygodniu po 1 godzinie (60 minut) lub w wyjątkowych sytuacjach (m.in. w zależności od odległości, jaką musiał przemierzyć rehabilitant do domu dziecka) 1 raz w tygodniu po 2 godz. W opisywanym okresie łącznie zrealizowano ponad 20 tysięcy godzin zegarowych terapii w cyklach rocznych podzielonych na dwie części/transze (zimową i letnią), zawierające w zależności od roku od 20 do 32 godzin terapii w transzy (od 40 do 56 godzin dla jednego dziecka rocznie). W każdej transzy grupa rehabilitowanych dzieci składała się z dzieci „nowych” – rozpoczynających terapię (por. ryc. 2) oraz tych, które ją kontynuowały. W każdej transzy średnio ok. 28 dzieci, zarówno wchodzących do programu, jak i kontynuujących terapię, objętych było opieką programu (najmniej 6, najwięcej 35) (Raport REH, 2006–2016).



Ryc. 2. Liczba nowych dzieci zakwalifikowanych do programu rehabilitacji domowej w województwie podkarpackim w poszczególnych latach

Województwo podkarpackie jest podzielone na 21 powiatów oraz 4 miasta na prawach powiatu (RS 2014). Ze względu na referencyjność (przypisanie w Programie Powszechnych Przesiewowych Badań Słuchu u Noworodków) współpracującej ze Stowarzyszeniem Poradni Audiologicznej w Krośnie powiatów krośnieńskiego i jasielskiego, najwięcej beneficjentów pochodziło z tego terenu (Bieńkowska 2011). Dzięki dobrze układającej się współpracy z zespołem logopedów z Centrum Medycznego „Medyk” w Rzeszowie oraz osobistemu zaangażowaniu logopedy/surdopedagoga ze Stalowej Woli, także dzieci z tego terenu obejmowane były opieką zgodnie z ich potrzebami. W programie nie uczestniczyły dzieci z Tarnobrzega (miasto na prawach powiatu) i powiatu tarnobrzskiego. Najprawdopodobniej dzieci z tych ościennych powiatów wykonywały badania słuchu w innych placówkach III stopnia referencyjności (Kraków,

Lublin) i ze względu na obowiązek comiesięcznych wizyt w ośrodku koordynującym oraz dużą odległość > 100 km wybierały bliższą placówkę koordynującą z województwa małopolskiego lub lubelskiego.

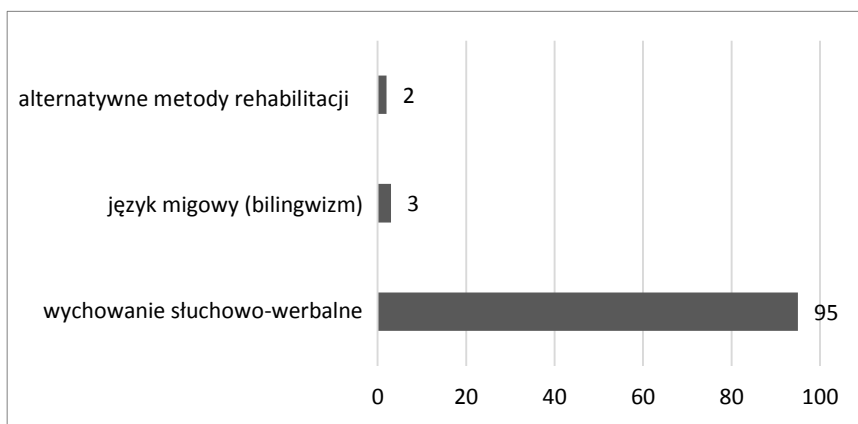


Ryc. 3. Liczba beneficjentów programu „Dźwięki Marzeń” 2006–2016 z województwa podkarpackiego z podziałem na mieszkańców poszczególnych powiatów

Według regulaminu ustanowionego przez Fundację Orange rehabilitacja prowadzona była 2 razy w tygodniu w domu małego pacjenta, 1 raz w miesiącu rodzice mieli obowiązek uczestniczyć w terapii w ośrodku koordynującym. Ze względu jednak na odległość, choroby dzieci, sytuację rodzinną itp. jedynie ok. 50% rodziców realizowało w pełni obowiązek systematycznej terapii w ośrodku koordynującym. Uczęszczających na terapię stacjonarną w placówce koordynującej mniej niż 2 razy w miesiącu było 46%, 1 raz w miesiącu – 25%, ze względu na odległość, wady sprzężone lub zapewnioną systematyczną terapię w miejscu zamieszkania 18% przyjeżdżało 1 raz na kwartał, 1 raz w danej transzy 8%. Ze względu na przebywanie w placówkach opiekuńczych (dom dziecka, hospicjum) 3% dzieci nie było konsultowanych (kontakt odbywał się za pośrednictwem rehabilitantów i opiekunów prawnych). 130 dzieci mieszkało w pełnych rodzinach, 7 – wychowywał samotny rodzic, 6 dzieci rozwijało się w państwowych placówkach opiekuńczych lub rodzinach zastępczych (w czasie trwania programu 3 dzieci zostało adoptowanych i wraz z nową rodziną było nadal objętych opieką koordynatora). 23% (33 rodziny) mieszkało w mieście, pozostałych 110 (77%) rodzin mieszkało na wsi.

W programie uczestniczyło 24 dzieci (17%) z wadami sprzężonymi, które utrudniały proces terapii słuchowo-werbalnej (5 – MPD, 4 – Zespół Downa, 5 – inne zespoły genetyczne związane z niedosłuchem, 3 – wada serca, 1 – zespół FAS, 1 – wiotka krtani (rurka tracheostomijna do 3 r.ż.), 5 – poważny opóźniony rozwój psychoruchowy – po zakończeniu programu dzieci te otrzymały diagnozę upośledzenia umysłowego w różnym stopniu) (Raport REH, 2006–2016).

Monitorowanie postępów słuchowych, komunikacyjnych i językowych dzieci w programie w całej Polsce od 2012 roku opierało się na „Programie oceny i terapii małych dzieci z wadą słuchu”, który powstał w SRiPDzWS w Krośnie (Bieńkowska 2011). W ciągu 10 lat 136 dzieci rehabilitowanych było metodą wychowania słuchowo-werbalnego (audytywną), czworo dzieci prowadzono metodą bilingwalną (wychowanie słuchowo-werbalne i język migowy, ze względu na niewielkie korzyści z aparatów oraz obydwój rodziców niesłyszących), u trójki dzieci ze względu na głębokie zaburzenia sprzężone z wadą słuchu wprowadzono alternatywne metody komunikacji (piktogramy, Makaton), połączone z intensywnym treningiem słuchowym (ryc. 4).



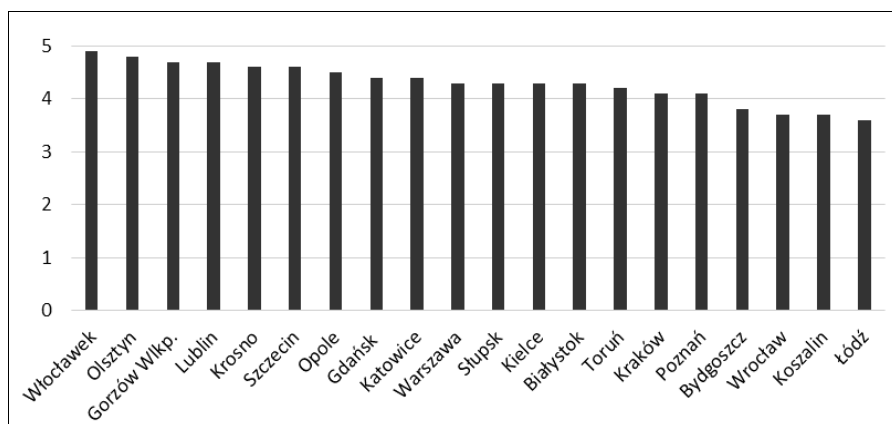
Ryc. 4. Zestawienie procentowe metod rehabilitacji dzieci z Podkarpacia w programie „Dźwięki Marzeń”

Ponad 93% dzieci kończących udział w programie posługiwało się mową jako podstawowym środkiem komunikacji. Ponad 75% dzieci kończących terapię po 6 etapach rehabilitacji domowej lub ze względu na wiek kontynuowało swą edukację w przedszkolach ogólnodostępnych lub integracyjnych. Pozostałe dzieci – zwłaszcza te ze środowisk wiejskich, w szczególności w pierwszych latach trwania programu, rozpoczynały edukację w przedszkolach dopiero w 5. r.ż. Pojedyncze dzieci uczestniczące w programie (ze względu na zaburzenia dodatkowe sprzężone z niedosłuchem – MPD, poważny opóźniony rozwój psychoruchowy) rozpoczęło edukację w placówkach specjalnych. Jedno dziecko zmarło z powodu wady serca w czasie trwania programu.

W 2015 roku prześledzono dalszą historię dzieci z województwa podkarpackiego uczestniczących w programie. 97% tych, które już osiągnęły wiek szkolny, rozpoczęło naukę ze słyszącymi rówieśnikami w szkole ogólnodostępnej w miejscu zamieszkania.

Rehabilitanci

W województwie podkarpackim w programie „Dźwięki Marzeń” pracowało 45 rehabilitantów (logopedzi, surdologopedzi, surdopedagodzy, pedagodzy, psychologzy). Na umowy zlecenia prowadzili terapię w domu dla 1 do 6 dzieci w jednej transzy. Średnio pracowali przez 2 lata (od jednej do 13 transz bez przerwy). Dojeżdżali do domów dzieci średnio ok. 25 kilometrów (najmniej 1 – najwięcej 70 km). Należy podkreślić, że nie były to osoby przypadkowe. Koordynator spotykał się z każdym z rehabilitantów 2, 3 razy w roku, na bieżąco kontaktowano się telefonicznie i mailowo. W czasie spotkań wymieniane były uwagi dotyczące dziecka, jego postępów, współpracy z rodziną oraz rozwiązywane trudności organizacyjne. Analiza danych z ewaluacji pracy terapeutów przeprowadzonej przez konsultanta merytorycznego programu w latach 2007–2009 na podstawie prowadzonych dla indywidualnych beneficjentów zeszytów rehabilitacji wskazywała na wysoki poziom przygotowania merytorycznego i zaangażowania w terapię rehabilitantów z Podkarpacia (Raport ZR, 2007–2015). W skali od 0–5 pkt otrzymywali oni dobre i bardzo dobre oceny indywidualne, co w sumie dało jeden z najwyższych wyników na tle ogólnopolskim (ryc. 5).



Ryc. 5. Średnia ocen uzyskiwanych przez rehabilitantów domowych w trakcie ewaluacji programu prowadzonej przez konsultanta merytorycznego na podstawie zeszytów rehabilitacji w latach 2007–2009

Także opinie rodziców wymieniane podczas comiesięcznych spotkań z koordynatorem regionalnym były pozytywne i świadczyły o zaangażowaniu oraz umiejętnym nawiązywaniu kontaktów z rodziną. Dzięki systematycznej współpracy w triadzie (rodzice – terapeuta – koordynator) pojawiające się formalne i nieformalne trudności we współpracy (np. niesystematyczność pracy, niespo-

dziewane odwoływanie spotkań) rozwiązywane były na bieżąco. Rehabilitanci angażowali się nie tylko w prowadzenie terapii, lecz także niejednokrotnie w pomoc materialną i wsparcie społeczno-emocjonalne rodziny (w szczególności matek). Wynagrodzenie za przepracowane godziny (w zależności od transzy 55–70 zł) było wypłacane jednorazowo po zakończeniu i rozliczeniu każdej transzy (na podstawie m.in. prowadzonego dla każdego dziecka zeszytu rehabilitacji domowej). Koszty dojazdu były częściowo zwracane w formie ekwiwalentu (delegacji) na koniec każdego roku kalendarzowego (otrzymywana przez SRiPDzWS kwota dotacji dzielona była proporcjonalnie do liczby rehabilitowanych dzieci i pokonywanej przez rehabilitanta odległości).

Turnusy rehabilitacyjne

Corocznie Fundacja organizowała dwutygodniowe turnusy rehabilitacyjne, w których bezpłatnie udział brały dzieci będące beneficjentami programu rehabilitacji wraz z opiekunem (Bieńkowska, Zaborniak-Sobczak 2015). W latach 2006–2016 Fundacja przy rotacyjnej pomocy regionalnych koordynatorów zorganizowała 41 wyjazdów.



Ryc. 6. Rodzice i terapeuci uczestniczący w turnusie rehabilitacyjnym w 2007 roku

W czasie turnusów dzieci, poprzez zajęcia indywidualne i grupowe, uczestniczyły w intensywniej rehabilitacji słuchu i mowy, a rodzice brali udział w warsztatach podnoszących poziom ich wiedzy z zakresu umiejętności pracy z dzieckiem (Buchman i in. 2011). SRiPDzWS w Krośnie odpowiadało za organizację i rozliczenie czterech turnusów sponsorowanych przez Fundację Orange (2006 – Międzybrodzie Bialskie, 2007 – Borek, 2008 i 2009 – Kiekrz). Corocznie grupa benefi-

cientów (dziecko wraz z opiekunem) z Podkarpacia wyjeżdżała na turnus. W sumie z tej formy bezpłatnej pomocy skorzystało 41 dzieci. Ze środków jednorazowej dotacji celowej zorganizowano także w 2007 roku warsztaty weekendowe w Rymańowie Zdroju, w których uczestniczyło 15 małych dzieci z opiekunami.

Szkolenia i konferencje

Jednym z elementów programu były prowadzone bezpłatne warsztaty, wykłady, specjalistyczne szkolenia dla rehabilitantów i rodziców. W latach 2006–2013 czterech rehabilitantów z Podkarpacia uczestniczyło w tygodniowych szkoleniach w zakresie wczesnego wspomagania dzieci z wadą słuchu. Uprawnienia do pracy metodą werbotonalną zdobyło: 27 osób – I stopnia, 11 – II stopnia, 2 – III stopnia. Dwukrotnie szkolenia z metody werbotonalnej prowadziła w Krośnie trenerka Monika Modrzejewska – brało w nich udział 24 pracujących w tym czasie w programie rehabilitantów. Pozostałe osoby odbyły szkolenia w czasie bezpłatnych kursów w Warszawie lub na turnusie.

Działania dodatkowe

Dodatkowo SRiPDzWS otrzymywało w czasie trwania całego działania bezpłatne materiały edukacyjno-dydaktyczne: zestawy pomocy edukacyjnych niezbędnych w pracy z małym dzieckiem z wadą słuchu: walizki rehabilitanta zawierające zestawy instrumentów muzycznych, podręczniki metodyczne do pracy z małym dzieckiem, poradnik dla rodziców dzieci z wadą słuchu. Część dotacji przeznaczonej na prowadzenie regionalnego biura programu – zgodnie z coroczną umową celową – przeznaczana była na zakup pomocy do prowadzenia terapii i wyposażenie placówki. Pozwoliło to m.in. zakupić testy psychologiczne, wyposażyć ośrodek w materiały edukacyjne oraz sprzęt komputerowy. Osobna dotacja celowa (12 tys. zł) pozwoliła rodzicom (wolontariuszom) na pomalowanie i wyposażenie „Bajkowego Kącika” – poczekalni dla małych dzieci w siedzibie Stowarzyszenia (<http://www.krosno24.pl/informacje.php3?id=6040>).

Budżet programu stanowił przez 10 lat ponad 50% obrotu SRiPDzWS, co pozwalało nie tylko na zapewnienie dodatkowej opieki prawie 85% małych dzieci poniżej 3 r.ż., które zgłaszały się na terapię, lecz także zapewnienie dodatkowego źródła dochodu terapeutom, którzy niejednokrotnie tylko dzięki temu programowi mogli pracować w wyuczonym zawodzie, o czym świadczy fragment sprawozdania merytorycznego SRiPDzWS z 10 marca 2010 r.: „od stycznia do czerwca w I transzy zatrudniono 16 terapeutów, w terapii było 30 dzieci, każde otrzymało 32 godziny terapii, razem wykonano 960 godzin, za łączną

kwotę 52 800,00 zł. W ramach programu otrzymano dotację w wysokości 20% wypracowanej w 2008 roku kwoty przeznaczonej na zakup pomocy do ćwiczeń, pokrycie kosztów działania programu i zakup testów psychologicznych – dotacja została w całości wykorzystana (zakupiony sprzęt został wpisany na stan Stowarzyszenia). W II transzy od 10.09.2009 roku do 12.12.2009: 41 760,00 zł; zatrudniono tych samych 16 terapeutów, którzy rehabilitowali 29 dzieci, każde dziecko miało przyznane 24 godziny, razem wykonano 696 godzin terapii w domu za łączną kwotę 41 760,00 zł” [<http://www.wadasluchu.org/index.php/pl/dzialalnosc/biuletyn-informacji-publicznej>].

Program w ocenie rodziców

Program był konkretną pomocą dla rodziców w pierwszym okresie po otrzymaniu diagnozy o niedosłuchu dziecka (*Dźwięki Marzeń – reportaże i rozmowy* 2012). Otrzymywali oni nie tylko bezpłatną, prowadzoną przez specjalistę rehabilitację dla dziecka w miejscu zamieszkania, lecz także wsparcie dla siebie. O tym, że program wyszedł naprzeciw oczekiwaniom rodziców, świadczy wypowiedź matki porównującej pomoc otrzymaną przez jej dwie niesłyszące córki na przestrzeni 10 lat, zanotowana w czasie warsztatów dla rodziców: „Mamy dwie córki z obustronnym niedosłuchem. Starsza córka ma 13 lat. Jej rehabilitację rozpoczęliśmy dopiero wtedy, gdy miała 4 lata. Powodem tak późnej rehabilitacji był brak naszej świadomości, że dziecko z niedosłuchem należy jak najwcześniej objąć fachową opieką. A. uczęszczała na zajęcia do neurologopedy, ponieważ w naszej okolicy nie znaleźliśmy surdologopedy. Słuch A. systematycznie badaliśmy w oddalonym o ok. 150 km od nas Krakowie. Teraz ma problemy z komunikacją, skłonność do wycofywania się, trudności w nawiązywaniu kontaktów. Nie ma i nie miała nigdy prawdziwych przyjaciół. Nasza młodsza o 9 lat córka zaczęła terapię przed skończeniem roczku, dzięki programowi *Dźwięki Marzeń* przełamała bariery w komunikacji. Ma 4 latka i moim zdaniem już nie potrzebuje terapii... śpiewa i tańczy tak, że cały dom drży... ze śmiechu”.

W tab. 1 poddano analizie jakościowej wypowiedzi rodziców z województwa podkarpackiego zawarte w listach z podziękowaniami, które w latach 2012–2014 przysły na adres Fundacji Orange. Przeanalizowano wszystkie dostępne wypowiedzi pisemne i treści podzielono na kilka obszarów, które przez rodziców zostały uznane za ważne: dostępność w domu, postępy dziecka, wsparcie rodziców, możliwość wymiany doświadczeń, dostępność aparatów w bankach aparatów słuchowych, korzyści z turnusów rehabilitacyjnych. W listach dominował ton wdzięczności za otrzymaną bezpłatną pomoc, która skutecznie zmieniła sytuację dzieci.

Tab. 1. Obszary oddziaływania programu „Dźwięki Marzeń” w subiektywnej ocenie rodziców

Obszar	Wypowiedzi
1	2
Dostępność	„ważne jest rozpoczęcie fachowej rehabilitacji we wczesnym dzieciństwie. Wszystkie Panie mają bardzo dobre podejście do dzieci. Moja córeczka lubi uczyć się i bawić się z naszą rehabilitantką w domu”; „dziękuję za bezpłatne zajęcia logoterapeutyczne w warunkach domowych”; „pomagać trzeba, szczególnie dzieciom małym w domu”; „Zajęcia ze specjalistą Fundacji Orange były terapią dla całej naszej rodziny. Pomogły nam zaakceptować naszą sytuację. Nie zostaliśmy sami z naszym problemem i wszyscy nauczyli się, jak pracować z córką w domu. Tego nie mogłyby nam zapewnić żadne inne wizyty u specjalistów, ponieważ nie moglibyśmy zabrać ze sobą domowej atmosfery”; „dzięki Fundacji, B. od samego początku zmagania się z niedosłuchem ma zapewnioną systematyczną rehabilitację mowy i słuchu prowadzoną w domu przez wykwalifikowaną rehabilitantkę”; „wspaniałym pomysłem [...] jest rehabilitacja domowa. Właśnie to, że jest domowa to jej największa zaleta. Pora zajęć jest tak dobrana, żeby M. był zawsze wypoczęty i w dobrej dyspozycji. Obserwując M. podczas zajęć domowych oraz innych, organizowanych we własnym zakresie zajęć wyjazdowych widzimy, że w domu ćwiczy lepiej, jest bardziej pewny siebie i nie rozprasza się. A my mamy okazję go poobserwować, nauczyć się wykorzystywać do terapii zwykle domowe przedmioty, angażować rodzeństwo tak, aby terapia to była również zabawa, taniec, śpiew i ruch”; „pani terapeutka daje od siebie wszystko żeby pomóc naszemu synowi. Kubuś częściej się śmieje, jest żywszy, coraz bardziej interesują go dźwięki. Widzimy efekty terapii w domu i bardzo jesteśmy wdzięczni”
Postępy dzieci	„nasz synek odkrywa Świat dźwięków i mamy nadzieję, że już niebawem powie do nas rodziców KOCHAM”; „dziecko już umie: mama, lala, miś, daj, idź, nie, ciuf ciuf, be, fu, śpi, am, jeść, kwa kwa, pipipi, mniam mniam, hau hau, muu, iść, miauu, si si, brum bru, aaa aaa, kum kum”; „R. czeka na panią Kasię, skacze do okna, bije rączkami w szybę i woła „AKA”, „To nauka i świetna zabawa. N. została objęta opieką Fundacji, gdy skończyła rok. Przed objęciem programem była bardzo nerwowa i płaczliwa. Nie powtarzała nawet samogłosek. Na zajęciach nauczyła się rozróżniać i naśladować dźwięki z otoczenia. Coraz więcej mówi, śpiewa krótkie piosenki. Nie płacze i nie krzyczy już tak często jak dawniej”; „dzięki mozolnej, wytrwałej pracy B. zrobił ogromne postępy, wzbogacił swoje słownictwo oraz komunikacja z nim jest coraz lepsza, łatwiejsza. Małymi krokami idziemy do przodu, a B. robi nam niespodzianki i ujawnia swoje nowe umiejętności”; „pani terapeutka daje od siebie wszystko, żeby pomóc naszemu synowi. Kubuś częściej się śmieje, jest żywszy, coraz bardziej interesują go dźwięki. Widzimy efekty terapii”; „jako nowicjuszom na początku było ciężko, ale z dnia na dzień, tygodnia na tydzień było coraz lepiej. C. został zakwalifikowany do wszczęcia implantu ślimakowego. Gdy miał roczek, przeszedł operację i od 5 miesięcy możemy cieszyć się coraz lepszym słuchem naszego synka. Rehabilitacja stała się jeszcze bardziej intensywna. Zajęcia coraz częstsze, po raz pierwszy bierzemy udział w programie rehabilitacji domowej”

1	2
Wsparcie rodziców	„to pewność [...], że nie jesteśmy sami w bezdźwięcznym ogromie”; „najpierw w badaniu przesiewowym słuchu, później w specjalistycznych badaniach wyszło, że synek cierpi na obustronny głęboki niedosłuch. Był to dla nas szok [...] cieszymy się bardzo, że możemy brać udział w programie, bo dzięki temu naprawdę widać efekty. Pojawiają się pierwsze słowa. Niedawno usłyszałam to najpiękniejsze słowo – MAMA. Daje to taką ogromną radość – nie wiem, tak jakbym wygrała milion w totka. Wiem, że bez tych zajęć, bez intensywnej rehabilitacji z wykwalifikowanym personelem jeszcze długo musiałabym czekać na te pierwsze, ale jakże ważne słowa”; „obserwowaliśmy zajęcia prowadzone przez Panią rehabilitantkę w ramach programu Dźwięki Marzeń. Z jednej strony byliśmy zaskoczeni zdyscyplinowaniem rocznego dziecka, które potrafiło przez pół godziny siedzieć i ćwiczyć, a z drugiej strony nie wiedzieliśmy, jak my sami w przyszłości będziemy się zajmowali rehabilitacją M. Nie mieliśmy w tym zakresie żadnego przygotowania, co najwyżej dobre chęci”; „mając u swego boku takiego «pomagacza», z ufnością patrzę w przyszłość i jestem w stanie stawić czoła niejednej przeszkodzie”; „dzięki Wam wiem więcej i już się tak nie boję”
Wymiana doświadczeń	„naprawdę nie wiem, jak dałabym sobie radę z tym wszystkim, gdyby nie pomoc Pań rehabilitantek oraz kontakt z innymi rodzicami, których poznałam”; „dziękuję za masę informacji o dzieciach z niedosłuchem, za historie innych, mam kontakt z nimi i na turnusach i w czasie spotkań w ośrodku stacjonarnym”
BAS	„Pierwszym problemem było aparutowanie dziecka. Wtedy dostaliśmy możliwość wypożyczenia aparatów z Banku Aparatów Słuchowych. Załatwianie formalności związanych z dofinansowaniem i zakupem własnych aparatów trwało ok. 4 miesięcy. Dzięki Wam synek zaczął znacznie szybciej słyszeć dźwięki otoczenia”; „we własnym zakresie nie byłabym w stanie zapewnić mojemu synkowi systematycznej, konstruktywnej terapii słuchu i mowy, a także zaopatrzyć go w bezlitośnie drogie aparaty słuchowe”
Znaczenie turnusu	„Podczas turnusu rehabilitacyjnego w Serocku mieliśmy kolejną okazję, aby przekonać się o profesjonalizmie osób tworzących program Dźwięki Marzeń. Byliśmy bardzo zadowoleni ze sposobu prowadzenia zajęć z dziećmi i rodzicami, mogliśmy uzyskać wiele cennych porad od terapeutów, lepiej poznaliśmy możliwości swojego dziecka i zobaczyliśmy, co musimy poprawić w podejściu do niego i do ćwiczeń z nim. I tak jak się spodziewaliśmy, po miesiącu od turnusu syn zaczął robić duże postępy. Teraz lepiej orientuje się w dużych grupach ludzi, wie, kiedy mówi się do niego, a kiedy do innych osób, zaczyna mówić zdania”
Wdzięczność	„od serca i po prostu dziękujemy”; „chcieliśmy w imieniu dziecka oraz naszym złożyć wyrazy wdzięczności za okazaną pomoc i wsparcie [...], niech nagrodą za okazaną pomoc będzie uśmiech goszczący na ustach naszego synka”; „chciałam Wam podziękować – tak, po prostu. Dzięki Waszemu wsparciu mój syn rozwija się coraz lepiej, jest coraz bardziej komunikatywny”; „chcemy wyrazić swoją wdzięczność za bezinteresowną pomoc jakiej doświadczyliśmy”; „mając w swojej rodzinie synka z wadą słuchu ciągle doświadczamy dobroci i życzliwości wielu ludzi i organizacji

1	2
	[...] wszystkich ludzi realizujących program Dźwięki Marzeń. Jesteśmy przekonani, że bez Waszego wsparcia nie bylibyśmy w stanie ogarnąć ogromu problemów związanych z rehabilitacją syna”; „brakuje nam słów, w których moglibyśmy wyrazić Państwu całą naszą wdzięczność za to, co robicie dla nas i naszego dziecka. W dzisiejszym świecie ten program dawał nadzieję, że w trudnościach nie jest się pozostawionym samemu sobie”. „nigdy nie miałam styczności z tego typu schorzeniem, obserwując cały zespół [...] jestem pełna podziwu, ile wkładają serca, a widząc efekty, nie znajduję słów uznania”; „dzięki programowi «Dźwięki Marzeń» i indywidualnej terapii ze spotkania na spotkanie widać coraz to większe efekty. Jeszcze raz dziękuję w imieniu całej rodziny”; „chciałabym bardzo podziękować Państwu za wsparcie, pomoc i rady. Współczesny świat jest pogrążony w pogoni za pieniądzem i władzą i bardzo często pomijani są ludzie w potrzebie, tacy którzy nie radzą sobie najlepiej w takiej rzeczywistości. I tutaj pojawia się rola Państwa Fundacji, która potrafi zapłacić lukę, jakiej nie jest w stanie zapewnić kapitalistyczne państwo”.

Podsumowanie

Podkarpacie jest najdalej wysuniętym na południowy wschód województwem, oddalonym od centrum. Zajmuje powierzchnię 17 845,76 km², co lokuje je na 11. miejscu spośród 16 województw Polski. Pod względem liczby mieszkańców (2,13 mln osób) znajduje się na 9. miejscu w Polsce (RS 2014). Średnie zarobki należą do najniższych w kraju (GUS 2014), rozsznana jest struktura zaludnienia (w województwie jest 45 miast, w tym tylko 4 – Rzeszów, Tarnobrzeg, Przemyśl, Stalowa Wola liczą powyżej 50 tys. mieszkańców). Takie usytuowanie geo-socjo-ekonomiczne było atutem dla potencjalnych beneficjentów programu przeznaczonego dla małych dzieci z wadą słuchu, z rodzin o niskim statusie materialnym, zamieszkających w dużej odległości od ośrodka rehabilitacyjnego (mieszkających na wsi lub w małym mieście poniżej 50 tys. mieszkańców). W ciągu 10 lat dzieci z Podkarpacia stanowiły czwartą najliczniejszą grupę osób objętych opieką programu (po województwie mazowieckim, lubelskim i warmińsko-mazurskim). Najstarsze rehabilitowane w programie dziecko ma w tej chwili 14 lat. Najmłodsze – nadal uczestniczące – ponad rok. Można więc śmiało powiedzieć, że jedno pokolenie miało szansę otrzymać skuteczną pomoc we wczesnym okresie rozwoju, która umożliwia im dalszy harmonijny rozwój i współdziałanie ze słyszącymi rówieśnikami w miejscu zamieszkania³. Program był elementem cennego wsparcia społecznego, socjoekonomicznego rodzin, dawał zatrudnienie wielu terapeutom i pozwolił na stabilizację organizacji zajmującej się koordynacją.

³ Program funkcjonował od maja 2006 do października 2017 r.

Szczególne podziękowania dla 45 rehabilitantek z Podkarpacia, które na przestrzeni 10 lat z oddaniem i pasją dojeżdżały do rodzinnych domów dzieci oraz uczestniczyły w turnusach rehabilitacyjnych. To dzięki ich osobistemu zaangażowaniu pokolenie dzieci z wadą słuchu może dzisiaj z powodzeniem uczyć się wraz ze swoimi rówieśnikami w szkołach ogólnodostępnych.

Literatura

- Bieńkowska K., 2011, *Slucham, mówię, jestem...* III, Krosno: Stowarzyszenie Rodziców i Przyjaciół Dzieci z Wadą Słuchu
- Bieńkowska K., Zaborniak-Sobczak M., 2015, *Significance of rehabilitation camps in audition and speech therapy of children with hearing impairment*, „The New Educational Review”, nr 1.
- Buchman D., Kamińska I., Stasiuk A., Witek D., 2011, *Ogólnopolski program rehabilitacji małych dzieci z wadą słuchu*, „Dźwięki Marzeń”, „Audiofonologia” 27 (1/2), s. 21–38.
- Dźwięki marzeń – reportaże i rozmowy*, 2012, Warszawa: Helion.
- Estabrooks W., 2000, *Auditory – Verbal Practice. Symposium on the Rehabilitation of Children with Cochlear Implants*, Niemcy.
- Główny Urząd Statystyczny, 2014, *Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej*, <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/roczniki-statystyczne/roczniki-statystyczne/rocznik-statystyczny-rzeczypospolitej-polskiej-2014,2,9.html>.
- Prożych A., Radziszewska-Konopka M., 2008, *Dźwięki Marzeń. Ogólnopolski Program rehabilitacji małych dzieci z wadą słuchu. Poradnik dla rodziców i specjalistów pracujących z dziećmi z wadą słuchu*, Warszawa: Fundacja Orange.
- Radziszewska-Konopka M., 2005, *Aktualny stan realizacji Programu Powszechnych Przesiewowych Badań Słuchu u Noworodków w Polsce*, „Audiofonologia” 28, s. 1–9.
- RS., 2014, *Rocznik statystyczny województwa podkarpackiego*, Urząd Statystyczny w Rzeszowie.
- Szyfter W., Wróbel M., Karlik M., Greczka G., 2013, *Polski program powszechnych przesiewowych badań słuchu u noworodków – 10 lat doświadczeń: wczesne interwencje oraz wyjaśnienie, dlaczego „wczesne” badania wciąż nie są standardową praktyką*, „Audiol Neurotol” 18 (1), s. 3–31.
- Wiśniewska D., 2011, *Funkcjonowanie ogólnopolskiego programu rehabilitacji małych dzieci z wadą słuchu*, „Dźwięki Marzeń” [w:] *Wspomaganie rozwoju małego dziecka z wadą słuchu*, Warszawa: Fundacja Orange, s. 191–212.

Materiały źródłowe

- Kronika Stowarzyszenia Rodziców i Przyjaciół Dzieci z Wadą Słuchu w Krośnie z lat 2006–2016.
- Listy beneficjentów programu „Dźwięki Marzeń” z woj. podkarpackiego.
- Raport BAS, Bank Aparatów Słuchowych z Krosna, 2008–2015.
- Raport ZR, Zeszyty Rehabilitacji, 2007–2015.
- Raport REH, Rehabilitacja Domowa Krosno, 2006–2016.
- Sprawozdania merytoryczne Stowarzyszenia za lata 2006–2015, <http://www.krosno24.pl/informacje.php?id=6040> [dostęp 31.10.2016].
- Sprawozdania merytoryczne i finansowe SRiPDZWS za lata 2006–2015, <http://www.wadasluchu.org/index.php/pl/dzialalnosc/biuletyn-informacji-publicznej> [dostęp 9.2016].

Rehabilitation programme for small children with impaired hearing “Sounds of Dreams” in the Podkarpacie province

Summary

In the years 2006–2016, the author of this paper was a coordinator in the province of Podkarpacie of the nationwide home rehabilitation programme for small children with impaired hearing “Sounds of Dreams” of the Orange Foundation. In the paper, she reports on the course and effects of the programme that was executed in the province of Podkarpacie in cooperation with the Association of Parents and Friends of Children with Impaired Hearing in Krosno [Stowarzyszenie Rodziców i Przyjaciół Dzieci z Wadą Słuchu w Krośnie - SRiPDzWS)]. Based on the results from the region she also assesses effects of the programme and their significance for starting education in the generally available education.

Key words: home rehabilitation, hearing impairment, education

Małgorzata Półtorak

Uniwersytet Rzeszowski

PSYCHOSPOŁECZNE FUNKCJONOWANIE DZIECI Z DYSLEKSJĄ ROZWOJOWĄ – WYBRANE ASPEKTY

Celem prezentowanego artykułu jest przedstawienie specyfiki funkcjonowania dzieci i młodzieży z dysleksją rozwojową w kluczowych – pozapoznawczych – obszarach, a więc głównie w zakresie psychologicznym oraz społecznym. Najczęściej w analizach problematyki dysleksji autorzy kładą główny nacisk na ukazanie sposobów jej rozumienia, symptomatologii, etiologii i patomechanizmów tego zaburzenia. Nieco mniej uwagi – choć nie brakuje i takich opracowań – poświęcają konsekwencjom doświadczania specyficznych trudności w czytaniu i pisaniu. Tymczasem skutki dysleksji są równie ważne jak szkolne i poznawcze umiejętności uczniów i dotyczą szeregu istotnych w życiu każdego człowieka obszarów: osobowości, motywacji, emocji, kompetencji społecznych, przystosowania oraz zaburzeń w tym zakresie. Zagadnienia te zostaną syntetycznie omówione przez autorkę.

Słowa kluczowe: dysleksja rozwojowa, psychologiczne i społeczne funkcjonowanie uczniów z dysleksją

1. Dysleksja rozwojowa (specyficzne trudności w czytaniu i pisaniu) – ogólna charakterystyka problemu

Termin „specyficzne trudności w uczeniu się” można traktować jako tożsamy z pojęciem „dysleksja rozwojowa”. W literaturze przedmiotu spotyka się często trzy odrębne terminy na określenie tych trudności: dysleksja, dysgrafia, dysortografia. Wówczas dysleksję traktować należy jako specyficzne trudności w opanowaniu umiejętności czytania, dysgrafię jako trudności w zakresie techniki pisania wpływające na niski poziom graficzny pisma, zaś dysortografię – jako trudności w opanowaniu poprawnej pisowni (Bogdanowicz 1995).

Zgodnie z definicją opublikowaną w 1994 r. przez International Dyslexia Association (USA), patomechanizm dysleksji objaśnia się zaburzeniami rozwoju niektórych funkcji poznawczych. Szczególną wagę przypisuje się zaburzeniom rozwoju języka dziecka, wskazując jako główną przyczynę zaburzenia przetwarzania fonologicznego, a więc uwagi, pamięci, percepcji słuchowej dźwięków mowy (głosek – fonemów). W patomechanizmie dysleksji mogą występować też

zaburzenia rozwoju funkcji wzrokowych (sposstrzegania, pamięci wzrokowej), funkcji ruchowych oraz integracji wszystkich funkcji leżących u podstaw czytania i pisania. Zaburzeniom tym często towarzyszą zakłócenia rozwoju lateralizacji (np. oburęczność) i orientacji przestrzennej. Ze względu na zróżnicowany patomechanizm można wyodrębniać różne typy dysleksji (Bogdanowicz 1999b).

Etiologia dysleksji rozwojowej nie jest w pełni poznana i nadal pozostaje kontrowersyjna. Wyniki dotychczasowych badań medycznych, biologicznych i psychologicznych wskazują na polietiologię. Ujmując zagadnienie historycznie, można stwierdzić, że do lat osiemdziesiątych ubiegłego wieku powstały dwie główne grupy teorii: teorie neurogenne (uznające konstytucjonalne podłoże problemu dysleksji) oraz teorie psychogenne (uznające za przyczynę dysleksji zaburzenia rozwoju emocjonalnego). Wśród teorii psychogennych najlepiej udokumentowane są koncepcje: genetyczna, organiczna i funkcjonalna. Istotne miejsce w wyjaśnianiu etiologii zajmują – uznawane obecnie za wiodące – koncepcje lingwistyczne. Podnoszą one znaczenie zakłóceń zdolności przetwarzania językowego przede wszystkim na poziomie fonologicznym, ale także na morfologicznym, syntaktycznym oraz semantycznym (Oszwa, Borkowska 2007).

Współcześnie, w związku z bardzo dynamicznym rozwojem badań naukowych nad patomechanizmem dysleksji rozwojowej, odchodzi się od klasycznego jej rozumienia, podnoszącego wagę sprawnego funkcjonowania analizatorów (Spionek 1965) oraz ich integracji (Bogdanowicz 1997) w prawidłowym przebiegu procesów czytania i pisania, na rzecz ujmowania tego problemu jako pochodnej trudności typowo językowych – jako zaburzenie komunikacji (Krasowicz-Kupis 2009).

Dysleksja rozwojowa jest zaburzeniem o złożonej symptomatologii. Problemy rozwojowe, sygnalizujące ewentualność wystąpienia u dziecka specyficznych trudności w czytaniu i pisaniu, pojawiają się dużo wcześniej przed jego startem szkolnym. Dzieckiem ryzyka dysleksji jest każde dziecko pochodzące z nieprawidłowo przebiegającej ciąży i porodu, urodzone przedwcześnie, w złym stanie fizycznym. Duże prawdopodobieństwo wystąpienia specyficznych trudności w uczeniu się dotyczy także rodzin, w których problemy takie, jak: dysleksja rozwojowa, opóźnienie rozwoju mowy, oburęczność i leworęczność, już się pojawiały. Termin „ryzyko dysleksji” zaproponowała M. Bogdanowicz (2002) w celu zwrócenia uwagi na doniosłość znaczenia wczesnej diagnostyki i interwencji.

Symptomy ryzyka dysleksji można dostrzec, obserwując rozwój psychoruchowy małego dziecka. Gdy jest on opóźniony bądź nietypowy, jest to istotna informacja o konieczności podejmowania oddziaływań profilaktycznych. Trudności ujawniające się u dziecka ryzyka dysleksji, rozpoczynającego naukę szkolną, na poziomie edukacji wczesnoszkolnej to najczęściej:

- zaburzenia motoryki dużej (obniżona sprawność ruchowa całego ciała, niechęć do zabaw ruchowych i lekcji w-f) oraz małej (obniżona sprawność ru-

- chowa rąk, nieopanowane w pełni czynności samoobsługowe, zaburzenia tonusu mięśniowego przy rysowaniu, pisaniu),
- zaburzenia koordynacji wzrokowo-ruchowej (niechęć do rysowania i pisanie, trudności z pisanie w liniaturze zeszytu, odtwarzaniem złożonych figur geometrycznych, niski poziom graficzny rysunków i pisma),
 - zaburzenia funkcji wzrokowych oraz nasilone trudności z odróżnianiem kształtów podobnych (np. liter m-n, l-t-ł) lub identycznych, lecz inaczej położonych w przestrzeni (np. liter p-g-b-d),
 - zaburzenia funkcji językowych (wadliwa wymowa, przekręcanie złożonych wyrazów, agramatyzmy, trudności z pamięcią fonologiczną i sekwencyjną oraz z dostępem do słownika semantycznego),
 - nasilone trudności w nauce czytania (bardzo wolne tempo czytania z prymitywną techniką głoskowania lub sylabizowania z wtórną syntezą słowa i nie-liczne błędy, lub bardzo szybkie tempo czytania, lecz z licznymi błędami wynikającymi z domyślania się treści na podstawie kontekstu, niewłaściwe i słabe rozumienie przeczytanego tekstu),
 - trudności z opanowaniem poprawnej pisowni związane z opóźnieniem rozwoju spostrzegania wzrokowego i pamięci wzrokowej (trudność z zapamiętaniem kształtu rzadziej występujących liter, mylenie liter podobnych pod względem kształtu, np. l-t-ł, m-n, mylenie liter identycznych, lecz inaczej położonych w przestrzeni: p-b-d-g, popełnianie błędów podczas przepisywania tekstów) oraz trudności z opanowaniem poprawnej pisowni wynikające z opóźnienia rozwoju fonologicznego aspektu funkcji językowych i pamięci fonologicznej (nasilone trudności podczas pisanie ze słuchu) (Bogdanowicz 2011).

Zarówno w wieku przedszkolnym, jak i w pierwszym etapie edukacji u dzieci ryzyka dysleksji obecne są też ograniczenia w tworzeniu form narracyjnych, które są dostępne i typowe dla danej grupy wiekowej, oraz zaburzenia struktur składniowych. Te pierwsze są zresztą obecnie dość często dyskutowane w literaturze przedmiotu (np. Wiejak, Krasowicz-Kupis, Bogdanowicz 2015).

W starszym wieku szkolnym (powyżej klasy czwartej) część objawów występujących u dzieci w etapie edukacji wczesnoszkolnej utrzymuje się, a część zmienia swój obraz. U tych uczniów z dysleksją rozwojową najczęściej stwierdza się:

- wolne tempo czytania, niechęć do czytania,
- nieprawidłową pisownię, w której dominują błędy ortograficzne,
- trudności z zapamiętaniem: wierszy, terminów, nazw, dat, danych,
- trudności w przedmiotach szkolnych wymagających dobrej percepcji wzrokowej, przestrzennej i pamięci wzrokowej (np. geografii, geometrii, chemii),
- trudności w przedmiotach szkolnych wymagających dobrej percepcji i pamięci słuchowej dźwięków mowy (np. języki obce) (Bogdanowicz 2011).

Analiza symptomatologii ryzyka dysleksji oraz specyficznych trudności w czytaniu i pisaniu wskazuje na jej dynamikę. Jak pisze M. Bogdanowicz (2011), oprócz początkowo występujących u dzieci w wieku poniemowlęcym i przedszkolnym objawów opóźnienia i zaburzeń rozwoju psychomotorycznego, w momencie podjęcia przez dziecko obowiązku szkolnego pojawiają się izolowane trudności w nauce czytania i pisania. Wcześniej – zależnie od sposobu pracy terapeutycznej – zanikają bądź zmniejszają się zaburzenia w czytaniu, natomiast trudności w pisaniu (szczególnie poprawnym ortograficznie) trwają znacznie dłużej, nierzadko do okresu dorosłości. W każdym przypadku dysleksji mamy do czynienia z pewną konstelacją objawów dynamicznie zmieniających się w toku rozwoju, edukacji oraz terapii dziecka.

Dysleksja rozwojowa jest problemem, który pociąga za sobą wiele konsekwencji dotyczących nie tylko szeroko pojętego funkcjonowania poznawczego i kariery szkolnej zagrożonej uruchomieniem się procesu niepowodzeń w nauce. Skutki doświadczania trudności tego typu przenoszą się na emocje, motywację, samoocenę, kompetencje społeczne i postawy. Zagadnienie to zostanie zreferowane w dalszej części artykułu.

2. Psychologiczne funkcjonowanie uczniów z dysleksją rozwojową

Specyficzne trudności w nauce narażają dziecko w zasadzie od początku edukacji na doświadczanie szeregu niepowodzeń szkolnych, poczucie „bycia innym”, przekonanie o pozostawaniu pod wpływem ciągłej presji oraz niemożności spełnienia wymagań szkoły i rodziców. Rodzi to wewnętrzne konflikty i poczucie niższej wartości, może determinować rozwój osobowości, a szczególnie zaburzać samoocenę i obraz własnej osoby.

Właściwy obraz siebie samego oraz pozytywna samoocena są podstawą prawidłowego rozwoju, budowania kompetencji radzenia sobie w sytuacjach zadaniowych i trudnych oraz ogólnego zadowolenia z życia. U dzieci w wieku szkolnym samoocena jest ściśle związana z poziomem przystosowania szkolnego. To na terenie szkoły słyszą słowa uznania lub krytyki, dzięki osiągnięciom zaspokajają (lub nie) potrzebę akceptacji, sukcesu, bezpieczeństwa, mają też wiele okazji do porównywania się z rówieśnikami. Jeśli ich sytuacja szkolna jest zadowalająca – mają większą szansę na pozytywne postrzeganie siebie i swoich możliwości. Urazowe doświadczenia szkolne wywołują lęk, frustrację, budują negatywny obraz siebie i zaniżoną samoocenę. Ta z kolei prowadzi do wtórnych zaburzeń w funkcjonowaniu osobowościowym i emocjonalnym, burzy też motywację do nauki oraz podejmowania trudu pokonywania napotkanych w nauce problemów.

W odniesieniu do dzieci z trudnościami w nauce M.E. Thomson (1990, za: Krasowicz-Kupis 2009) proponuje wyróżnienie samooceny ogólnej, samooceny

szkolnej (*academic* – związanej z doświadczeniami szkolnymi) oraz samooceny społecznej. Dzieci dyslektyczne przejawiają szczególne problemy w obrębie samooceny szkolnej (wskutek doświadczania trudności i niepowodzeń w zdobywaniu wiedzy) oraz społecznej (w związku negatywnym efektem porównywania się z rówieśnikami).

W badaniach porównawczych prowadzonych w grupach uczniów z trudnościami w uczeniu się (w tym z dysleksją) oraz dobrze uczących się często uzyskiwano wyniki świadczące o negatywnej ocenie siebie i zaniżonej samoocenie osób doświadczających problemu dysleksji rozwojowej (Black 1974; Winne 1982; Margalit i Zak 1984; Chovan i Morrison 1984; Boetsch i współ. 1996, za: Gindrich 2002). Znajduje to też potwierdzenie w polskich badaniach H. Kulasa przeprowadzonych wśród uczniów korzystających z pomocy psychologiczno-pedagogicznej w formie zajęć korekcyjno-wyrównawczych. Uczestniczący w nich dyslektycy negatywnie oceniali trzy sfery obrazu własnej osoby: „ja fizyczne”, „ja psychiczne” oraz „ja społeczne”. Ewidentne okazały się także różnice między nimi a dziećmi niedyslektycznymi w odniesieniu do samoakceptacji. Dzieci z grupy kryterialnej były niezadowolone z siebie i często pragnęły być całkowicie inne niż są w rzeczywistości (Kulas 1987). Także P.A. Gindrich (2002) uzyskał wyniki świadczące o nieprawidłowościach w sferze samooceny u uczniów z dysleksją; najczęściej była ona niska, nieadekwatna i nietrafna. Negatywny obraz siebie – związany z trudnościami w nauce – wywoływał zaburzenia o podłożu psychicznym, m.in.: poczucie lęku i osamotnienia, stany depresyjne, niskie poczucie własnej wartości, zniechęcenie, niezadowolenie, bezradność oraz chęć bycia kimś innym. Szczególnie krytycznie odnosili się badani do swoich możliwości intelektualnych i kompetencji dydaktycznych, wątpili też w możliwość odniesienia sukcesu życiowego i mieli niższe (w porównaniu do rówieśników bez dysleksji) aspiracje.

Interesujące są wyniki badań prowadzonych nad cechami osobowości osób z dysleksją. Okazuje się, że ogólnie wśród nich dominują: konformizm, zewnątrzsterowność, uzależnienie od grupy, niższe ambicje i brak inicjatywy, ale także praktyczność i realistyczne podejście do życia. Jednak, gdy z ogólnej grupy wyłoni się młodzież dyslektyczną, która osiągnęła sukces (kształci się w szkole średniej, idzie na studia), wyniki badań pozwalają sprecyzować pewną specyficzną konfigurację ich cech osobowości. Należą do nich: wyższa pewność siebie, dojrzałość emocjonalna, niekonwencjonalność, potrzeba osiągnięć, autonomii i dominacji, a także lepsze przystosowanie i kompetencje społeczne oraz radzenie sobie z porażkami (Wszebrowska-Lipińska 1994; 1995; 1997, za: Krasowicz-Kupis 2009). Tak więc problemy szkolne doświadczane przez uczniów z dysleksją (tych dobrze funkcjonujących, także wspieranych przez rodziców i często uczestniczących w terapii) mogą mobilizować do większego wysiłku, uodparniać na porażki, uczyć radzenia sobie w sytuacjach trudnych.

Niezaprzeczalny jest związek dysleksji z problemami, a nawet zaburzeniami emocjonalnymi. Nadmierny często wysiłek wkładany w pozornie proste czynności czytania i pisania, konieczność zmagania się z trudnościami, nie zawsze przynosząca oczekiwane efekty, nie mogą pozostawać bez wpływu na emocjonalność dziecka.

Jak pisze I. Sorokosz (2014), w literaturze przedmiotu można spotkać trzy grupy poglądów na temat relacji dysleksji do zaburzeń emocjonalnych:

- model wtórnej reakcji – zakłada pierwotne istnienie niepowodzeń szkolnych oraz dynamicznie rozwijające się zaburzenia emocjonalne jako wtórną reakcję na nie; wśród tych zaburzeń wymienia się: lęk, wycofanie, zachowania nieadekwatne i infantylne, trudności w nawiązywaniu relacji interpersonalnych, a nawet nieprzystosowanie społeczne,
- model pierwotnych zaburzeń – niepowodzenia w nauce traktuje jako efekt występujących pierwotnie u dzieci bloków emocjonalnych będących konsekwencją lęku przed osiągnięciami,
- model dysfunkcji mózgowych – zakłada istnienie związku między specyficznymi trudnościami w czytaniu i pisaniu a zaburzeniami emocjonalnymi; jego podstawą są czynniki genetyczne, konstytucjonalne, dysfunkcje mózgowe oraz inne czynniki biologiczne.

Dzieci z dysleksją rozwojową są w grupie ryzyka zaburzeń emocjonalnych. Wskutek konieczności ciągłego konfrontowania się z wymaganiami szkoły i rodziców, często nieadekwatnymi do ich rzeczywistych możliwości, narażone są bardziej niż ich rówieśnicy na doświadczanie przykrych emocji, w związku z trudnościami w sprostaniu tym oczekiwaniom. Jeśli dodatkowo spotykają się z krytyką, rodzi się w nich przekonanie, że nie tylko nie wypełniają właściwie roli ucznia, ale także zawodzą, rozczarowują swoich rodziców. Narastające trudności przyjmują formę ewidentnych niepowodzeń w nauce, pojawiają się negatywne postawy wobec obowiązków szkolnych. Wzrasta w związku z tym frustracja dzieci, która z czasem prowadzić może do zaburzeń nerwicowych i zaburzeń zachowania (Jaklewicz 1982). Zaburzenia emocjonalne dają znać o sobie także poprzez wzmożoną pobudliwość nerwową, niepokój ruchowy, nadwrażliwość, płaczliwość i lękliwość.

Konsekwencją dysleksji mogą być tak poważne zaburzenia w sferze emocjonalnej, jak depresja. W wieku szkolnym u młodzieży ekstrawertycznej może przejawiać się ona większą aktywnością służącą zagłuszaniu trudnych uczuć, zaś u introwertyków – niechęcią do korzystania z czegokolwiek. W obu przypadkach dominują też negatywne myśli o sobie i o otaczającym świecie. Depresja zdecydowanie częściej dotyka dziewcząt, które bardziej internalizują frustrację. Chłopcy natomiast mają raczej tendencję do agresji (Willcut, Pennington 2000 – za: Krasowicz-Kupis 2009).

Zaburzenia emocjonalne dzieci dyslektycznych stanowią poważny problem dydaktyczny i wychowawczy. Wielu metodyków, specjalistów terapii pedago-

gicznej zwraca uwagę na konieczność włączenia do typowych oddziaływań korekcyjno-kompensacyjnych pracy nad kształtowaniem osobowości w sferze emocjonalnej, przewyciężaniem postawy lękowej, przywracaniem równowagi psychicznej oraz eliminowaniem zaburzeń emocjonalnych (Sorokosz 2014). Analizy osobowościowego funkcjonowania uczniów ze specyficznymi trudnościami w uczeniu się prowadziły naukowców także do wnioskowania na temat poczucia kontroli (LOC – *locus of control*), które może przyjmować formę przekonania o wpływie na swoje losy (LOC wewnętrzny) lub braku tego wpływu (LOC zewnętrzny).

Istnieje opinia, że uczniowie z dysleksją często swoje niepowodzenia traktują jako skutek własnych ograniczeń, zaś ewentualne sukcesy – jako dzieło przypadku. Jednak cytowane przez G. Krasowicz-Kupis (2009) wyniki badań realizowanych na UMCS wykazały brak zasadniczych różnic w zakresie LOC w grupach młodzieży dyslektycznej i niedyslektycznej. Obie grupy interpretują to, co się im zdarza, jako wynik własnej aktywności, czują się też odpowiedzialne za swoje powodzenia i niepowodzenia. Bardziej szczegółowe analizy w grupie kryterialnej wykazały, że uwewnętrznione poczucie kontroli ma związek z uczestnictwem w terapii pedagogicznej. Młodzież korzystająca z pomocy terapeutycznej jest lepiej przystosowana emocjonalnie, aktywna w sytuacjach problemowych, chętna do działań społecznych i wywierania wpływu na warunki zewnętrzne. Jest to bardzo optymistyczna i zaskakująca charakterystyka uczniów z dysleksją, należy jednak zwrócić uwagę, że dotyczy tej części młodzieży, która aktywnie pracuje nad pokonywaniem trudności szkolnych w ramach pomocy specjalistycznej (terapii pedagogicznej).

Omawiając psychologiczne funkcjonowanie dzieci ze specyficznymi trudnościami w czytaniu i pisaniu, warto również odnieść się do radzenia sobie przez nie w sytuacjach stresowych. Wyróżnić można trzy style radzenia sobie ze stresem, rozumiane jako typowe dla konkretnej osoby sposoby zachowania podczas działania stresorów:

- styl skoncentrowany na zadaniu,
- styl skoncentrowany na emocjach,
- styl skoncentrowany na unikaniu (Endler, Parker 1999, za: Strelau 2000).

Badania zrealizowane pod kierunkiem G. Krasowicz-Kupis wykazały, iż młodzież z dysleksją rzadko stosuje pierwszy – skoncentrowany na zadaniu – styl zarządzania stresem. W mniejszym stopniu – w porównaniu do niedyslektycznych rówieśników – koncentruje się na problemie i podejmuje wysiłki w celu rozwiązania go (Krasowicz-Kupis 2009). Obecność takiej strategii udało się jednak wykazać w grupie uczniów ze specyficznymi trudnościami w uczeniu się, odnoszącymi sukcesy edukacyjne (badania B. Wszebrowskiej-Lipińskiej 1997).

O stosowaniu w sytuacjach stresogennych stylu skoncentrowanego na emocjach świadczą takie fakty, jak: duża frustracja, nadwrażliwość na krytykę, poczucie winy, zwątpienie czy też agresywność.

Jednak najczęściej wśród dorastającej młodzieży z dysleksją (szczególnie dotyczy to dziewcząt) pojawia się strategia unikania stresu (Alexander-Passe, za: Krasowicz-Kupis 2009). Z powodu doświadczania trudności w uczeniu się uczniowie nie wywiązują się z obowiązków szkolnych (nieodrabianie zadań domowych, ucieczki z lekcji), generalnie unikają szkoły (regularne wagary), kłamią, wycofują się, reagują rezygnacją lub agresją, a nawet podejmują zachowania ryzykowne, np. związane z uzależnieniem (Selikovitz 1999).

3. Społeczne funkcjonowanie uczniów z dysleksją rozwojową

Odnosząc się do społecznych konsekwencji dysleksji, warto skupić się na kilku ważnych obszarach, a mianowicie na statusie socjometrycznym, akceptacji społecznej i przystosowaniu (społecznym, szkolnym) oraz zaburzeniach w zachowaniu uczniów (nieprzystosowaniu osobistym i społecznym).

Popularność ucznia w zespole klasowym uwarunkowana jest wysokim poziomem uspołecznienia oraz posiadaniem przez niego konstelacji pewnych cech sprzyjających akceptacji i uznaniu ze strony rówieśników (są to np. szczerość, odpowiedzialność, poczucie humoru, niski poziom agresji i in.). Odrzucenie ucznia (brak popularności) to wynik niskiego poziomu uspołecznienia, zaniżonej samooceny, często też nasilenia agresji, niedojrzałości, introwersji i łamania przyjętych norm (Gindrich 2002).

W badaniach nad statusem socjometrycznym uczniów dyslektycznych często przyjmowano założenie, że mają oni problemy w nawiązywaniu interakcji i uzyskaniu akceptacji rówieśników i nauczycieli. Przypuszczenia o ich niższej pozycji w klasie szkolnej znalazły potwierdzenie w części analiz empirycznych (np. Bryan 1974; Scranton, Ryckman 1979; Wiener 1990; Pelczar-Białek 1993, za: Gindrich 2002). Dyslektycy rzadziej postrzegani są jako przywódcy, osoby dobrze współpracujące, przypisuje się im też czasem zachowania aspołeczne. Są jednak i takie doniesienia, które zaprzeczają tej tezie i wykazują, że dzieci dyslektyczne są w podobnym stopniu popularne jak ich koledzy bez deficytów rozwojowych (Perlmutter i in. 1983; Siperstein, Golding 1983; Serafica, Hoyle 1988, za: Gindrich 2002). Niekoniecznie wskazywane są jako najbliżsi przyjaciele, ale nie są mniej lubiani czy określani jako „obcy”.

P.A. Gindrich (2002) na podstawie badań własnych stwierdził, że uczniowie z dysleksją rozwojową wykazują zaburzenia przystosowawcze w obszarze interakcji społecznych, co znajduje odbicie w ich pozycji socjometrycznej. Jednak zdecydowanie niższe pozycje zajmują tylko w porównaniu do rówieśników bez żadnych trudności szkolnych. Bywają także zdecydowanie akceptowani i lubiani, jeżeli mają inne cechy pożądane w oczach kolegów, np. atrakcyjność fizyczną czy wysoki status socjoekonomiczny.

Doświadczane w szkole porażki – zdaniem części badaczy problemu (Ledwoch 1999; Brejnak 2003) – determinują ich stosunki interpersonalne. Dzieci dyslektyczne częściej są postrzegane jako gorzej przystosowane do wymagań zarówno środowiska szkolnego, jak i rodzinnego, wrażliwsze na niepowodzenia oraz skłonne do wycofywania się (Ledwoch 1999). Są jednak i inne dowody naukowe na ten temat. I tak, analiza ilościowa wyników uzyskanych dzięki zastosowaniu przez K. Rak (2006) *Kwestionariusza kompetencji społecznych* daje podstawę do wnioskowania, że dzieci ze specyficznymi trudnościami w czytaniu i pisanu w zasadzie nie różnią się poziomem funkcjonowania społecznego od rówieśników. Mają też zbliżone (na poziomie przeciętnym) zdolności efektywnego radzenia sobie w sytuacjach wymagających przystosowania. Nieco słabiej wypadają w tych badaniach uczniowie młodszy, prawdopodobnie dlatego, że wraz z rozpoczęciem nauki zaczyna budzić się w nich świadomość trudności i wzrasta stres związany z koniecznością pokonywania ich. Jest to jednak – jak zaznacza K. Rak (2006) – problem dodatkowo zdeterminowany uwarunkowaniami rodzinnymi (sytuacja rodziny, jej atmosfera, postawy rodziców wobec trudności dziecka) oraz specyfiką szkoły.

Interesujące badania odnoszące się m.in. do przystosowania społecznego i osobistego prowadził cytowany już P.A. Gindrich (2002). Wykazał, że zarówno u dyslektyków, jak i innych uczniów z trudnościami szkolnymi (niespowodowanymi dysleksją) występują zaburzenia świadczące o ich nieprzystosowaniu w sensie społecznym, manifestujące się: zachowaniami destruktywnymi i gwałtownymi, zachowaniami antyspołecznymi i buntowniczymi, kłamstwami i zaburzeniami o charakterze psychologicznym. Obecne są też w ich przypadku objawy nieprzystosowania osobistego, które mogą przyjmować postać: nadpobudliwości psychoruchowej, stereotypii ruchowych, niewłaściwych zachowań w towarzystwie, nawyków ekscentrycznych, zamykania się w sobie.

Ciekawe są też doniesienia Scarborough i Parker (2003, za: Gindrich 2009), że aż 73% dzieci doświadcza zaburzeń przystosowania społecznego, szczególnie w formie zaburzeń zachowania, jeżeli w ich przypadku kumulują się problemy dysleksji i dyskalkulii (specyficznych trudności w uczeniu się matematyki). Uczniowie wyłącznie z dysleksją mają trudności w zachowaniu na poziomie zbliżonym do ich rówieśników niemających problemów edukacyjnych.

Zdaniem J. Mickiewicz (2011), kłopoty wychowawcze sprawiane przez dzieci ze specyficznymi trudnościami w uczeniu się oraz ich zachowania aspołeczne wynikają przede wszystkim z poczucia krzywdy, buntu oraz spadku motywacji jako wyniku gromadzących się niepowodzeń edukacyjnych. Uczniowie ci, chcąc zaimponować rówieśnikom, zaistnieć na forum zespołu klasowego, mogą sięgać do spektakularnych zachowań przekraczających normy i zasady obowiązujące w szkole.

Stwierdzone u będącej podmiotem rozważań w niniejszej publikacji grupy uczniów nieprawidłowości w procesie przystosowania społecznego, zdobywania dobrego statusu socjometrycznego oraz obecne zaburzenia zachowania skłaniają

do pogłębionej refleksji nad koniecznością poszukiwania adekwatnych form profilaktyki, edukacji i terapii pedagogicznej, a w niektórych przypadkach także psychologicznej. Będą one bowiem niezbędne dla właściwego rozwoju tych osób w poszczególnych obszarach funkcjonowania.

Podsumowanie

Analiza literatury przedmiotu dotyczącej problematyki konsekwencji dysleksji rozwojowej pozwala na stwierdzenie, że nie do końca uprawnione jest powszechne przekonanie o gorszym poziomie funkcjonowania psychospołecznego dzieci ze specyficznymi trudnościami w uczeniu się. Wyniki badań empirycznych wskazują raczej na zróżnicowany obraz tej kwestii. Część dzieci i młodzieży rzeczywiście przejawia problemy, szczególnie kiedy dysleksji towarzyszą: wczesne i utrwalające się doświadczenia niepowodzeń, brak efektów wzmoczonego wysiłku edukacyjnego i obciążenie dodatkowymi obowiązkami powodujące silną frustrację, poczucie odmienności, wyobcowania i odrzucenia oraz ograniczone uczestnictwo w sytuacjach komunikacyjnych (Krasowicz-Kupis 2009). Są jednak i tacy uczniowie, u których zauważa się pozytywny wpływ dysleksji, gdyż zmaganie się z trudnościami w nauce, konieczność dodatkowego wysiłku wymusza dyscyplinę i regularność pracy, uczy reagować racjonalnie na sytuacje zadaniowe mimo przeżywanego stresu. To daje szansę na budowanie odporności emocjonalnej, adekwatnej samooceny swoich ograniczeń i możliwości oraz cech osobowości sprzyjających dobremu społecznemu i osobistemu przystosowaniu.

Niewątpliwie to, czy uda się problem dysleksji konkretnego dziecka „oswoić” i przekuć na jego rozwojowy potencjał, jest uzależnione od szeregu zmiennych, m.in. od wrodzonych cech, wsparcia, jakie znajduje ono we własnej rodzinie, ale także od jakości edukacji i niezbędnej, dodatkowej profesjonalnej pomocy terapeutów pedagogicznych i innych specjalistów.

Literatura

- Bogdanowicz M., 1995, *O dysleksji czyli specyficznych trudnościach w czytaniu i pisaniu – odpowiedzi na pytanie rodziców i nauczycieli*, Lublin: Wydaw. Linea.
- Bogdanowicz M., 1997, *Integracja percepcyjno-motoryczna. Teoria – diagnoza – terapia*, Warszawa: CMPPP.
- Bogdanowicz M., 1999a, *Model kompleksowej pomocy osobom z dysleksją rozwojową – ocena stanu aktualnego i propozycje zmian w świetle reformy systemu edukacji*, „Psychologia Wychowawcza”, nr 3, s. 217–218.
- Bogdanowicz M., 1999b, *Specyficzne trudności w czytaniu i pisaniu* [w:] *Logopedia. Pytania i odpowiedzi*, red. T. Gałkowski, G. Jastrzębowska, Opole: Wydaw. UO.

- Bogdanowicz M., 2002, *Ryzyko dysleksji – problem i diagnozowanie*, Gdańsk: Harmonia.
- Bogdanowicz M., 2011, *Ryzyko dysleksji, dysgrafii i dysortografii, specyficznych trudności w czytaniu i pisaniu. Skala ryzyka dysleksji wraz z normami dla klas I i II*, Gdańsk: Harmonia.
- Bogdanowicz M., Czabaj R., 2008, *Modelowy system profilaktyki i pomocy psychologiczno-pedagogicznej uczniom z dysleksją*, Gdynia: Operon.
- Brejnak W., 2003, *Dysleksja: nie jesteś sam*, Warszawa: Wydaw. Lekarskie PZWL.
- Ginndrich P.A., 2002, *Funkcjonowanie psychospołeczne uczniów dyslektycznych*, Lublin: Wydaw. UMCS.
- Ginndrich P.A., 2009, *Związek między trudnościami w uczeniu się a nieprzystosowaniem społecznym. Wybrane kwestie diagnostyczne i terapeutyczne [w:] Wspomaganie rozwoju. Psychostymulacja i psychokorekcja*, red. B.M. Kaja, B. Hołyń, Bydgoszcz: Wydaw. UKW.
- Jaklewicz H., 1982, *Zaburzenia mowy czytanej i pisanej u dzieci [w:] Zaburzenia mowy u dzieci*, red. J. Szumska, Warszawa: Wydaw. Lekarskie PZWL.
- Krasowicz-Kupis G., 2009, *Psychologia dysleksji*, Warszawa: PWN.
- Kulas H., 1987, *Samoocena młodzieży*, Warszawa: WSiP.
- Mickiewicz J., 2011, *Dysleksja rozwojowa. Podstawy diagnozy i terapii*, Toruń: Wydaw. TNOiK.
- Ledwoch B., 1999, *Problemy emocjonalne dziecka z dysleksją rozwojową [w:] Neuropsychologia emocji. Poglady, badania, klinika*, red. A. Herzyk, A. Borkowska, Lublin: Wydaw. UMCS.
- Oszwa U., Borkowska A.R., 2007, *Specyficzne trudności szkolne w opanowaniu czytania i pisania [w:] Neuropsychologia kliniczna dziecka. Wybrane zagadnienia*, red. A. R. Borkowska, Ł. Domańska, Warszawa: PWN.
- Rak K., 2006, *Dysleksja i zdolności twórcze [w:] Dysleksja rozwojowa – perspektywa psychologiczna*, red. G. Krasowicz-Kupis, Gdańsk: Harmonia.
- Selikowitz M., 1999, *Dysleksja i inne trudności w uczeniu się*, Warszawa: Prószyński i S-ka.
- Sorokosz I., 2014, *Podłoże problemów edukacyjnych uczestników zajęć korekcyjno-kompensacyjnych [w:] Zajęcia korekcyjno-kompensacyjne. Wybrane aspekty metodyczne*, red. M. Kijowska, I. Sorokosz, Elbląg: Wydaw. PWSZ w Elblągu.
- Spionek H., 1965, *Zaburzenia psychoruchowego rozwoju dziecka*, Warszawa: PWN.
- Strelau J., 2000, *Psychologia. Podręcznik akademicki. Psychologia ogólna*, Gdańsk: GWP.
- Wiejak K., Krasowicz-Kupis G., Bogdanowicz K., 2015, *Skala prognoz edukacyjnych SPE IBE. Podręcznik*, Warszawa: Instytut Badań Edukacyjnych.
- Wszebrowska-Lipińska B., 1997, *Dysleksja a zdolności i style uczenia się*, „Psychologia Wychowawcza”, nr 4, s. 314–330.

Psychosocial functioning of children with developmental dyslexia – chosen aspects

Summary

The main aim of this article is to present character of functioning of the children and adolescents with developmental dyslexia in key, unempirical areas which are mainly psychological and social areas. In the analysis of dyslexia authors usually highlight methods of its understanding, its symptoms, aetiology and dyslexia's mechanisms. Less attention is paid to consequences of specific reading and writing difficulties, however, study of this issue is also available. Consequences of dyslexia are as important as educational and empirical skills of the students and relate to crucial areas of everyone's life like personality, motivation, emotions, social competences, ability to adjust and dysfunction connected with it. All of those issues has been discussed synthetically by the author.

Key words: developmental dyslexia, psychological and social functioning of dyslexic students

Izabela Więcek-Poborczyk
Dorota Lipiec

Akademia Pedagogiki Specjalnej w Warszawie

PATOFONETYKA W PRAKTYCE LOGOPEDYCZNEJ

Celem artykułu jest przedstawienie przedmiotu i obszaru badań patofonetyki oraz jej zastosowań w praktyce logopedycznej. Autorki, odwołując się do literatury przedmiotu, prezentują własne rozumienie terminu patofonetyka, uściślają także obszar jej badań. Definicja terminu oraz opis zakresu badań patofonetyki poprzedzony jest prezentacją jej usytuowania względem fonologii i fonetyki danego języka. Pokazując spójność wzajemnych relacji i powiązań między tymi naukami, autorki wskazują jednocześnie na interdyscyplinarność patofonetyki i jej zastosowanie w praktyce logopedycznej. Przedstawiają także użyteczne z punktu widzenia logopedy praktyczne narzędzie do transkrypcji deformacji, przybliżając zasady jego stosowania.

Słowa klucze: patofonetyka, fonetyka, fonologia, deformacja, głoska, fonem, transkrypcja fonetyczna nienormatywnych realizacji fonemów, dyslalia, wielojęzyczność, gwara

Patofonetyka to termin etymologicznie będący połączeniem członu *pato-* i wyrazu *fonetyka*:

Pato- (gr. *pathos* = choroba, cierpienie), pierwszy człon wyrazów złożonych, wskazujący na związek z chorobą (stanem patologicznym) tego, co oznacza człon drugi” (Tokarski (red.) 1971: 557).

Fonetyka (gr. *phōnētikós* = dotyczący głosu), a) dział językoznawstwa zajmujący się badaniem dźwiękowej strony języka (głosek, akcentu, intonacji itp.), b) wymowa, sposób wymawiania, artykulacja głosek właściwa danemu językowi” (tamże 1971: 227).

W polskiej literaturze logopedycznej *patofonetyka* definiowana jest jako „nauka o nienormatywnych głoskach” (Pluta-Wojciechowska 2012: 99) oraz jako „dziedzina, która zajmuje się opisem indywidualnych, nienormatywnych/niesystemowych realizacji fonemów języka polskiego, podlegających terapii” (Siudzińska 2011: 57). Za przedmiot jej badań uznaje się „nienormatywne sygnały dźwiękowe wytwarzane przez nienormatywnie funkcjonujące narządy mowy w procesie językowego porozumiewania się ludzi” (Pluta-Wojciechowska 2012: 99) lub „indywidualne, nienormatywne, dialektalne realizacje fonemów, które mają genezę w zaburzeniach mowy o różnej etiologii” (Siudzińska 2011: 52–59).

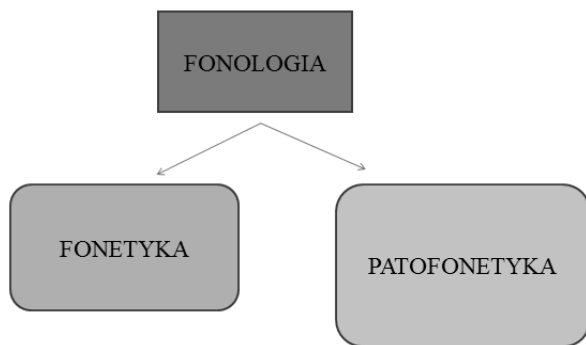
W naszym rozumieniu terminu *patofonetyka* człon *pato-* należałoby łączyć bezpośrednio z podstawową jednostką opisu fonetycznego, czyli głosek. Oznacza to, że przedmiotem badań patofonetyki są patologiczne, nienormatywne dla danego systemu językowego dźwiękowe realizacje fonemów. Często rzeczywiście realizacje te wynikają z nienormatywnie funkcjonujących narządów mowy, nie jest to jednak warunkiem wystąpienia deformacji. Zdarza się, że pozasystemowe wymówienia pojawiają się także przy prawidłowo funkcjonujących narządach mowy. Nie zawsze również nienormatywne realizacje fonemów podlegają korekcji (np. trudne do jednoznacznej identyfikacji i opisanie dźwięki występujące u dzieci we wczesnym okresie rozwoju mowy czynnej – por. Pluta-Wojciechowska 2012) albo podlegają terapii w niewielkim zakresie ze względu na inne nadrzędne cele terapii logopedycznej (np. w pracy z osobami z niedokształceniem mowy towarzyszącym niepełnosprawności intelektualnej w stopniu głębokim, w której głównym celem jest kształtowanie umiejętności komunikacyjnej). W niektórych przypadkach terapii logopedycznej pracuje się nad możliwymi do uzyskania poprawnymi realizacjami cech artykulacyjnych głosek, co niejednokrotnie oznacza uzyskanie dźwięku bliższego normie wymawianiowej, choć nadal będącego deformacją realizacji fonemu (np. przy nieprawidłowościach anatomicznych w obrębie narządu mowy albo przy zaburzeniach dyzartrycznych, które nie pozwalają na uzyskanie poprawnej realizacji wszystkich cech artykulacyjnych głoski).

Dialektalne realizacje niewystępujące w systemie fonetycznym języka ogólnego uznać można za nieprawidłowe realizacje fonemów tylko wówczas, kiedy pojawiają się one w wypowiedziach zaliczanych do normy wzorcowej bądź użytkowej współczesnej ogólnej polszczyzny¹. W obrębie danego dialektu języka polskiego są one normą. Nie są traktowane jako błąd językowy (i interesująca nas deformacja), gdy użytkownik celowo w wypowiedzi oficjalnej stylizuje/używa systemu wybranego dialektu².

Warto podkreślić ścisły związek pomiędzy patofonetyką, fonetyką i fonologią. Realizacje nienormatywne głosek, które są podstawowymi jednostkami opisu w patofonetyce, są możliwe do oceny/badań dzięki odniesieniu do realizacji normatywnych, będących przedmiotem badań fonetyki. Oba typy realizacji głosek (normatywne i nienormatywne) każdorazowo należy odnieść do systemu fonologicznego danego języka, w tym przypadku języka polskiego. Należy dodać, że zbiór potencjalnych deformacji (różnie uwarunkowanych) występujących w dźwiękowej realizacji fonemów w danym języku jest bardzo szeroki (można byłoby nawet przyjąć, że nieograniczony), z kolei zbiór dźwiękowych normatywnych realizacji fonemów to zbiór zamknięty.

¹ Rozumienie terminów: norma wzorcowa, użytkowa oraz podział języka polskiego narodowego na polszczyznę ogólną i polszczyznę gwarową, przyjmujemy za A. Markowskim (2007).

² Na przykład podkreślając swoje korzenie bądź cytując powiedzenie zaczerpnięte z gwary.



Ryc. 1. Relacje pomiędzy fonologią, fonetyką i patofonetyką

Źródło: opracowanie własne.

Z kolei *fonologia* to „dział językoznawstwa badający dźwięki mowy pod kątem ich funkcji w systemie językowym [funkcji różnicującej znaczenia – dopisek autorek], [...] fonologia opisuje cechy dystynktywne dźwięków mowy, tzn. takie, które pozwalają odróżnić jeden znak językowy od innego” (Gruszczyński, Bralczyk 2002: 81). Jednostką podstawową opisu systemu fonologicznego jest fonem, czyli „jednostka abstrakcyjna obejmująca klasę głosek³, których wzajemna wymiana nie powoduje zmian w takich jednostkach języka jak: morfem, wyraz, wypowiedzenie [a więc nie różnicuje znaczeń – dopisek autorek]. Wymiana zaś fonemów zawsze powoduje zmiany jednostek [znaczących – dopisek autorek] języka” (Rocławski 2001: 139).

Dźwiękową realizacją fonemów są głoski. „Głoska, dźwięk mowy, najmniej, dający się wyodrębnić słuchem (postrzegany jako jednolity dźwiękowo) odcinek wypowiedzi mówionej, któremu odpowiada pewien określony układ narządów mowy. Każda głoska charakteryzuje się właściwym sobie, stałym zespołem cech artykulacyjnych i akustycznych” (Gruszczyński, Bralczyk 2002: 97).

„Przedmiotem badań fonetycznych jest strona dźwiękowa języka. Fonetyka bada zarówno proces wytwarzania mowy, jak i wytwór tego procesu, tj. zmiany, jakie zachodzą w czasie mówienia w środowisku otaczającym – powietrzu; fonetyka zajmuje się także procesem percepcji mowy. Fonetyką nazywa się również działy językoznawstwa zajmujące się opisem struktury głoskowej języka i historią fonicznej postaci języków” (Wierzchowska 1971:15).

Biorąc pod uwagę powyższe terminy i ich objaśnienia, proponujemy następującą definicję patofonetyki: **patofonetyka** to nauka interdyscyplinarna⁴ zajmująca się nienormatywnymi w danym języku realizacjami fonemów. Nienormatywne dźwięki mowy to głoski pozasystemowe – wykraczające poza norma-

³ Głoski = warianty fonemu.

⁴ Powiązana między innymi z logopedią, anatomią, audiologią, akustyką.

tywny system fonetyczny współczesnego języka ogólnego. Patofonetyka bada i opisuje pracę narządów wytwarzających te dźwięki – zjawiska akustyczne będące rezultatem tej pracy, a także reakcje narządu słuchu na te zjawiska oraz umożliwia transkrypcję nienormatywnych realizacji fonemów.

Nienormatywne realizacje to:

- „zakłócenia dźwięków mowy” (Emiluta-Roza 2006: 132) o typie deformacji (zob. Kania 1982: 14), które mogą być obecne we wszystkich formach zaburzeń mowy u dzieci⁵ jako nieprawidłowe dźwiękowe realizacje fonemów współwystępujące z zakłóceniami w nabywaniu innych struktur systemu językowego; niesystemowe realizacje dźwięków mowy występują także po rozpadzie nabytego wcześniej systemu językowego u osób z afazją; dominują w dyzartrii, pojawiają się w jąkanii, tworząc zakres objawów towarzyszący zaburzeniom oddychania, fonacji i wtórnie prozodii; nieprawidłowe realizacje fonemów są podstawowym objawem we wszystkich typach dyslalii (osoby z dyslalią mają prawidłowo przyswojone struktury językowe o wyższym stopniu złożoności, umożliwiające rozumienie wypowiedzi słownych i ich tworzenie), czyli w dyslaliach: anatomicznej, funkcjonalnej, słuchowej, środowiskowej i podkorowej⁶ (zob. zestawienie form zaburzeń mowy autorstwa H. Mierzejewskiej, D. Emiluty-Roza w: Emiluta-Roza 2008: 26a);
- realizacje dialektalne użyte w starannej/oficjalnej polszczyźnie;
- deformacje realizacji fonemów występujące w mowie dzieci dwu- lub wielojęzycznych;
- nieprawidłowe artykulacje głosek występujące w mowie cudzoziemców uczących się języka polskiego;
- nieprawidłowe artykulacje głosek występujące w mowie osób, u których język obcy (drugi, kolejny) wpłynął na warstwę brzmieniową języka ojczystego⁷.

Przyczyną powyżej wymienionych deformacji mogą być między innymi:

- nieprawidłowości budowy anatomicznej i/lub funkcjonowania obwodowego narządu mowy oraz narządu słuchu; nieprawidłowe nawyki ruchowe narządów aparatu artykulacyjnego w czasie artykulacji (przy prawidłowej budowie i funkcjonowaniu narządów mownych); nieprawidłowe wzory wymowy środowiska; uszkodzenia obwodowego i/lub ośrodkowego układu nerwowego (zob. Emiluta-Roza 2008: 26a);

⁵ To znaczy – w różnych typach niedokształcenia mowy: w niedokształceniu mowy pochodzenia korowego, w niedokształceniu mowy z powodu niedosłuchu, w niedokształceniu mowy towarzyszącym niepełnosprawności intelektualnej, w niedokształceniu mowy w autyzmie, a także w zaburzeniach mowy pochodzenia środowiskowego.

⁶ Nienormatywne dźwiękowe realizacje fonemów będące deformacjami mogą zatem wystąpić we wszystkich zaburzeniach mowy, w których występują nieprawidłowości artykulacyjne.

⁷ Na przykład, gdy w mowie Polaków przebywających dłuższy czas na emigracji język kraju pobytu wpływa na warstwę brzmieniową języka ojczystego.

- niecelowe, a zatem błędne przenoszenie fonetycznego systemu dialektalnego do systemu ogólnego języka polskiego;
- nakładanie się dwóch bądź kilku językowych systemów fonetyczno-fonologicznych u dzieci dwu- i wielojęzycznych oraz cudzoziemców uczących się języka polskiego;
- nakładanie się dwóch bądź kilku systemów fonetyczno-fonologicznych u osób mieszkających przez dłuższy czas za granicami kraju ojczystego, u których język obcy (drugi, kolejny) wpłynął na warstwę brzmieniową języka ojczystego.

Nauka, jaką jest patofonetyka, ma szerokie zastosowanie. Po zauważeniu/wysłuchaniu nieprawidłowości realizacyjnej daje możliwość identyfikacji (odniesienia realizacji dźwięku do odpowiedniego fonemu danego języka), opisu (charakterystyki realizacji fonetycznej), zinterpretowania (porównania wadliwej realizacji cechy/cech artykulacyjnych głoski do realizacji normatywnej/ych), zapisu graficznego (transkrypcji fonetycznej) oraz ustalenia przyczyn/y nienormatywnych realizacji fonemów. Proces ten jest nieodzowny w diagnozowaniu logopedycznym, konstruowaniu programów terapeutycznych, ocenie postępów terapii, a także w porównywaniu i interpretowaniu wyników badań oraz diagnoz logopedycznych. W przypadku nienormatywnych realizacji fonemów występujących w mowie dzieci dwu- bądź wielojęzycznych oraz cudzoziemców uczących się języka obcego i osób, u których język obcy (drugi, kolejny) wpłynął na wymowę języka ojczystego, patofonetyka umożliwia opis i analizę deformacji, co jest podstawą tworzenia programów pracy. Podobnie jest w przypadku realizacji dialektalnych przenoszonych niecelowo do współczesnego języka ogólnego⁸.

Patofonetyka służyć może także do opisu „rozwojowych niedoskonałości systemu fonetycznego występujących u dzieci w pewnym wieku i wraz z ich wiekiem przemijających” (Pluta-Wojciechowska 2012: 99). Uważamy jednak, że tych odstępstw od normy nie można uznać sensu stricto za deformacje, ponieważ są naturalnym zjawiskiem w rozwoju mowy dziecka (występują we wczesnym okresie rozwoju mowy czynnej).

W ramach podziału patofonetyki na artykulacyjną, akustyczną, audytywną⁹ w opisanych powyżej zakresach prowadzone są krajowe i międzynarodowe badania naukowe (np. opisowe, porównawcze). Patofonetyka artykulacyjna zajmuje się badaniem i opisem pracy/układu narządów mowy w trakcie realizowania nienormatywnych dźwięków mowy. Obszarem badań patofonetyki akustycznej jest analiza i opis fal dźwiękowych (częstotliwości drgań, ich zmienności w trakcie

⁸ Dzięki narzędziom patofonetyki logopeda może je opisać, co jest niezbędne do przeprowadzenia działań logopedycznych, pamiętając, że w pierwszej kolejności realizacje te są przedmiotem opisu i badań dialektologii.

⁹ Podział ten wywodzi się z fonetyki (zob. Wierzchowska 1971; Wiśniewski 2001; Gruszczyński, Bralczyk 2002; Ostaszewska, Tambor 2002).

trwania dźwięku) wytwarzanych w trakcie realizowania nienormatywnych dźwięków mowy. Z kolei patofonetyka audytywna zajmuje się analizą i opisem sposobu odbioru słuchowego nienormatywnych dźwięków mowy (por. Pluta-Wojciechowska, Nowakowska-Kempna 2010).

Poszczególne działy patofonetyki wykorzystują właściwe im metody badań. Do zapisu nienormatywnych realizacji fonemów służą między innymi znaki alfabetów fonetycznych (slawistycznego bądź międzynarodowego) rozszerzone o odpowiednie diakryty bądź uzupełnione określonymi znakami. W polskiej literaturze logopedycznej spotkać można różnorodne propozycje sposobu zapisu deformacji (zob. Kaczmarek 1963¹⁰; Styczek 1982; Ostapiuk 2000; Krajna 2008; Pluta-Wojciechowska 2012; Porayski-Pomsta i in. 2013; Jauer-Niworowska, Więcek-Poborczyk, Lipiec, Kwasiborska-Dudek, Golanowska 2015). Przysparza to niekiedy trudności w odczytaniu i właściwym zrozumieniu/interpretacji zapisu. Rozwiązaniem problemu byłoby przyjęcie ujednoliconego narzędzia do transkrypcji realizacji nienormatywnych. Taką propozycję stanowią *Znaki fonetyczne do zapisu poprawnych i zdeformowanych realizacji fonemów języka polskiego w alfabetach międzynarodowym i slawistycznym* (Porayski-Pomsta i in. 2013). Jednym z celów tej publikacji było stworzenie spójnego systemu znaków do zapisu zdeformowanych realizacji fonemów. Na bazie istniejących już znaków stworzono otwarty¹¹, czytelny dla użytkowników system. Zachowując odrębność obu alfabetów fonetycznych, przyjęto następujące założenia:

- w przypadku braku znaku dla określonej deformacji w alfabecie slawistycznym przenoszono diakryty z bogatszego pod tym względem alfabetu międzynarodowego;
- jeśli brakowało znaku dla określonej deformacji w alfabecie międzynarodowym, tworzono nowy diakryt, nawet gdy w alfabecie slawistycznym występował już diakryt na to oznaczenie (nie przenoszono znaków z alfabetu slawistycznego do międzynarodowego, aby zachować spójność, odrębność i czytelność obu systemów);
- gdy w obu alfabetach brakowało znaku na oznaczenie nienormatywnej głoski, tworzono nowy, jednakowy dla obu alfabetów diakryt. Uwzględniano przy tym kształt i umiejscowienie diakrytów już istniejących;

¹⁰ W tomie XVIII „Prac Filologicznych” z 1963 roku poświęconych Profesorowi Witoldowi Doroszewskiemu ukazał się *Projekt pisowni fonetycznej specjalnej* autorstwa Leona Kaczmarka. Autor, próbując rozwiązać występujący w badaniach nad patologią mowy problem związany z brakiem alfabetu do zapisu „wymowy odbiegającej od normalnej” (Kaczmarek 1963: 79), przedstawia projekt pisowni specjalnej. Jest on oparty na alfabecie używanym w języku polskim. Do zapisu realizacji nienormatywnych stosuje „znaki stare, ale z elementami nowymi, które wskazują na odchylenia od artykulacji symbolizowanej przez ów główny znak” (tamże 1963: 79). Podobną konwencję stosują autorzy późniejszych propozycji znaków do transkrypcji nienormatywnych realizacji fonemów.

¹¹ Ze względu na nieograniczoną liczbę realizacji nienormatywnych system ma charakter otwarty i w ustalonej konwencji może być uzupełniany o nowe znaki.

- niekiedy na oznaczenie wybranych (nowo opisanych) deformacji, dla których brakowało znaków i diakrytów w obu alfabetach, tworzono nowy odrębny znak graficzny, np. oznaczenie zdeformowanej dźwiękowej realizacji fonemu /r/ – głoska gardłowa (zob. Porayski-Pomsta i in. 2015: 50).

Każda ze zdeformowanych realizacji fonemów została szczegółowo opisana. Na podstawie doświadczeń płynących z praktyki logopedycznej autorzy przedstawili propozycje nienormatywnych realizacji wszystkich fonemów języka polskiego. W poniższych tabelach przedstawiamy to na przykładzie fonemu samogłoskowego /o/¹², /ɔ/¹³ oraz spółgłoskowego /ʂ/¹⁴, /ʃ/¹⁵.

Tab. 1. Fonem /o/, wariant podstawowy i jego deformacje (Porayski-Pomsta i in. 2013: 69)

Alfabet między-narodowy – znaki istniejące	Alfabet między-narodowy – znaki proponowane	Alfabet sławistyczny – znaki istniejące	Alfabet sławistyczny – brakujące znaki przeniesione z alfabetu między-narodowego lub zaproponowane przez autorów projektu	Opis	Rodzaj deformacji
Fonem /ɔ/, wariant podstawowy i jego deformacje					
ɔ		o		dźwięczna, ustna, otwarta, tylna, średnio-niska, sylabiczna	
ɔ̥		o̥		głoska artykułowana bez udziału fałdów głosowych	ubezdźwięczniona
ɔ̞			o̞	w początkowej fazie realizacji głoski pojawia się segment dźwięczny, który daje wrażenie słuchowe niepełnej dźwięczności	częściowo ubezdźwięczniona
ɔ̃		õ		powietrze wydostaje się częściowo przez usta, a częściowo przez nos	unosowiona
ɔ̟		ö		masa języka przesunięta do przodu	uprzedniona
ɔ̠			o̠	masa języka przesunięta w dół	obniżona
ɔ̠̞			o̠̞	realizacja ze spłaszczeniem warg	z delabializacją
	ɪ		io	głoska realizowana przy neutralnym układzie warg	neutralna

¹² Zapis fonemu z użyciem sławistycznego alfabetu fonetycznego.

¹³ Zapis fonemu z użyciem IPA.

¹⁴ Zapis fonemu z użyciem sławistycznego alfabetu fonetycznego.

¹⁵ Zapis fonemu z użyciem IPA (międzynarodowego alfabetu fonetycznego).

1	2	3	4	5	6
				strumień powietrza wypływa prawą stroną między łukami zębowymi a policzkiem	policzkowa prawostronna
				strumień powietrza wypływa lewą stroną między zębami	boczna lewostronna
				strumień powietrza wypływa lewą stroną między łukami zębowymi a policzkiem	policzkowa lewostronna
				strumień powietrza wypływa po obu stronach między zębami	boczna obustronna
				strumień powietrza wypływa po obu stronach między łukami zębowymi a policzkami	policzkowa obustronna
				podczas artykulacji wargi nadmiernie wysuwają się do przodu i zaokrąglają	z nadmierną labializacją
				podczas artykulacji wargi spłaszczają się	z delabializacją
				szczelina, przez którą wydobywa się strumień powietrza jest większa niż w normie	zwiększenie szczeliny
				występuje pogłębienie rowka językowego, co powoduje wrażenie słuchowe gwizdu	gwizdząca
				realizowana na wdechu	ingresywna

W pracy logopedycznej z osobami z zakłóceniami dźwięków mowy języka polskiego o typie deformacji należy ocenić:

a) w przypadku spółgłosek:

- pracę wiązań głosowych,
- pracę podniebienia miękkiego zakończonego języczkiem,
- ułożenie masy języka¹⁶,
- miejsce artykulacji,
- stopień zbliżenia narządów mowy;

b) w przypadku samogłosek:

- pracę wiązań głosowych,
- pracę podniebienia miękkiego zakończonego języczkiem,
- ułożenie masy języka (pionowe, poziome),
- pracę warg,
- stopień zbliżenia narządów mowy.

¹⁶ Zmiana ułożenia masy języka koreluje ze zmianą miejsca artykulacji.

Deformacja głósłki języka polskiego może obejmować jedną bądź kilka cech artykulacyjnych. W przypadku realizacji, w których deformacje dotyczą kilku cech artykulacyjnych, w transkrypcji odpowiednio (zgodnie z ustaloną konwencj) dopisujemy diakryty oznaczające okreřlone nieprawidłowořci wymawiania. Prawidłowa ocena deformacji (wszystkich cech artykulacyjnych) umoŹliwia dobór adekwatnej metody wywoływania głósłki.

Wiedza z zakresu fonetyki, patofonetyki i fonologii, wyszkolony słuch fonetyczny, włciwa ocena i ujednoliconą, szczególow transkrypcj fonetyczną niepoprawnych realizacji fonemów dają takŹe moŹliwość prowadzenia szerszych badań warstwy brzmieniowej języka osóů, u których etiologia nienormatywnych realizacji fonemów jest taka sama (np. grupa osóů z dyslali ankyloglosyj; grupa Francuzów uczących się języka polskiego; osoby jkajce si). Pozwala to na odkrycie i opisanie pewnych zaleŹnořci i prawidłowořci artykulacyjnych występujących w wymowie tych grup. Tak prowadzone badania słuŹyc mogą doskonaleniu metodyki pracy z osobami z nienormatywnymi realizacjami fonemów języka polskiego.

Literatura

- Emiluta-RoŹya D., 2006, *Dyslalia – w teorii logopedycznej i praktyce pedagogicznej* [w:] *Język-Literatura-Wychowanie*, red. J. Bałachowicz, S. Frycie, Warszawa: WSP TWP.
- Emiluta-RoŹya D., 2008, *Modyfikacja zestawienia form zaburzeń mowy H. Mierzejewskiej i D. Emiluty-RoŹya* [w:] *Diagnoza i terapia w logopedii. Z prac Towarzystwa Kultury Języka*, t. 7, red. J. Porayski-Pomsta, Warszawa: Dom Wydawniczy Elipsa, s. 25–36.
- Gruszczyński W., Bralczyk J. (red.), 2002, *Słownik gramatyki języka polskiego*, Warszawa: WSiP.
- Kaczmarek L., 1963, *Projekt pisowni fonetycznej specjalnej*, „Prace Filologiczne”, t. XVIII, Warszawa: PWN, s. 79–82.
- Kania J.T., 1982, *Szkice logopedyczne*, Warszawa: WSiP.
- Krajna E., 2008, *100-wyrazowy Test Artykulacyjny*, Gliwice: Komlogo.
- Jauer-Niworowska O., Więcek-Poborczyk I., Lipiec D., Kwasiborska-Dudek J., Golanowska M., 2015, *Znaki fonetyczne do zapisu zdeformowanych realizacji fonemów. Alfabet międzynarodowy i slawistyczny* [w:] *Metody i narzędzia diagnostyczne w logopedii*, red. M. Kurowska, E. Wolańska, Warszawa: Dom Wydawniczy Elipsa, s. 79–92.
- Markowski A., 2007, *Kultura języka polskiego. Teoria. Zagadnienia leksykalne*, Warszawa: Wydaw. Naukowe PWN.
- Ostapiuk B., 2012, *Zaburzenia dŹwiękowej realizacji fonemów języka polskiego – propozycja terminów i klasyfikacji* [w:] S. Grabias, M. Kurkowski, *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy*, Lublin, Wydaw. UMCS, s. 431–454.
- Ostaszewska D., Tambor J., 2002, *Fonetyka i fonologia współczesnego języka polskiego*, Warszawa: Wydaw. Naukowe PWN.
- Pluta-Wojciechowska D., 2010, *Podstawy patofonetyki mowy rozszczepowej: dyslokacje*, Bytom: Wydaw. Ero-Sum.

- Pluta-Wojciechowska D., 2012, *Patofonetyka – nowy przedmiot kształcenia czy nowe ujęcie starych tematów* [w:] *Logopedia. Wybrane aspekty historii, teorii i praktyki*, red. S. Milewski, K. Kaczorwska-Bray, Gdańsk: Harmonia Universalis, s. 96–116.
- Pluta-Wojciechowska D., Nowakowska-Kempna I., 2010, *Patofonetyka jako przedmiot kształcenia logopedycznego* [w:] *Logopedia XXI wieku*, red. M. Młynarska, T. Smereka, Wrocław: Mkwadrat Maciej Młynarski, s. 195–199.
- Porayski-Pomsta J., Kwasiborska-Dudek J., Jauer-Niworowska O., Lipiec D., Więcek-Poborczyk I., Golanowska M., Malinowska A., 2013, *Znaki fonetyczne do zapisu poprawnych i zdeformowanych realizacji fonemów języka polskiego w alfabetych międzynarodowym i sławistycznym*, Gdańsk: Przedsiębiorstwo Glottispol sp. z o. o.
- Siudzińska N., 2011, *Co to jest fonetyka postartykulacyjna (patofonetyka)?*, „Poradnik Językowy”, nr 9, s. 52–59.
- Styczek I., 1980, *Logopedia*, Warszawa: PWN.
- Tokarski J. (red.), 1971, *Słownik wyrazów obcych PWN*, Warszawa.
- Wierzchowska B., 1971, *Wymowa polska*, wyd. 2 Warszawa: Państwowe Zakłady Wydawnictw Szkolnych.
- Wiśniewski M., 2001, *Zarys fonetyki i fonologii współczesnego języka polskiego*, Toruń: Wydaw. UMK.

Pathophonetics in speech therapy practice

Summary

The aim of this paper is to present the object and the range of pathophonetic research and application of pathophonetics in speech therapy practice. Referring to professional literature, the authors hereof show their own understanding of the term ‘pathophonetics’ and specifying the area it covers. The definition of the term and description of the research scope covered by pathophonetics are preceded by a presentation of its place in relation to phonology and phonetics of a given language. Showing cohesion of mutual relationships and interrelations among these fields of study, at the same time the authors show interdisciplinary nature of pathophonetics and its application in speech therapy practice. They also show useful, from the point of view of the speech therapy practitioner, tool for transcription of deformation, explaining how it should be used.

Key words: pathophonetics, phonetics, phonology, deformation, sound, phoneme, phonetic transcription of non-standard realisation of phonemes, dyslalia, multilingualism, dialect

CZĘŚĆ II

KONTEKSTY TERAPII LOGOPEDYCZNEJ

Anna Maria Pękacka

Zürcher Rehasentrum Wald, Szwajcaria
Zuger Kantonsspital, Baar, Szwajcaria

MODELE PRZETWARZANIA JĘZYKA W PRZYPADKU AFAZJI BROKI W BADANIACH Z OBSZARU NIEMIECKOJĘZYCZNEJ LINGWISTYKI KLINICZNEJ

W krajach niemieckojęzycznych w przypadku diagnostyki i terapii afazji Broki stosowane są dwa modele przetwarzania języka (niem. *Sprachverarbeitungsmodelle*) – model logogenowy Tesaka (niem. *Logogenmodell*) oraz model produkcji mowy Levelta (niem. *Sprachproduktionsmodell*). Wymienione modele są z powodzeniem używane przez lingwistów klinicznych, logopedów, neurologopedów w trakcie planowania postępowania terapeutycznego u pacjentów z afazją Broki oraz podczas diagnostyki i oceny rezultatów terapii.

Słowa kluczowe: afazja Broki, model logogenowy, model Levelta, terapia mowy, przetwarzanie języka

Symptomy afazji mogą różnić się w wyraźny sposób u różnych pacjentów. W ciężkich przypadkach mowa spontaniczna afatyka może albo zostać całkowicie zniesiona, albo częściowo ustać. W innych wypadkach produkcja słów o odbiegających od normalnych polach semantycznych może prowadzić do tego, że wypowiedzi nie będą dla rozmówcy zrozumiałe wcale lub będą zrozumiałe tylko w niewielkim stopniu z powodu zniekształcenia słów fonetycznie (dźwiękowo) (niem. *fonematisch*) lub na płaszczyźnie morfologicznej.

W neurolingwistyce kognitywnej zorientowanie na analizie pojedynczych przypadków przyczyniło się do wytworzenia nowych teorii wyjaśniających i od końca lat siedemdziesiątych ubiegłego wieku zaczęło zmieniać się podejście do symptomatologii (Coltheart i in. 1980; Shallice 1988; Caramazza & McCloskey 1988; De Bleser 1993). Za podstawę opracowania paradygmatu postępowania posłużyły modele przetwarzania (niem. *Verarbeitung*; ang. *processing*) informacji, które przedstawiały procesy mentalne występujące w trakcie działania niezaburzonych mechanizmów przetwarzających, w których abstrahowano od faktów neuroanatomicznych (Morton & Patterson 1980). Szczegółowa analiza dia-

gnostyczna różnorodnych przypadków pacjentów z afazją umożliwiła umiejscowienie zaburzeń funkcjonalnych w obrębie modeli przetwarzania języka lub/i mowy. Badacze wyszli z założenia, że częściowo zaburzony mechanizm można bezpośrednio rzutować na model niezaburzony – i w ten sposób wyjaśnić zniekształcenie lub rozpad komponentów systemu językowego (założenie transparentności systemu). Paradoksalnie w ten sposób częściowo zaburzony mechanizm dostarczał informacji na temat mechanizmu niezaburzonego. Zewnętrzne symptomy pacjentów z różnymi zaburzeniami mogą być podobne, a drobiazgową diagnostyką indywidualnego pacjenta, zorientowaną na porównanie ze schematem językowym w obrębie danego modelu, pozwala na określenie precyzyjnego planu terapii (Jacobson, Caramazza & Hillis 1990).

Prezentowany artykuł wpisuje się w nurt neurolingwistyki kognitywnej (Shallice 1998) i ma na celu przybliżenie polskiemu czytelnikowi procesu osadzania symptomów zaburzeń językowych w przypadku afazji Broki w obrębie dwóch stosowanych w praktyce niemieckojęzycznej modeli przetwarzania języka i/lub mowy.

Definicja afazji

„Afazję definiujemy jako centralnie, organicznie uwarunkowane zaburzenia czynności mowy, które występują po zakończeniu procesu opanowywania tych czynności w wyniku nabytego uszkodzenia mózgu” (Wallesh 1986, w: Wehmeier und Grötzbach 2006: 11). Ze względu na lateralizację (u około 96% osób praworęcznych to lewa półkula odpowiada za mowę – wg Bryden 1991) afazja w większości przypadków odnosi się do lewej półkuli mózgu i pojawia się nagle. W związku z tym jako jej przyczyny można wykluczyć zarówno choroby degeneratywne mózgu, jak i uszkodzenia w obrębie prawej półkuli (Tesak 2006). Ponieważ symptomy afazji dotyczą wszystkich poziomów języka (fonologii, morfologii, semantyki, składni, metatekstu) i zakłócają wszystkie jego modalności/realizacje (mówienie, rozumienie, czytanie, pisanie), określa się je mianem supramodalnych i multimodalnych zaburzeń mowy. W przypadku afazji bezpośrednio dotknięty zostaje system językowy (*Sprachsystem*), dlatego przyjmuje się, że afazja nie jest zaburzeniem myślenia, mówienia czy słyszenia, ani też formą upośledzenia umysłowego.

Etiologia i klasyfikacje

Zgodnie z opinią Wehmeier i Grötzbach (2006), do głównych przyczyn afazji należy udar mózgu (80% przypadków). Przy czym udar może mieć charakter niedokrwienny (80%) (Poeck, Hacke 2006: 166) lub krwotoczny (20%) (Poeck,

Hacke 2006: 228). Afazja może także wystąpić wskutek urazu mózgu, guzów mózgu, zaniku mózgu, niedotlenienia mózgu i chorób zapalnych centralnego układu nerwowego (Braun i in. 2002). W celu precyzyjnego sklasyfikowania typów afazji używa się różnych kryteriów. Ze względu na etiologię wyróżniamy afazję związaną z chorobami naczyniowymi mózgu, związaną z demencją i spowodowaną powypadkowymi uszkodzeniami mózgu. Klasyfikacja objawów afatycznych jest jednak zasadna tylko wtedy, kiedy przyjmujemy założenia indywidualizacji syndromów (*Indyvidualsyndrome*), w zależności od pacjenta; w ten sposób wpływa ona na dalsze planowanie terapii.

Ze względu na przebieg zaburzeń afatycznych wyróżniamy fazę ostrą, postostrą i chroniczną. Zgodnie z opinią Tesaka (2006) faza ostra trwa od trzech do sześciu tygodni po wydarzeniu powodującym afazję. W takim przypadku sprawność neuropsychologiczna jest bardzo zmienna, stąd przyporządkowywanie afazji do jednego z czterech klasycznych zespołów afatycznych (globalna, Broki, Wernickego, amnestyczna) nie jest zasadne. W przypadku fazy postostrej Tesak (2004) nie precyzuje przedziałów czasowych, a tylko zaznacza, że faza ta może trwać od pierwszego do szóstego miesiąca po wystąpieniu zdarzenia wywołującego afazję. Natomiast Böhme (2006) wyróżnia w obrębie fazy postostrej fazę wczesną (1–4 miesiąc) i późną (5–12 miesiąc). Po fazie postostrej następuje faza chroniczna, która zgodnie z baterią afazji Aachen (Aachener Aphasie-Test –AAT, 1983, polskie tłum. Szelaąg 1998) rozpoczyna się już w szóstym tygodniu. Ze względu na płynność mowy wyróżniamy afazję z mową płynną i niepłynną. W przypadku afazji z mową płynną chorzy mówią z normalną szybkością, płynność mowy jest ograniczona tylko częściowo. Inaczej sytuacja wygląda u afatyków z mową niepłynną. Ich mowę cechują częste pauzy, urywanie się/jąkanie, spowolnienie.

Ze względu na rodzaj zespołu tzw. szkoła z Aachen (Aachener Schule) wyróżnia cztery typy standardowe: afazję Broki, Wernickego, amnestyczną, globalną, oraz cztery tzw. zespoły niestandardowe: afazję transkorowo-ruchową, transkorowo-czuciową, transkorowo-mieszaną i przewodzeniową. Zgodnie z opinią Tesaka (2006), charakteryzuje się je poprzez objawy główne, np. cechy mowy spontanicznej, które przy współwystępowaniu prowadzą do opisu symptomów. Przy czym należy podkreślić, że nie każdą afazję da się przyporządkować do jednego z wymienionych wcześniej zespołów. W takim wypadku mówi się o afazji nieklasyfikowalnej.

W polskim piśmiennictwie i praktyce klinicznej stosowana jest natomiast najczęściej tzw. bostońska klasyfikacja afazji wprowadzona przez Goodglassa i Kaplan (1979), w której wskazuje się na afazję ruchową Broki, transkorową ruchową, anomiczną, sensoryczną Wernickego, transkorową sensoryczną, przewodzeniową oraz mieszaną.

Afazja Broki

W literaturze przedmiotu dla afazji Broki stosuje się zamiennie takie synonimy (mające charakter opisowy), jak afazja ruchowa (Goldstein 1948, za: Grohnfeld 2007), afazja ekspresyjna (Weisenburg i McBride 1935, za: Grohnfeld 2007) i afazja werbalna (Head 1926, za: Grohnfeld 2007).

W przypadku afatyków z afazją Broki recepcja/rozumienie mowy wykazuje znacznie mniej deficytów niż samo mówienie: nie płynne, a do tego dokonujące się z dużym wysiłkiem. Zdaniem Grohnfelda (2007), mowa chorego charakteryzuje się licznymi fonematycznymi parafazjami i artykulacyjnymi idiosynkrazjami (niem. *artikulatorisches Suchverhalten*). Według Hackea i Poecka (2009), zdolności językowe chorego zmniejszają zarówno agramatyzmy (Grohnfeld 2007: 13) i silne zaburzenia występujące w procesie znajdowania oraz dobierania słów, jak i deficyty artykulacyjne związane z apraxją mowy (Böhme 1997: 348) i/lub dyzartrią (Grohnfeldt 2007: 76). Zdaniem przytaczanych autorów, rozumienie mowy jest natomiast relatywnie dobre, choć ograniczone, co według Tesaka (2006) ma istotne znaczenie w postępowaniu terapeutycznym. Pacjent musi zrozumieć polecenia wydawane w trakcie ćwiczeń przez terapeutę. Chorzy z afazją Broki są wysoce świadomi swoich zaburzeń, a niemożność normalnej komunikacji wywołuje u nich frustrację i prowadzi do niezadowolenia z dokonywanych postępów.

Obraz kliniczny

Mowa osoby cierpiącej na afazję Broki nie jest płynna (von Stockert 1984; Tesak 2006). Cechuje ją przede wszystkim spowolnienie, wypowiedzi są urywane i pełne pauz, przypominające styl telegraficzny, upośledzone są także rytm i barwa głosu (dysprozodia) (Böhme 1997: 347). Zdaniem Stockerta (1984), liczba wypowiedzianych na minutę słów jest tutaj mniejsza niż pięćdziesiąt (podczas gdy mowa normalna obejmuje średnio sto słów na minutę – Tesak 1999). Afatycy nie są także w stanie właściwie utrzymać płynności wypowiedzi. Według Hartjego i Poecka (2006), za pomocną takich łączników jak „i” i „potem” afatycy łączą pojedyncze wyrażenia/frazy. Wysiłek w trakcie mówienia odzwierciedla trudności w obrębie utrzymania rytmu mowy, artykulacji i fonacji, ale nie w obrębie słowotwórstwa, budowania zdań i znajdowania/dobierania wyrazów.

Autorzy wskazują również, że mowa spontaniczna pełni funkcję informacyjną, a nie emocjonalną. Potwierdza to także Tesak (2006), który zauważa, że afatycy z afazją Broki znacznie częściej używają wyrazów znaczących niż wyrazów funkcyjnych. Również trudności z mówieniem, zniwelowana melodia języka i trudności syntaktyczne sprawiają, że chory w sytuacjach komunikacyjnych nie może stosować złożonych wypowiedzi o wydźwięku/charakterze emocjonalnym. Zdolność komunikacji jest w dużym stopniu zależna także od zabu-

rzeń w obrębie znajdowania/dobierania wyrazów. Zdaniem autorów, pacjenci zbyt często używają niektórych słów (wysokofrekwencyjność semantyczna).

W odróżnieniu od parafazji fonematycznych występowanie błędów leksykalnych, błędnego pod względem semantycznym doboru słów czy błędnych kombinacji słów są obserwowane rzadko. Ponadto pojawiają się wyrażenia/zdania składające się z jednego lub dwóch wyrazów oraz konstrukcje krótkie, uproszone, z licznymi brakami syntaktycznymi i agramatyczne, co prowadzi do wyraźnego zubożenia wypowiedzi. Zdaniem Hartjego i Poecka (2002), mowa spontaniczna chorego może mieścić się w szerokim spektrum, począwszy od dobrze artykułowanego i intonowanego agramatyzmu, a na agramatyzmie z dysprozodią czy silną dyzartrią skończywszy. Przy czym także przy powtarzaniu dochodzi do licznych anomalii. Zdaniem Sockerta (1984) oraz Hartjego i Poecka (2002), w rezultacie powtarzanie cechuje się nie tylko zaburzeniami w obrębie samej inicjacji, lecz również próbami autokorekty, poszukiwaniami artykulacyjnymi i fonematycznymi odchyleniami.

Autorzy sugerują zresztą, że wraz z rosnącą złożonością przekazu pojawia się coraz więcej wypowiedzi agramatycznych. W trakcie procesu nazywania u pacjentów z afazją Broki daje się zaobserwować wiele fonematycznych parafazji¹ i przygodnych semantycznych odchyłeń, które mimo wszystko mają silny związek znaczeniowy z właściwym/szukany wyrazem. Zdolność rozumienia języka jest zachowana relatywnie dobrze, przy czym trzeba zwrócić uwagę, że zarówno czytanie ze zrozumieniem, jak i rozumienie ze słuchu wykazują w tym samym stopniu pewne deficyty. W obu przypadkach wraz z rosnącą złożonością wypowiedzi pogarsza się jej rozumienie/recepcja. Według Tesaka (2006) oraz Hartjego i Poecka (2002), w języku pisanym ujawniają się nie tylko zjawiska agramatyczne, jak np. uproszczona budowa zdań, lecz także paragrafie grafematyczne i semantyczne², odpowiadające parafazjom fonematycznym w mowie spontanicznej. Wskazuje to, że język mówiony i język pisany wykazują paralelne uszkodzenia, co zgodnie z opinią Hartjego i Poecka (2002) pozwala przypuszczać, iż parafazje fonematyczne powstają nie tylko w wyniku zaburzonej motoryki mowy. Hacke i Poeck (2006) wskazują także na liczne oznaki agrafii (Grohnfeldt 2007: 13).

Przebieg

Zgodnie z opinią Grohnfeldta (2007), u około jednej trzeciej pacjentów symptomy afatyczne znikają samoistnie w okresie czterech pierwszych tygodni. Zjawisko to zostało opisane przez Tesaka (2006) jako remisja spontaniczna. W literaturze przedmiotu można znaleźć różne informacje odnośnie do długości trwania tego

¹ Parafazja fonematyczna (niem. *phonematische Paraphasie*) – dźwiękowe zniekształcenie słowa poprzez substitucję, pominięcie, przestawienie lub dodanie pojedynczego dźwięku.

² Paragrafie grafematyczne i semantyczne (niem. *graphematische und semantische Paraphrasien*) – błąd na poziomie grafemu, litery lub słowa pojawiający się w akcie pisania.

procesu. Zdaniem Cultona (1969, za: Tesak 2006) spontaniczna remisja trwa miesiąc, zdaniem Sanda i in. (1969, za: Tesak 2006) – do ponad roku. Generalnie zakłada się jednak, że może ona trwać od sześciu do dwunastu miesięcy, przy czym największe zmiany są obserwowalne w obrębie pierwszych trzech miesięcy.

Mimo utrzymującego się częściowo spowolnienia w obrębie mówienia zmniejsza się, zgodnie z opinią Hartjego i Poecka (2002), wysiłek towarzyszący mówieniu. Podczas gdy w trakcie terapii można zaobserwować szybkie postępy w zakresie artykulacji, nie dzieje się tak w przypadku prozodii. W trakcie spontanicznej remisji rośnie liczba dłuższych, bardziej złożonych zdań i używanych wyrazów funkcyjnych. Nadal pojawiają się jednak uproszczone konstrukcje zdaniowe i okazjonalne agramatyczne wtrącenia. Mowa spontaniczna pacjenta z afazją Broki charakteryzuje się zatem brakiem kohezji (spójności) (Hartje, Poeck 2002: 130).

Modele przetwarzania języka

Richard Wiese (1998) w następujący sposób opisał cel różnych modeli przetwarzania/przepracowywania (*Sprachverarbeitungsmodelle*) języka i/lub mowy, które zostaną omówione w kolejnych akapitach: „Jednym z fundamentalnych założeń kognitywnej czy też psycholingwistycznej teorii produkcji i recepcji języka jest to, że procesy te uznaje się za złożone i nieobserwowalne. Dlatego dla ich opisu pomocny może okazać się zagęszczony model obejmujący komponenty wiedzy, umiejętności, operacje i plany. Przedstawianie dokładnej struktury tych komponentów stanowi cel teorii przetwarzania/przepracowywania języka” (Wiese 1998: 5).

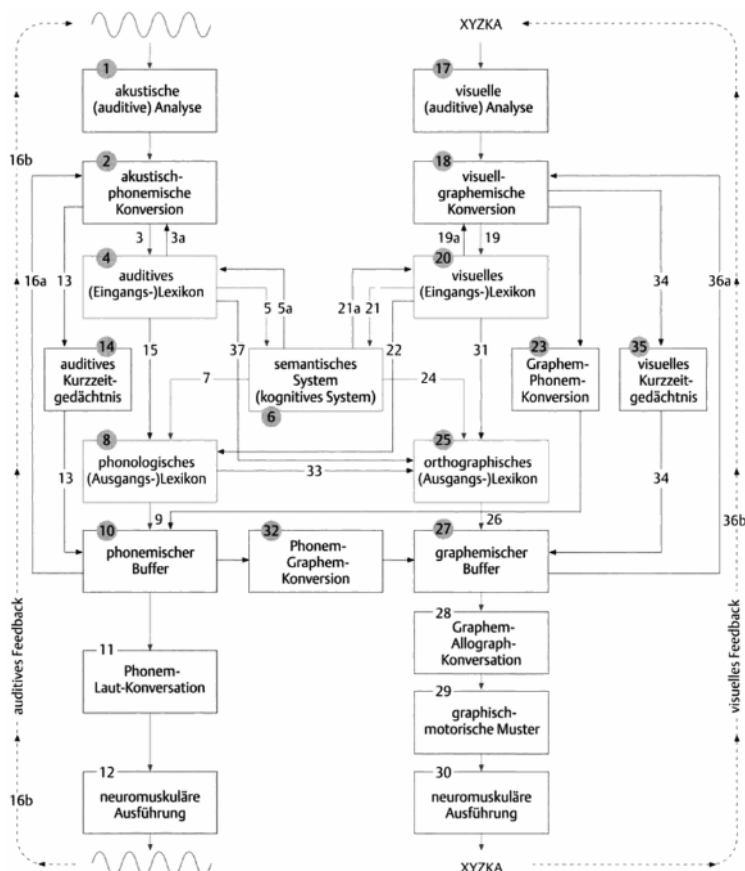
W trakcie modelowania produkcji i recepcji/przetwarzania mowy przez człowieka będziemy rozróżniać modele seryjne i interaktywne (Tesak 2006). Pierwsze z nich traktują przepracowywanie języka jako serię kolejnych kroków w procesie obróbki, gdzie poszczególne komponenty zawsze pełnią określone funkcje i spełniają określone zadania. Kroki te są automatyczne i mimo szybkości, z jaką przebiegają, są niemal bezbłędne. Złożone zadania, np. czytanie, są rozbiegane na poszczególne moduły (części) (Tesak 2006: 45). W tym przypadku symptomy afatyczne mogą zostać zlokalizowane funkcjonalnie, tzn. w odpowiednich częściach modelu.

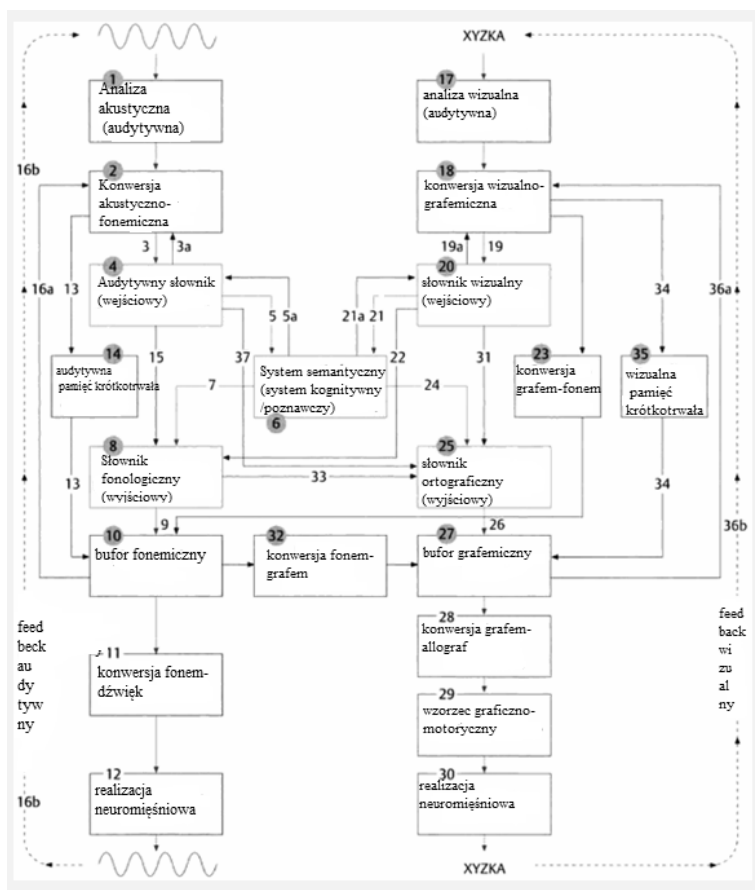
W modelach interaktywnych (konekjonistycznych) mowa jest przepracowywana w sieciach z różnymi połączeniami i węzłami, które odpowiadają różnym poziomom i modułom lingwistycznym. Zdaniem Blanken (1991, za: Tesak 2006), sieci zorganizowane hierarchicznie są uruchamiane równolegle, przy czym aktywizacja następuje stopniowo, poprzez węzły i połączenia we wszystkich kierunkach (Tesak 2006: 45). Aktywizacja może także zostać zablokowana lub stłumiona, gdy sąsiednie węzły zostają zniszczone. Uruchomienie węzłów połączeń mentalnych w modelu interaktywnym ma charakter temporalny, przebiega w określonych odciinkach czasowych, dzięki czemu może zaistnieć nowa aktywizacja sieci.

Model logogenowy Tesaka (2006)

Logogen jako pojęcie z zakresu psycholingwistyki oraz badań nad czytaniem ze zrozumieniem stworzył w 1969 r. brytyjski psycholingwista J. Morton (użył go w tzw. modelu logogenowym służącym wyjaśnieniu zjawiska czytania ze zrozumieniem (*Leseverstehen*)). Mianem logogenu określone są formy reprezentacji leksykalnych danego słowa w tzw. słowniku mentalnym. W obrębie systemu logogenowego umieszczono wiedzę o formach wyrazów, odwrotnie niż w systemie kognitywnym, w którym znajduje się wiedza o znaczeniu słów. Model logogenowy Mortona (niem. *das Logogenmodell nach Morton*) (1969; Patterson & Shewell 1987), zmodyfikowany przez Tesaka (2006) używany jest do wyjaśnienia typowych deficytów osoby cierpiącej na afazję Broki.

W tym przypadku chodzi o wielomysłowy model przepracowywania na poziomie słów, który składa się z systemów: semantycznego, analitycznych, kodowania i przechowywania w pamięci oraz kanałów przekazywania informacji.





Ryc. 1. Model logogenowy

Źródło: Tesak 2006.

W centrum modelu logogenowego znajduje się „system semantyczny”, w którym zostały zawarte wszystkie znaczenia wyrazów. Kiedy szukana pozycja (ang. *item*) zostanie odnaleziona w systemie semantycznym, staje się ona rozpoznaniem i zrozumianym słowem (w odróżnieniu od neologizmu). System ten jest zorganizowany w formie sieci, w której pokrewne semantycznie wyrażenia znajdują się w swoim bliskim sąsiedztwie. Jest on otoczony czterema słownikami (*Lexika*): z jednej strony wejściowym słownikiem audytywnym i wejściowym słownikiem wizualnym, z drugiej strony wyjściowym słownikiem fonologicznym i wyjściowym słownikiem ortograficznym. Słowniki wejściowe audytywny i wizualny są niezbędne w obrębie receptywnej obróbki języka. Zawierają one zachowane audytywne i grafematyczne formy słów, które są znane mówiącemu. Wejściowe zestawienie fonem – grafem jest porównywane z zachowanymi

mi w pamięci formami. Słowniki te nie zawierają żadnych znaczeń słów, tylko sygnalizują, czy poszukiwana pozycja jest znana.

Fonologiczne i ortograficzne słowniki wyjściowe, w których przechowywane są wszystkie fonologiczne i graficzne formy słów, są włączane do procesu pisania i mówienia. Znaczenie słów, które może być rozpoznane w systemie semantycznym, jest tutaj porównywane z zachowanymi formami. Model logogenowy dysponuje dwoma systemami paraleksykalnymi (por. ryc. 1). Na ścieżce audytywnej dźwięki za pośrednictwem konwersji akustyczno-fonemicznej (2) stają się fonemami, które następnie wchodzi do buforu fonemicznego (10). Odpowiednio do tego na ścieżce wizualnej w wyniku konwersji wizualno-grafemicznej znaki pisane zmieniają się w grafemy, które trafiają do buforu grafemicznego (27). W zależności od systemu grafematyczne i fonematyczne możliwości realizacyjne wybiera się w trakcie procesu konwersji typu fonem-dźwięk lub grafem-allograf (tj. wariant graficzny litery). To z kolei prowadzi do realizacji neuro-mięśniowej (12/30). Oba systemy zostają połączone za pośrednictwem ścieżek segmentacyjnych, leksykalnych i semantycznych, między którymi znajdują się audytywne i wizualne pętle zwrotne (*feedback*). Umożliwiają one mówiącemu, w zależności od sytuacji, kontrolę nad tym, co zostało właśnie powiedziane lub co się planuje powiedzieć.

W kolejnej części artykułu opisane zostaną typowe symptomy afazji Broki w świetle modelu logogenowego Tesaka.

Wprowadzenie deficytów do modelu logogenowego

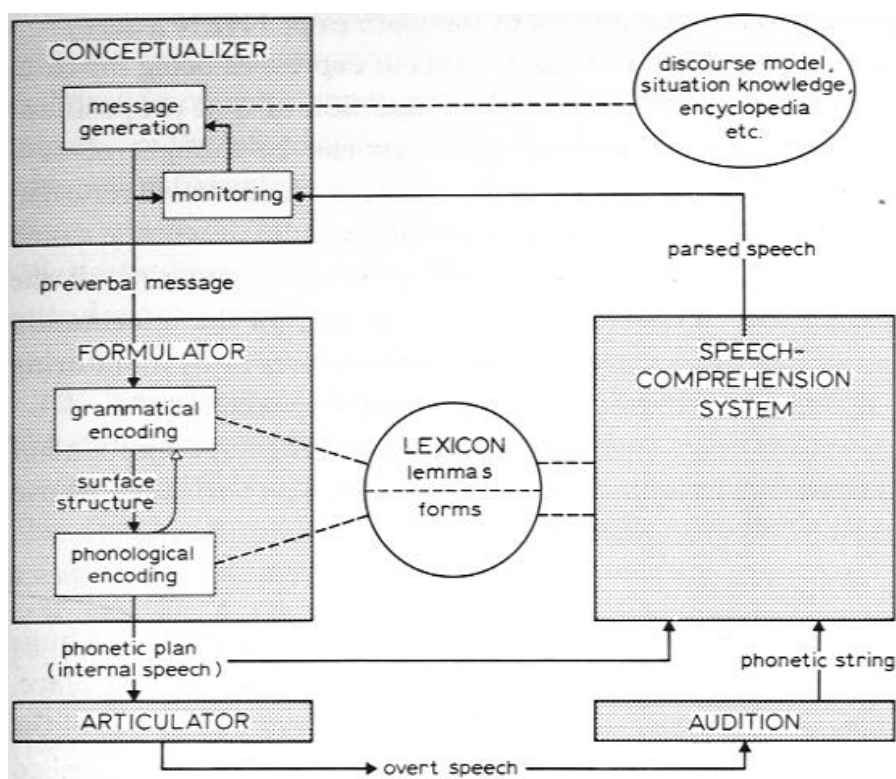
Jak wcześniej zauważono, afazja Broki cechuje się lekko upośledzonym rozumieniem audytywnym i ograniczonym czytaniem ze zrozumieniem. Można to wytłumaczyć tym, że zarówno analiza akustyczna i wizualna, konwersja akustyczno-fonemiczna i wizualno-grafemiczna, jak i audytywne oraz wizualne słowniki wejściowe bądź przynależne im ścieżki między systemami wykazują pewne zaburzenia. W niektórych warunkach deficyty mogą także pojawiać się w systemie semantycznym: jeśli wykazuje on braki, błędy ujawniają się na wszystkich poziomach języka.

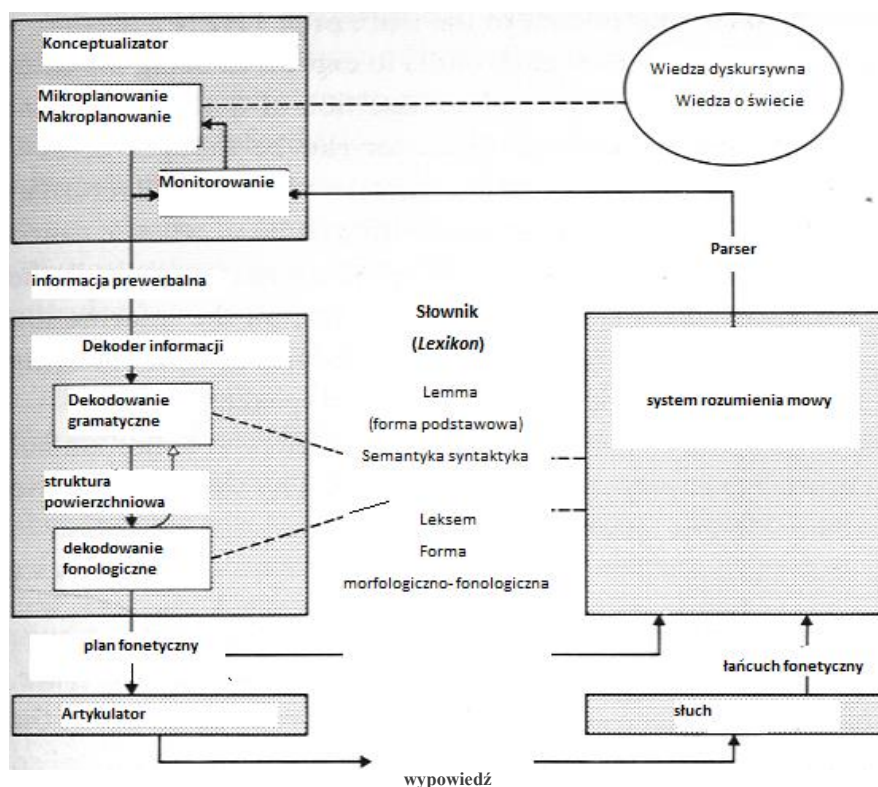
Obserwacja produkcji języka, która będzie bardziej obciążona niż recepcja tegoż, daje podstawę do przypuszczeń, że systemy wytwórcze wraz z ich ścieżkami są uszkodzone w większym stopniu niż systemy receptywne. Zdaniem Tesaka (2006), fonematyczne parafazje dają się wyjaśnić poprzez błędne pozycje w fonologicznym słowniku wyjściowym, które są transportowane do buforu fonemicznego. Przyporządkowywanie, wybór i reprezentacja/odzwierciedlanie fonemu mogą jednak ucieść już w buforze fonemicznym. Fonematyczne parafazje mogą być także wynikiem błędnego przetworzenia informacji fonolo-

gicznej w reprezentację fonematyczną (przedrealizacyjną). Parafazje semantyczne są natomiast wyjaśniane przez zaburzenia w obrębie systemu semantycznego lub przez błędny dostęp do słownika wyjściowego tak, że afatyk sięga wówczas po niewłaściwą pozycję. W obrazie klinicznym świadomość zaburzeń jawi się u afatyka z afazją Broki jako nienaruszona, gdyż często dochodzi do autokorekty. Może to być istotna oznaka dobrze funkcjonującego *feedbacku*.

Model przetwarzania i rozumienia języka Levelta (1989, 1993)

W celu opisania deficytów chorego na poziomie budowania zdań należy sięgnąć do modelu Levelta (1989, 1993). Model ten zdaniem Tesaka (2006) należy do modeli mieszanych, które zawierają elementy seryjne i interakcyjne. W centrum znajduje się słownik, do którego sięga się zarówno w trakcie rozumienia, jak i produkcji czynnej.





Ryc. 2. Model przetwarzania i rozumienia języka

Źródło: wg Levelt 1989, 1993.

Słownik ten obejmuje pozycje w formie lemmy i leksemu. Lemma (forma podstawowa) zawiera znaczenie leksykalne i informację gramatyczną. Leksem, który jest fonologiczną formą powierzchniową, odgrywa istotną rolę w rozkodowywaniu fonologicznym. Oba procesy łącznie korzystają z konceptualizatora. To tu, w trakcie produkcji zdań (paralelnie) powstaje intencja mówienia, która zostaje dostarczona do dekodera jako informacja prewerbalna. Tam dokonuje się dekodowanie gramatyczne i fonologiczne. W trakcie dekodowania gramatycznego wykonywane są zadania syntaktyczne i morfologiczne sterowane przez informację z formy podstawowej (*Lemmata*), zaś dekodowanie fonologiczne uzupełnia łańcuchy otrzymane w wyniku dekodowania gramatycznego o materiał fonologiczny uzyskany przez pobranie informacji leksykalnych (*Lexeme*). W celu wytworzenia reprezentacji fonologicznej niezbędne są informacje morfologiczne oraz prozodyczne i segmentalne, które są przekazywane przez odpowiednie dekodowanie gramatyczne, informację leksykalną i strukturę konceptualną (konceptualizatora). Interakcja obu procesów dekodujących i słownika jest

cechą podstawową dekodera informacji. Utworzony plan fonetyczny zostaje następnie przekazany do artykulatora, który zdaniem Tesaka (2006) opracowuje programy kierujące organami artykulacyjnymi.

W trakcie rozumienia języka sygnał zostaje przekształcony w strukturę fonologiczną i dostarczony do analizatora składniowego (*Parser*), gdzie dochodzi do dekodowania fonologicznego i gramatycznego. Na podstawie informacji leksykalnej informacja fonologiczna zostaje włączona do ustrukturyzowanego pod względem morfologicznym i segmentowym łańcucha. Proces ten jest wywoływany poprzez analizę prozodyczną, „gdzie wyrazy samodzielne są zazwyczaj bardziej podkreślane” (Tesak 2006: 64). Stworzona struktura będzie następnie przetwarzana semantycznie i syntaktycznie w procesie dekodowania gramatycznego, przy czym oba procesy przebiegają względnie niezależnie. W trakcie przetwarzania semantycznego znaczenie wyrazu samodzielnego zostanie rozczłonkowane na elementy za pomocą informacji zakodowanych w formie podstawowej (lemma), podczas gdy w trakcie przetwarzania syntaktycznego zostanie wytworzona prosta struktura, którą otrzymają także późniejsze łańcuchy, mogące wymagać reanalizy. Znaczenie słowa, które powstało w analizatorze składniowym (*Parserze*), jest następnie włączone do wiedzy o świecie w konceptualizatorze, który odpowiada za produkcję wypowiedzi i rozumienie (Tesak 2006: 60, 64).

Deficyty językowe w afazji Broki w świetle koncepcji Levelta

Dzięki opisanemu powyżej modelowi można wyjaśnić agramatyczne wypowiedzi pacjentów z afazją Broki. Chorzy mają trudności z pobieraniem morfemów gramatycznych ze słownika, co wskazuje albo na zaburzony słownik, albo zaburzony dostęp do tego słownika. Podstawę do takich przypuszczeń dają brakujące wyrazy funkcyjne i błędne formy fleksyjne, które spowodowane są najprawdopodobniej trudnościami w obrębie wytwarzania konkretnych ram planowania (Tesak 2006). Niemniej, także dekodowanie gramatyczne w trakcie rozumienia może zostać upośledzone, co doprowadza do tego, że zdania złożone, które wymagają dokładnej analizy struktury syntaktycznej, nie będą właściwie rozumiane.

Podsumowanie

Celem artykułu było zapoznanie polskiego czytelnika z dwoma modelami produkcji oraz recepcji języka – modelem logogenowym Tesaka oraz Levelta – stosowanymi w przypadku diagnostyki i terapii afazji Broka w krajach niemieckojęzycznych. Modele te cieszą się w nich nieustannie dużą popularnością i są z powodzeniem stosowane przez lingwistów klinicznych, logopedów, neurolo-

gopedów w trakcie projektowania postępowania terapeutycznego u pacjentów z afazją Broki oraz podczas oceny jego rezultatów. Następnym zadaniem autorki będzie zaprezentowanie polskiemu czytelnikowi przypadku diagnozy i planowania terapii pacjenta z afazją Broki przy użyciu prezentowanych modeli.

Literatura

- Böhme G. (red.), 2006, *Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schluckstörungen*, Band 2: Therapie, 4. Aufl., München: Urban & Fischer Verlag.
- Braun O., 2002, *Sprachstörungen bei Kindern und Jugendlichen*, Stuttgart: Kohlhammer.
- Bryden M., 1991, *Handedness is not related to self-reported disease incidence*, „Cortex” 27.
- Caramazza A., Berndt R. S., Hart J., 1988, *“Agrammatic” Reading* [w:] F.J. Pirozzolo & M.C. Wittrock (red.), *Neuropsychological and cognitive processes in reading*, New York: Academic Press.
- Coltheart M., 1980, *Deep dyslexia: A review of the syndrome* [w:] M. Coltheart, K. Patterson, J.C. Marshall (red.), *Deep dyslexia*, London: Routledge & Kegan Paul.
- De Bleser R., 1993, *Theoretical issues of aphasia* [w:] F.J. Stachowiak, R. De Bleser, G. Deloche, R. Kaschel, H. Kremin, P. North, L. Pizzamiglio, I. Robertson, B. Wilson (eds), *Developments in the Assessment and Rehabilitation of Brain Damaged Patients – Perspectives from a European Concerted Action*, Tübingen: Narr.
- Goodglass H., Kaplan E., 1972, *The assessment of aphasia and related disorders*, LEA and Fieber, Philadelphia.
- Grohnfeldt M. (red.), 2007, *Lexikon der Sprachtherapie*, Stuttgart: Kohlhammer.
- Hartje N., Poeck K., 2002, *Klinische Neuropsychologie* 5, Auflage. Thieme Verlag.
- Huber W., Poeck K., Weniger D., Willmes K., 1983, *Aachener Aphasie-Test (AAT)*, Aachen.
- Levelt W.J.M., 1989, *Speaking: From intention to articulation*, Cambridge, MA: MIT Press.
- Levelt W.J.M. (red.), 1993, *Lexical access in speech production*, Cambridge: Blackwell.
- Morton J., 1969, *Interaction of information in word recognition*, „Psychological Review”, vol. 76(2), Mar, 165–178.
- Morton J., Patterson K., 1980, *A new attempt at an interpretation, or, an attempt at a new interpretation* [w:] M. Coltheart, K. Patterson, J.C. Marshall (red.), *Deep dyslexia*, London: Routledge & Kegan Paul.
- Patterson & J. C. Marshall (red.), 1980, *Deep dyslexia*, London: Routledge & Kegan Paul.
- Poeck, Hacke, 2009, *Neurologie*, Springer.
- Shallice T., Warrington E. K., 1980, *Single and multiple component central dyslexic syndromes* [w:] M. Coltheart, K. Patterson & J. C. Marshall (red.), *Deep dyslexia*, London: Routledge & Kegan Paul.
- Szeląg E., *Polska adaptacja Aachner Aphasie Test*, Biuletyn Afazja, Wydaw. Orator 1998.
- Tesak J., 1999, *Grundlagen der Aphasiotherapie* 2., überarb. Aufl. Idstein: Schulz-Kirchner.
- Tesak J., 2004, *Einführung in die Aphasiotherapie* 2., aktualisierte Auflage. Stuttgart.
- Tesak J., 2006, *Einführung in die Aphasiotherapie*, Stuttgart, New York: Thieme Verlag.
- Von Stockert T., 1984, *Theorie und Praxis der Aphasiotherapie*, Fink Verlag.
- Wiese R. (red.), 1998, *Phonology and Morphology of the Germanic Languages*, Tübingen: Niemeyer.

**Models of language processing in case of Broca's aphasia
in research from the area of the German speaking clinical linguistics**

Summary

In German speaking countries, in case of diagnostics and therapy of Broca's aphasia, two models of language processing are applied (German – Sprachverarbeitungsmodelle): the logogene model of Tesak (German – Logogenmodell) and the speech production model of Levelt (German – Sprachproduktionsmodell). The said models are applied with success by clinical linguists, speech therapists, speech-language pathologists [SLP] in the process of planning therapeutic treatment for patients with Broca's aphasia and during diagnostics and assessment of the therapy results.

Key words: Broca's aphasia, logogene model of word recognition, Levelt's model, speech production, speech proceedings and recognition

Gabriela Lorens
Aleksandra Karwowska

Akademia Pedagogiki Specjalnej w Warszawie

FENOMEN DOTYKU WE WCZESNEJ INTERWENCJI LOGOPEDYCZNEJ

W artykule zostały przedstawione zagadnienia związane ze zmysłem dotyku we wczesnej interwencji logopedycznej. Rozwój dotyku, dotyk jako bodziec pozytywny i negatywny, dotyk językiem ciała i duszy, przetwarzanie sensoryczne – to kompendium wiedzy niezbędne w pracy każdego logopedy.

Słowa kluczowe: dotyk, przetwarzanie sensoryczne, stymulacja dotykowa, wczesna interwencja logopedyczna.

Wstęp

Terapia ukierunkowana na poprawę funkcjonowania aparatu orofacjalnego nie może jedynie skupiać się na przedmiotowym traktowaniu twarzy dziecka. Jeśli doświadczenia dotykowe dziecka są ograniczone lub negatywne, to również rozwój mowy nie będzie przebiegał w sposób prawidłowy. Nadwrażliwość lub podwrażliwość dotykowa w obrębie twarzy i jamy ustnej oraz nieprawidłowe napięcie mięśniowe także zaburzają i utrudniają ten proces. Tylko całościowe, interdyscyplinarne podejście ma pełne uzasadnienie w terapii małego dziecka. Nie bez znaczenia jest prawidłowe napięcie mięśniowe całego ciała, które stanowi podstawę do właściwego ustawienia tułowia, a co za tym idzie, barków i szyi. Umożliwia to stabilizację zuchwy i daje możliwość swobodnych ruchów języka (Morales 2009). Od prawidłowego odbioru wrażeń dotykowych z całego ciała zależy wczesna komunikacja dziecka z otoczeniem.

Jednym ze sposobów pracy stosowanych przez logopedów w kontakcie z małym dzieckiem jest wykorzystywanie bodźca dotykowego. Wydaje się, że jego znaczenie dla kształtowania prawidłowej mowy, usuwania wad wymowy oraz nauczania mowy w przypadku jej braku lub utraty jest znacznie większe niż się powszechnie uważa. Wiedza na temat budowy i funkcjonowania zmysłu dotyku zdecydowanie przekłada się na szybsze efekty terapii logopedycznej.

Dotykając małego człowieka, angażujemy jego najbardziej wrażliwy zmysł – dotyk. Określamy go jako pierwotny, ponieważ rozwija się najwcześniej ze wszystkich zmysłów i jako pierwszy staje się w pełni funkcjonalny, dostarczając dziecku, będącemu jeszcze w łonie matki pierwszych wrażeń, które są pewnym rodzajem komunikatu odbieranego ze świata zewnętrznego. Układ dotykowy łączy nas z innymi ludźmi oraz z otoczeniem i wysyła informację do mózgu. To od jego funkcjonowania zależy w głównej mierze nasz rozwój ruchowy, społeczno-emocjonalny oraz psychiczny.

1. Zmysł dotyku

1.1. Rozwój dotyku

Rozwój zmysłu dotyku rozpoczyna się bardzo wcześnie. Skóra podobnie jak ośrodkowy układ nerwowy powstaje z trzeciego listka zarodkowego ektodermy. Już od 5. tygodnia ciąży u płodu pojawia się wrażliwość na dotyk w okolicy ust i nosa, a następnie w okolicy policzków i czoła (szybciej niż wykształcają się oczy i uszy). W 9.–10. tygodniu ciąży występuje wrażliwość na dotyk w okolicach brody, rąk i nóg. W 12.–14. tygodniu dziecko reaguje na dotyk już prawie całą powierzchnią ciała. Do końca ciąży niewrażliwa na dotyk pozostaje część powierzchni głowy oraz pleców, z powodu funkcji, jakie te okolice pełnią w przebiegu porodu. Początkowo wrażliwość na dotyk ma charakter nieświadomy. Od około 19.–20. tygodnia ciąży, pod wpływem rozwoju włókien czuciowych, dziecko świadomie zaczyna poznawać swoje ciało – dotyka rękami twarzy, ssie kciuk. Szczególnie wrażliwe na dotyk pozostają przez wiele miesięcy po urodzeniu usta, język i opuszki palców (Hooker 1952; Sikorski 2006; Turner, Helms 1999).

1.2. Układ somatosensoryczny

Pierwszym receptorem, który odbiera bodźce ze świata zewnętrznego, jest receptor czuciowy. Znajduje się on w skórze, która z jednej strony stanowi doskonałą ochronę narządów wewnętrznych przed czynnikami zewnętrznymi, a z drugiej jest wrażliwym systemem sensorycznym, dzięki któremu dziecko rozróżnia kształty, wielkość przedmiotów, poznaje podstawowe pojęcia, jak: mokre, suche, zimne, gorące, szorstkie, gładkie itp. Informacja z receptorów jest przewodzona przez drogę nerwów czaszkowych lub rdzeniowych do kory somatosensorycznej, zbudowanej z dwóch pasm, po jednym paśmie z obu stron mózgu. Każde z tych pasm ma uporządkowaną mapę powierzchni naszego ciała. U człowieka największy obszar kory somatosensorycznej zajmują części ciała będące na pierwszym miejscu w obszarze zainteresowań każ-

dego logopedy – usta, język, wargi oraz opuszki palców. Im większą liczbę receptorów czuciowych ma dana okolica, tym większy zajmuje obszar kory czuciowej (Konturek 1998).



Ryc. 1. Człowiek czuciowy. Schemat reprezentacji czuciowej poszczególnych części ciała w korze mózgu

Źródło: opracowanie własne.

Czucie somatosensoryczne jest wrażeniem zmysłowym pobudzonym przez receptory umieszczone w skórze, mięśniach, ścięgnach i stawach. Do receptorów somatosensorycznych zalicza się mechanoreceptory (dotyk, ucisk, wibracja, czucie proprioceptywne), termoreceptory (ciepło, zimno) oraz receptory bólowe (ból skóry i innych tkanek) (Konturek 1998; Kinałski 2008).

1.3. Zmysł propriocepcji

W ścisłym związku ze zmysłem dotyku pozostaje zmysł propriocepcji (czucie głębokie), który jest odpowiedzialny za odbiór bodźców związanych z ruchem i położeniem ciała. Sprawne działanie tego systemu warunkuje poruszanie się i wykonywanie czynności ruchowych bez konieczności kontroli wzroku. Czucie głębokie informuje nas, gdzie w przestrzeni znajduje się nasze ciało oraz jak rozłożone są względem siebie poszczególne jego części (również w jamie ustnej). Jest odpowiedzialny za prawidłowe napięcie mięśniowe oraz za tworzenie się schematu ciała. Układ proprioceptywny wprowadza spokój i organizację wewnętrzną w nasze zmysły (Konturek 1998).

Zmysł proprioceptywny i dotykowy ściśle ze sobą współpracują, dlatego niektóre ich funkcje wręcz nakładają się na siebie. Świadomość ciała, kontrola motoryczna i posturalna, ocena ruchu, planowanie motoryczne, język i bezpieczeństwo emocjonalne wymagają sprawnego funkcjonowania tych dwóch układów (Kranowitz 2012). Równie trudno oddzielić od siebie zaburzenia w ich funkcjonowaniu.

2. Znaczenie dotyku w logopedii

2.1. Poczucie bezpieczeństwa, komunikacja

Dziecko tuż po urodzeniu oraz w pierwszym okresie życia potrzebuje bezpośredniego fizycznego kontaktu z matką. Czuły dotyk matki uspokaja je i zapewnia poczucie bezpieczeństwa. Zmysł dotyku jest pierwotnym narzędziem komunikacji pomiędzy nowo narodzonym dzieckiem a światem zewnętrznym. Jest sposobem nawiązywania głębokich relacji dziecka z otoczeniem oraz swoją formą komunikacji niewerbalnej, dającą możliwość przekazywania różnych komunikatów (emocji, poczucia bezpieczeństwa i innych). Dobrze rozwinięty u noworodka dotyk – w porównaniu z innymi zmysłami (wzrok, słuch) – staje się podstawowym sposobem poznawania świata zewnętrznego i komunikowania się z innymi ludźmi przez pierwsze tygodnie życia poza łonem matki. Daje dużo lepszy dostęp do nowej rzeczywistości niż pozostałe zmysły.

Dotyk jest źródłem istotnych informacji dla świadomości własnego ciała, planowania motorycznego, dyskryminacji wzrokowej, języka, szkolnego uczenia się, bezpieczeństwa emocjonalnego i umiejętności społecznych (Eliot 2003).

2.2. Planowanie motoryczne (praksja)

Praksja to nieuświadomiona umiejętność zaplanowania i wykonania nowej, wcześniej niećwiczonej umiejętności (Maas 1998). Zależy od właściwego rozpoznawania i przetwarzania bodźców dotykowych, dobrego poczucia ciała i dobrej pracy zmysłu równowagi. Dziecko poruszające się niepewnie będzie miało trudność z planowaniem i organizowaniem działań. Słabe poczucie ciała i niepewność ruchów mogą spowodować, że nie podejmie czynności, które ćwiczyłoby tę sprawność. Dziecko wycofujące się z działania z powodu unikania nieprzyjemnych dla niego wrażeń płynących z kontaktu z przedmiotami nie będzie sięgać, łąpać, manipulować, itp. (Kranowitz 2012). Bardzo często zaburzenia praksji dotyczą sfery oralnej, mając tym samym wpływ na realizację wypowiedzi. Wówczas trudności obejmują świadome sterowanie ruchami w obrębie aparatu artykulacyjnego. Pacjenci z zaburzeniami w tym zakresie uczestniczą w terapii logopedycznej nakierowanej na poprawę wyrazistości wy-

powiedzi poprzez stosowanie technik wzrokowych i dotykowych, które ułatwiają wykonanie ruchu. Wykorzystanie zmysłu dotyku jest kluczowe i pomaga kompensować niedostatki ruchowe.

3. Stymulacja logopedyczna

3.1. Reakcje z twarzy

U noworodka i niemowlęcia obserwujemy bezwarunkowe reakcje odruchowe, które pełnią między innymi rolę zabezpieczającą (odruchowa reakcja kłaniania, reakcja wymiotna), wspomagającą proces przyjmowania pokarmu (odruchowa reakcja szukania, otwierania ust, wysuwania języka, ssania i połykania). Jednocześnie stanowią one podstawę wzorców ruchowych, które warunkują fonację i artykulację (Łada 2013).

Do wywołania każdej reakcji odruchowej z twarzy niezbędny jest bodziec dotykowy. Już na początku 3. miesiąca życia płodowego – w wyniku autostymulacji dotykowej okolicy warg, policzków, brody, powiek lub języka – zostaje wyzwolona reakcja ssania w połączeniu z ruchami połykania. Jest to moment, kiedy kształtuje się układ przedsionkowy oraz pojawiają się odruchy postawy (Morales 2009).

We wczesnej interwencji logopedycznej wykorzystuje się szereg technik dotykowych, które w zależności od potrzeb są w stanie wywołać pożądane reakcje odruchowe lub je wygasić. Twarz i jama ustna jako jedne z najwrażliwszych obszarów naszego ciała są bardzo podatne na wszelkiego rodzaju stymulacje. Niezwykle ważne jest więc, by z rozwagą wykorzystywać dotyk w badaniu małych pacjentów, czy też szczególnie podczas działań terapeutycznych.

Dla potrzeb neurologopedii obserwuje się i bada przede wszystkim cztery z reakcji odruchowych, które są oparte na prostym łuku odruchowym:

- odruchowa reakcja szukania – dotykanie policzka i bruzdy mimicznej wywołuje natychmiastową reakcję w postaci zwrotu głowy w stronę, która była bodźcowana. Jednocześnie może współwystępować otwarcie ust i przemieszczenie masy języka w kierunku stymulacji. Reakcja jest obecna od urodzenia;
- odruchowa reakcja ssania-połykania – dotknięcie środkowej części języka wywołuje rytmiczne ruchy ssące języka, po których następuje połknięcie. Reakcja jest najsilniej wyrażona w okresie 3–4 miesiąca życia;
- odruchowa reakcja kłaniania – dotknięcie górnych dziąseł na wysokości trzeciego zęba spowoduje rytmiczne otwieranie i zamykanie żuchwy. Dominująca aktywność tej reakcji odruchowej przypada na 2–4 miesiąc życia;
- odruchowa reakcja wymiotna – dotknięcie podniebienia miękkiego oraz przesunięcie w kierunku welum wywołuje wyraźną reakcję objawiającą się ekspresją twarzy. W toku rozwoju miejsce występowania tej reakcji przesunęła się w głąb jamy ustnej (Łada 2013).

3.2. Kangurowanie, kontakt „skóra do skóry”

W ostatnich latach coraz popularniejsza staje się metoda kangurowania oraz kontakt „skóra do skóry” pomiędzy jednym z rodziców (najczęściej matką) a nowo narodzonym dzieckiem. Metoda polega na układaniu noworodka na klatce piersiowej rodzica tak, aby zapewnić kontakt „skóry do skóry”, a także na noszeniu noworodka z zachowaniem ścisłego kontaktu. Nagie dziecko jest układane w pozycji pionowej lub półpionowej bezpośrednio na nagiej klatce piersiowej rodzica – zarówno matki, jak i ojca. Aby zminimalizować utratę ciepła, noworodek może mieć założoną czapkę i pieluchę. Szczegółowe zasady utrzymywania dziecka w tej pozycji, zwanej pozycją kangura, opisane zostały w wytycznych WHO z 2003 roku (WHO 2003).

Kangurowanie noworodka skutecznie podtrzymuje prawidłową temperaturę ciała w podobnym stopniu jak umieszczenie w inkubatorze. Obniża reakcje bólowe i stres oraz przyczynia się do szybszej stabilizacji funkcji życiowych u noworodków urodzonych po 28. tygodniu ciąży. Poprawia jakość i wzorec snu. Kangurowanie wpływa na karmienie, które staje się przeżyciem przyjemnym i akceptowanym dla obu stron (matka, dziecko). Wspomaga również inicjację procesu karmienia piersią, jak również jego wyłączność oraz okres trwania (Hurst 1997).

Wczesny kontakt „skóry do skóry” wzmacnia rozwój neurobehawioralny. Wpływa w pierwszych godzinach życia na napięcie mięśniowe, motorykę, rytm snu i czuwania oraz zachowanie się noworodka. Dzieci te dłużej śpią, są spokojniejsze, wykazują przewagę ruchów zgięcia w stosunku do niekorzystnych ruchów wyprostnych oraz mniej płaczą (Christensson 1995; Ferber, Makhoul 2004).

Poprzez dotyk „skóry do skóry” naturalnie dostarczane są dziecku różnorodne bodźce sensoryczne stanowiące wielopłaszczyznową, bezpieczną stymulację. Noworodek odczuwa dotyk, wibracje pochodzące z ciała matki, temperaturę jej ciała, słyszy dźwięki. Doznania te stymulują dojrzewanie ośrodkowego układu nerwowego i jednocześnie zabezpieczają przed jego uszkodzeniem. Dzieci kangurowane w zakresie rozwoju psychoruchowego wykazują lepszą koordynację wzrokowo-ruchową oraz słuchowo-językową. Wielu logopedów spotyka w swojej pracy dzieci z trudnościami w przyjmowaniu pokarmów, czy też z zaburzeniami artykulacyjnymi, których podłożem jest nadwrażliwość obszaru orofacjalnego. Kangurowanie jest jednym z elementów zabezpieczających dziecko przed pojawieniem się takiej nadwrażliwości, tym samym zmniejsza ryzyko wystąpienia wymienionych powyżej trudności (Charpak, Ruiz-Pelaez 2006).

3.3. Stymulacja dotykowa obszaru orofacjalnego

Podstawą prawidłowych czynności z okolicy orofacjalnej jest prawidłowe napięcie mięśni oraz odbiór bodźców czuciowych. Właściwie dobrana pozycja dziecka uzyskana poprzez stymulację dotykową wpływa na jakość oraz funkcje

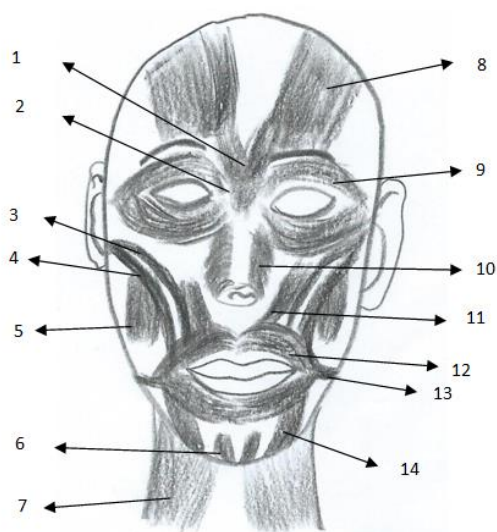
motoryki oralnej. Oczywista i nierozłączna jest korelacja pomiędzy motoryką dużą a rozwojem funkcji oralnych. Dlatego też każdy logopeda powinien posiadać wiedzę z zakresu określonych grup mięśni oraz ich funkcji i unerwienia. Przekłada się to na zrozumienie istoty problemu okolicy ustno-twarzowej, a tym samym odpowiednie dobranie technik terapeutycznych poprawiających funkcjonowanie mięśni, normalizujących wrażliwość orofacialną, aktywujących i redukujących przetrwałe odruchy z twarzy.

W zależności od celu, który chcemy osiągnąć w efekcie terapii logopedycznej, stosujemy odpowiednio dobrane kombinacje stymulacji wobec różnych układów sensorycznych. W tym celu wykorzystujemy różnego rodzaju techniki dotykowe odbierane przez właściwe receptory czucia:

- głaskanie – uspokaja podrażnione zakończenia nerwowe, wpływa na elastyczność i gładkość skóry, przyspiesza przepływ krwi i limfy. Głaskanie stymuluje zakończenia nerwowe, wprowadzając w ruch włoski znajdujące się na powierzchni skóry;
- uciskanie – stymuluje system nerwowy poprzez aktywizowanie zakończeń nerwowych, podnosi krążenie krwi, dotlenia krew. Aktywowane zostają ciała Paciniego i płytki Meissnera, które szybko adaptują się do bodźca;
- rozciąganie – ma pozytywny wpływ na stawy, więzadła i torebki stawowe. Rozciąganie aktywuje przede wszystkim receptory w stawach oraz receptory pierwotne i wtórne wrzecionek mięśniowych;
- vibracja – normalizuje napięcie mięśniowe, dostarcza mięśniom więcej tlenu i informacji, ma działanie przeciwbólowe. Jest jedną z najważniejszych technik, ponieważ zapobiega adaptacji receptora do bodźca. Aktywacji ulegają przede wszystkim ciała Paciniego i ciała Meissnera. W zależności od sposobu vibracji możemy w różny sposób wpłynąć na napięcie mięśniowe (Podgórski 1989; Pruchowicz 1991; Morales 2009).

W przypadku zwiększonej **nadwrażliwości orofacialnej**, która sprzyja wyzwalaniu patologicznych odruchów z okolic jamy ustnej i śluzówek, ważne jest stopniowe, powolne przyzwyczajanie dziecka do różnorodnych bodźców dotykowych. Oprócz stymulacji dotykowej palcami terapeuty, w celu dostarczenia dziecku bodźców kontrastowych, możemy stymulować twarz materiałami o różnej strukturze i różnej temperaturze (Odowska-Szlachcic 2013).

Ważną rolę w funkcjonowaniu obszaru orofacialnego odgrywa **sprawność mięśni twarzy i jamy ustnej**. Mięśnie mimiczne (powierzchnowe) mają wpływ na mimikę (wyraz) twarzy dziecka, która wyraża myśli, emocje, nastroje oraz postawy wobec innych ludzi (komunikacja niewerbalna). Uczestniczą one również w prawidłowym przyjmowaniu pokarmów, kształtowaniu kęsów pokarmowych i podtrzymywaniu ich w odpowiednim położeniu jamy ustnej. Mięśnie twarzy i jamy ustnej biorą czynny udział w kształtowaniu ruchowych wzorców głosek, sylab, wyrazów, zdań poprzez prawidłowe funkcje układu oddechowego, fonacyjnego i artykulacyjnego.



1. m. podłużny
2. m. marszczący brwi
3. m. jarzmowy większy
4. m. jarzmowy mniejszy
5. m. żwacz
6. m. bródkowy
7. m. szeroki szyi
8. m. potyliczno-czołowy
9. m. okrężny oka
10. m. nosowy
11. m. dźwigacz wargi górnej i skrzydełek nosa
12. m. okrężny ust
13. m. śmiechowy
14. m. obniżacz wargi dolnej

Ryc. 2. Mięśnie twarzy

Źródło: opracowanie własne.

Intensywność stymulacji dotykowej i częstość jej stosowania jest zależna od indywidualnych problemów i potrzeb dziecka. Inna stymulacja będzie przeprowadzana w przypadku nadwrażliwości, podwrażliwości, a jeszcze inna w przypadku obniżonego czy też podwyższonego napięcia mięśniowego.

Należy wyraźnie podkreślić, iż twarz jest jedną z najbardziej strzeżonych stref naszego ciała (Please 2004). Nie należy podchodzić do jej rehabilitacji w sposób przedmiotowy. Stymulacja dotykowa nie może wywołać reakcji nieprzyjemnych; wręcz przeciwnie – powinna nieść zadowolenie i budzić zaufanie do terapeuty. Mając na względzie liczbę receptorów czuciowych w obszarze orofacjalnym, nie należy rozpoczynać stymulacji dotykowej od twarzy dziecka, lecz od okolic bardziej od niej oddalonych (stopy, dłonie), dając tym samym dziecku czas na stopniowe przyzwyczajanie się do bodźca. Włożenie palca do jamy ustnej dziecka nigdy nie powinno następować bez zapowiedzi i wbrew przyzwoleniu ze strony małego pacjenta. Palec wkładany do jamy ustnej zawsze powinien być zwilżony i wprowadzony do przedsionka jamy ustnej, co pozwoli dziecku na zaakceptowanie obcego elementu.

Podsumowanie

W trakcie najbardziej delikatnego i najważniejszego okresu dojrzewania strukturalnego i funkcjonalnego układu nerwowego i narządów zmysłu wszelkie bodźce pozostawiają stały ślad na dojrzewającym, stąd pozbawionym mechani-

zmów obronnych organizmie. Nieprawidłowe wykorzystanie bodźców dotykowych w zakresie wczesnej interwencji logopedycznej może przyczynić się do wtórnych zaburzeń dotyczących obszaru orofacjalnego oraz wpłynąć negatywnie na sferę emocjonalną dziecka. Wiedza z zakresu funkcjonowania sensomotorycznego pomoże właściwie zinterpretować sygnały wysyłane przez dziecko, dobrać odpowiedni rodzaj stymulacji dotykowej oraz zapobiec wszelkim nieprawidłowościom w tym zakresie (mechanizmy kompensacyjne, nieprawidłowe napięcie mięśniowe oraz nieprawidłowe wzorce ruchowe). Odpowiednia technika dotykowa, a przede wszystkim jakość proponowanych bodźców musi być dobrana indywidualnie do każdego dziecka i uwzględniać jego parametry fizjologiczne, zachowanie oraz jego możliwości. Należy mieć na uwadze, że u każdego dziecka mogą wystąpić różnorodne reakcje na zaproponowane techniki i formy dotyku oraz wszelkiego rodzaju interwencje, stąd potrzeba ich modyfikacji (Jakóbiak, Lorens 2015; Zawitkowski 2003).

Terapeuta/logopeda, odnosząc się do najnowszych standardów postępowania na oddziałach patologii noworodka, powinien uwzględniać przede wszystkim bezpieczeństwo dziecka oraz wpływ proponowanej stymulacji na późniejsze funkcjonowanie dziecka w różnych strefach życia.

Literatura

- Abrahams P., 2004, *Atlas anatomii. Ciało człowieka: budowa i funkcjonowanie*, Warszawa: Świat Książki.
- Bartelmus E., 2015, *Przewodnik dla terapeutów; Masaż w pediatrii*, Katowice: Elamed Media Group.
- Borkowska M., Szwiling Z., 2014, *Metoda NDT-Bobath. Poradnik dla rodziców*, Warszawa: PZWL.
- Brangton A., Gamon D., 2005, *Kiedy mózg pracuje inaczej*, Gdańsk: GWP (przekład L. Okupniak).
- Castillo Morales R., 2009, *Ustno-twarzowa terapia regulacyjna*, Wrocław: Fundacja Promyk Słońca.
- Charpak N., Ruiz-Pelaez J.G., 2006, *Resistance to implementing Kangaroo Mother Care in developing countries, an proposed solutions*, „Acta Paediatrica” 95: 529–534.
- Christensson K, Cabrera T, Christensson E, Uvnas Moberg K, Winberg J 1995, *Separation distress call in the human neonate in the absence of maternal body contact*, „Acta Paediatrica”, 84(5): 468–473.
- Jakóbiak A., Lorens G., 2015, *Rola wczesnej interwencji logopedycznej w zminimalizowaniu lub zapobieganiu nadwrażliwości oralnej u dzieci przedwcześnie urodzonych* [w:] D. Baczała, J.J. Bleszyński (red.), *Wczesna interwencja w logopedii*, Gdańsk: Harmonia Universalis, s. 71–82.
- Eliot L., 2003, *Co tam się dzieje? Jak rozwija się mózg i umysł w pierwszych pięciu latach życia*, Poznań: Media Rodzina (przekład A. Jankowski).
- Ferber S.G., Makhoul I.R., 2004, *The effect of skin-to-skin contact (kangaroo care) shortly after birth on the neurobehavioral responses of the term newborn: a randomized, controlled trial*, „Pediatrics”, 113(4): 858–865.

- Gołąb B., 2004, *Anatomia czynnościowa ośrodkowego układu nerwowego*, Warszawa: Wydaw. Lekarskie PZWL.
- Górska T., Grabowska A., Zagrodzka J., 2012, *Mózg a zachowanie*, Warszawa: PWN.
- Hooker D., 1957, *Evidence of prenatal function of the central nervous system in man. James Arthur Lecture on the Evolution of the Human Brain*, NY: Brain Publisher.
- Hurst N., 1997, *Skin-to-skin holding in the neonatal intensive care influence maternal milk volume*, J Perinatol, 17: 213–217.
- Kinałski R., 2008, *Neurofizjologia kliniczna dla neurorehabilitacji. Podręcznik dla studentów i absolwentów wydziałów fizjoterapii*, Wrocław: MedPharm Polska.
- Konturek S., 1998, *Fizjologia człowieka*, t. IV: *Neurofizjologia*, Kraków: Wydaw. UJ.
- Kułąkowska Z., 2003, *Wczesne uszkodzenie dojrzewającego mózgu*, Lublin: Folium.
- Łada A., 2013, *Diagnostyka i terapia neurologopedyczna w świetle koncepcji NDT-Bobath* [w:] *Medycyna w logopedii*, red. J. Błęszyński, Gdańsk: Harmonia, s. 140–148.
- Maas V.F., 1998, *Uczenie się przez zmysły*, Warszawa: Wydaw. Szkolne i Pedagogiczne.
- Odowska-Szlachcic B., 2013, *Metoda integracji sensorycznej we wspomaganiu rozwoju mowy u dzieci z uszkodzeniami ośrodkowego układu nerwowego*, Gdańsk: Harmonia.
- Please A., 2004, *Mowa ciała. Jak odczytywać myśli innych ludzi z ich gestów*, Kielce: Jedność.
- Podgórski T., 1989, *Masaż w rehabilitacji i sporcie*, Warszawa: Wydaw. AWF.
- Prochowicz Z., 1991, *Podstawy masażu leczniczego*, Warszawa: PZWL.
- Przyrowski Z., 2011, *Integracja sensoryczna*, Warszawa: Empis.
- Styczek I., 1981, *Logopedia*, Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- World Health Organization (WHO), 2003, *Kangaroo mother care: a practical guide*, Geneva: WHO.
- Zawitkowski P., 2003, *Wczesna stymulacja rozwoju psychoruchowego dzieci urodzonych przedwcześnie* [w:] M.K. Kornacka (red.), *Noworodek przedwcześnie urodzony – pierwsze lata życia*, Warszawa: Wydaw. Lekarskie PZWL, s. 68–86.

Phenomenon of touch in early speech therapy intervention

Summary

This paper presents issues related to the sense of touch in early speech therapy intervention. Development of touch, touch as a positive and negative stimulus, touch as a language of body and soul, sensory processing – it is a compendium of knowledge indispensable in work of each and every speech therapist.

Key words: touch, sensory processing, touch stimulation, early speech therapy intervention.

Ewa Wasińska-Zdżalik

Polska Fundacja Pomocy Dzieciom Niedosłyszącym – ECHO

WSPOMAGANIE ROZWOJU MOWY MAŁYCH DZIECI Z WADĄ SŁUCHU – ZAJĘCIA LOGORYTMICZNE

W artykule przedstawione zostaną doświadczenia własne związane z prowadzeniem zajęć logorytmiki oraz wstępna analiza wspomagania rozwoju percepcji słuchowej, mowy, komunikatywności i muzykalności dwuletnich dzieci z ubytkiem słuchu uczestniczących w tego rodzaju zajęciach. Przez dziesięć miesięcy dziesięcioro dzieci uczestniczyło w specjalnie przygotowanym programie zajęć, bogatym w ćwiczenia wspomagające rozwój wymienionych sfer rozwoju. Badania dały odpowiedź na pytanie, które ze sfer rozwijają się najbardziej intensywnie. Potwierdziły też, że logorytmika jest efektywną metodą pracy z dziećmi niesłyszącymi i pomaga przygotować je do zajęć w przedszkolu i szkole.

Słowa kluczowe: logorytmika, dziecko z ubytkiem słuchu, terapia

Wstęp

Termin „logorytmika”, różnie rozumiany, funkcjonuje w literaturze logopedycznej od początku lat siedemdziesiątych ubiegłego stulecia. Według A. Rozentalowej (1971) logorytmika oznaczała terapię jąkania prowadzoną za pomocą ćwiczeń ruchowych przy muzyce. A. Stadnicki (1987) definiował logorytmikę jako rytmiczne mówienie stosowane w terapii dzieci specjalnej troski, E. Kilińska (1993) natomiast jako ćwiczenia muzyczno-ruchowe stanowiące uzupełnienie logopedii korekcyjnej i surdologopedii. Według K. Bieńkowskiej (2007) logorytmika to metoda obejmująca ćwiczenia muzyczno-ruchowe z użyciem tekstów, dzięki którym dzieci uczą się słuchać i poznają tajemnice suprasegmentalnej warstwy języka. Podstawą, która łączy wszystkie te definicje, jest muzyka, słowo i ruch wplecione w oddziaływanie terapeutyczne prowadzone przez logopedę. Logorytmika jest jedną z metod wspomagających proces rehabilitacji dzieci z ubytkami słuchu. Przy zastosowaniu coraz lepszych protez słuchu muzyka, stymulowany nią ruch oraz mowa rytmizowana i ćwiczenia słownikowe tworzą korzystne warunki do intensywnego rozwoju dzieci. Logorytmika wprowadza harmonię i może być źródłem, a zarazem regulatorem energii i emocji (Stadnicka 1998).

W Fundacji „Echo” proces rehabilitacji małego dziecka z ubytkiem słuchu rozpoczyna się bardzo wcześnie: w 2.–3. miesiącu życia dziecka, a pierwszym jego etapem jest edukacja i przygotowanie rodziców. Na indywidualnych zajęciach logopedycznych dziecko uczy się kontaktu z osobą dorosłą. W sytuacji „jeden na jeden” bawi się, uczy się zwracać uwagę na dźwięki, poznaje ich znaczenie, przyswaja pierwsze słowa, buduje zdania. Logopeda może całkowicie dostosować działania do potrzeb dziecka. Terapia indywidualna jest niezastąpiona i niezbędna, aby dobrze przygotować dziecko do dalszej edukacji i do zajęć grupowych. Po serii zajęć indywidualnych z logopedą rozpoczynają się zajęcia grupowe dla maluchów – „ruch rozwijający” wg Weronki Sherborn¹ oraz logorytmika.

W Ośrodku Wsparcia Polskiej Fundacji Pomocy Dzieciom Niedosłyszącym „Echo” od 20 lat organizowane są zajęcia logorytmiki. Podczas zajęć wykorzystuje się terapeutyczne walory muzyki, przekazując małym dzieciom informacje o świecie dźwięków w radosny i twórczy sposób. Małe dzieci uczestniczą w zajęciach razem z rodzicami lub opiekunami. Grupy liczą do 10 dzieci.

Psychologowie muzyki twierdzą, że wszyscy ludzie są obdarzeni zdolnościami muzycznymi (Kamińska 2011). Ale o rozwój muzykalności należy dbać równie mocno, jak o rozwój mowy. Śpiewanie dzieciom kołysanek, krótkich piosenek w różnych rytmach i skalach we wczesnym dzieciństwie pozwala na osłuchanie się z akcentem, melodią, wysokością dźwięku, rytmem. Według teorii E. Gordona (1997) rozwijanie słuchu muzycznego jest podstawą dla zachowań językowych i komunikacyjnych, a dziecko wrażliwe na muzykę jest w stanie wychwycić elementy muzyczne w mowie. Dziecko zdrowe wychwytywa je automatycznie, u dziecka z wadą słuchu należy takie umiejętności wyćwiczyć. Dzięki „otuleniu” muzyką dziecko przyswaja prozodyczne cechy języka, uczy się właściwie odczytywać intencje i rozumieć przekaz werbalny. Dlatego też zasadne jest wprowadzanie ćwiczeń rozwijających muzykalność jak najwcześniej, już od narodzin dziecka. Najważniejszy okres dla rozwijania muzykalności to czas między 1. a 3. rokiem życia (Gordon 1997).

Celem zajęć logorytmicznych są też działania skoncentrowane na uwrażliwieniu dzieci na dźwięki otoczenia i mowy. Wiek pomiędzy 2. a 3. rokiem życia to drugi okres krytyczny dla rozwoju funkcji słuchowych². W tym czasie dziecko rozwija zdolność rozumienia mowy, doskonali pamięć słuchową, zaczyna

¹ Na zajęcia „ruchu rozwijającego” w Ośrodku Wsparcia Fundacji „Echo” przychodzą rodzice z dziećmi, które nie ukończyły pierwszego roku życia, a głównym celem zajęć w tym okresie jest tworzenie właściwej relacji i więzi między dzieckiem i rodzicem, opartej na poczuciu bezpieczeństwa i zaspokojeniu potrzeby bliskości. W kolejnych latach w atmosferze zabawy wspomaganą jest rozwój aktywności, spontaniczności, uwagi, właściwych wzorców zachowań.

² Pierwszy okres krytyczny dla rozwoju funkcji słuchowych to, wg *Poradnika dla rodziców i specjalistów pracujących z dziećmi z wadą słuchu*, czas od urodzenia do 8. miesiąca życia, drugi to wiek między 2. a 3. rokiem życia. Podjęcie terapii po tym okresie znacznie utrudnia i opóźnia opanowanie mowy i języka.

różnicować dźwięki o różnej częstotliwości, natężeniu i barwie. Zastosowanie odpowiednich ćwiczeń słuchowych intensywnie wspomaga rozwój percepcji słuchowej, a także mowy biernej i czynnej.

Czas największej gotowości do przyswojenia mowy na drodze słuchowej to pierwsze trzy lata życia. Już w 1. roku życia, gdy dziecko zaczyna uczęszczać na zajęcia z rodzicem, uczy się słuchać, odbiera mowę, muzykę, wibracje całym ciałem. Leżąc na dużej piłce lub czując ruchy rodzica, do którego jest przytulone, wsłuchuje się w pierwsze wyrazy dźwiękonaśladowcze, powtarza sylaby, bawi się swoim głosem, obserwuje zachowania komunikacyjne. W 2. roku życia poznaje pierwsze rymowanki, uczy się krótkich piosenek i gestów, eksperymentuje z instrumentami muzycznymi, poznaje coraz więcej słów, buduje zdania, a niekiedy dłuższe wypowiedzenia.

Na zajęcia logorytmiczne przychodzą dzieci z podstawowymi umiejętnościami językowymi i komunikacyjnymi. Podczas zajęć grupowych mają szansę rozwijać komunikatywność i umiejętności społeczne – posługiwać się językiem odpowiednio do zaistniałych sytuacji i relacji. Dzieci w naturalny sposób dążą do zabawy z rówieśnikami, przyglądają się ich zachowaniom, naśladują je. Mają szansę zaprezentowania się i przejrzenia w oczach innych. Przestrzegają ustalonych zasad, dbają o bezpieczeństwo swoje i innych, czekają na swoją kolej, mają możliwość poznania trudnych sytuacji i sposobów radzenia sobie z nimi. Przeżywają też radość i sukcesy wypływające z grupowych działań – wspólnego muzykowania, zabaw ruchowych, zabaw z rekwizytami. Logorytmika stymuluje rozwój małych dzieci z wadą słuchu w różnych obszarach. Świetnie przygotowuje do korzystania z zajęć w przedszkolu i szkole – potwierdzają ten fakt rodzice, nauczyciele i terapeuci. Zajęcia te, mające na celu kształtowanie u dzieci poczucia rytmu, wrażliwości muzycznej, a przede wszystkim uwrażliwianie na zjawiska wspólne dla muzyki i mowy, a więc na rytm, tempo, wysokość dźwięku, akcent, intonację – poprawiają funkcjonowanie dzieci z ubytkami słuchu w grupie. Logorytmika to też świetny sposób na radosne spotkania oparte na zabawie i spontanicznym kontakcie z rówieśnikami.

Konstruując program zajęć logorytmicznych, koncentrowałam się przede wszystkim na wspieraniu rozwoju małych dzieci z ubytkami słuchu poprzez rozwijanie muzykalności, percepcji słuchowej, mowy i komunikatywności – i dobrać im przygotowaniu do udziału w zajęciach grupowych w przedszkolu.

Program terapii

Dla badanej grupy dzieci został napisany program zajęć. Ćwiczenia konstruowane były według zasady stopniowania trudności: od ćwiczeń łatwych, budujących kontakt z dziećmi, do ćwiczeń słuchowych, słownikowych, ruchowych o bardziej złożonej budowie. Ponieważ uczestnikami zajęć były dwuletnie

dzieci, program miał na celu ćwiczenie elementarnych umiejętności z zakresu percepcji słuchowej, muzykalności, ruchu, oddychania, emisji głosu, mowy, komunikatywności i relaksacji. Każde zajęcia zawierały następujące ogniwa:

- ćwiczenia na powitanie – otwierające,
- ćwiczenia słuchowe – różnorodne w zależności od potrzeb i możliwości grupy – z dźwiękiem, ruchem i rytmem, głosem, instrumentami i piosenką,
- mowę rytmizowaną,
- ćwiczenia tematyczne,
- proste tańce integracyjne – w tańcu muzykę dzieci mogą poczuć, usłyszeć i zobaczyć w ruchu (Stadnicka 1998),
- gry i zabawy,
- ćwiczenia relaksacyjne,
- ćwiczenia na pożegnanie – zamykające.

Ćwiczenia na powitanie – łatwe, radosne, budowały dobre relacje w grupie i dawały poczucie bezpieczeństwa. Miały podkreślić indywidualność każdego dziecka, sprawić mu przyjemność, a także zapewnić poczucie zaistnienia w grupie. W tych ćwiczeniach wykorzystywane były karteczki z imionami, piosenki z gestami, zabawy z piłką. Dzieci zdobywały umiejętności związane z przywitaniem się, przedstawieniem się, zaprezentowaniem się w obecności innych, czekaniem na swoją kolej, uważnym słuchaniem, akceptowaniem zasad grupowych. Celem było tu rozwijanie postrzegania siebie i komunikatywności. Poznanie siebie jest podstawą do poznania świata i przestrzeni.

Dziecko kształtuje poczucie: to jestem ja, mam swoje imię i wiem, jak wyglądam, potrafię nazwać części mojego ciała. Gdy to już o sobie wie, może popatrzeć na świat ze swojego punktu widzenia (Gruszczyk-Kolczyńska, Zielińska 1997). Dzieci najlepiej poznają przestrzeń poprzez ruch, obserwację i nazywanie swoich doświadczeń. W tym czasie czują się najważniejszymi osobami na świecie. Za chwilę zobaczą, że drugi człowiek jest do nich podobny, też ma swoje imię i podobną budowę ciała. Rozwinie się w nich zdolność oglądania świata i przestrzeni oczami drugiego człowieka – teoria umysłu³. Taki rozwój obserwujemy podczas zajęć grupowych. Dzieci cieszą się sobą nawzajem. Czekają na siebie, są smutne, gdy kogoś brakuje na zajęciach. Podczas ćwiczeń na rozpoczęcie, kiedy rozdawane są etykiety z imionami, dzieci przyglądają się sobie, biją brawo, wskazują swoich rówieśników, podpowiadają sobie wzajemnie, dzielą się zabawkami. Komunikują się nie tylko słowem, ale całym ciałem.

³ Teoria umysłu – zdolność do przypisywania sobie i innym ludziom odmiennych stanów psychicznych w celu przewidywania i wyjaśniania działań (Pietras, Witusik, Gałęcki 2010). Dzięki niej potrafimy przewidzieć i zrozumieć zachowania drugiego człowieka. Kształtuje się między 1. a 4. rokiem życia i jest właściwością rozwojową – człowiek rodzi się z predyspozycjami do jej nabywania. Dzięki obserwacjom, zachowaniom werbalnym i mowie ciała dziecko nabywa tę kluczową dla nawiązywania i utrzymywania relacji z drugim człowiekiem sprawność.

Ćwiczenia słuchowe to podstawa rehabilitacji dziecka z ubytkiem słuchu. Dziecko głuche, zaopatrzone w najwspanialszy aparat słuchowy, nie zrozumie dobrze świata dźwięków bez zaplanowanych, intensywnych ćwiczeń słuchowych. Dlatego są one niezbędnym elementem logorytmiki. Zabawy słuchowe konstruowane są tak, aby dzieci nauczyły się zwracać uwagę na dźwięk, rozpoznawać i rozróżniać dźwięki, znajdować ich źródło. Dzięki temu, że zajęcia odbywają się w grupie i zwykle są połączone z ruchem, ćwiczenia słuchowe są atrakcyjne dla dzieci i wnoszą wiele radości. Wykorzystuje się w nich różne źródła dźwięku. Pierwszym i podstawowym jest głos rodzica, terapeuty, innego dziecka. Nieprzypadkowo właśnie głos terapeuty jest używany w początkowej fazie rehabilitacji. Wołamy dzieci po imieniu, naśladujemy różne odgłosy otoczenia, wymawiamy pierwsze słowa. Zwykle zaczynamy do wyrażen dźwiękonaśladowczych – one jako pierwsze pojawiają się w słowniku dziecka i na ich bazie rozwijane jest rozumienie i budowanie wypowiedzi. W trakcie zajęć logorytmicznych dzieci poznają także wygląd, nazwy i barwę instrumentów muzycznych. Instrumenty perkusyjne i muzyka pomagają dzieciom rozpoznawać sytuację:

- kiedy dźwięk jest, a kiedy go nie ma?
- skąd dobiega dźwięk?
- czy tempo akompaniamentu lub muzyki jest szybkie, czy wolne?
- czy słyszane dźwięki są niskie, czy wysokie, ciche, czy głośne, trwają krótko czy długo?

Wykorzystuje się też nagrania dźwiękowe. Odgłosy świata przyrody – ludzi, zwierząt, przedmiotów nagrane na płytach CD są doskonałą pomocą w ćwiczeniu różnicowania i identyfikowania dźwięków. Uwrażliwiamy dzieci na dźwięki otoczenia, których źródłem mogą być:

- zabawki,
- zwierzęta,
- pojazdy,
- czynności (pukanie lub dzwonek do drzwi, mycie naczyń, itp.),
- instrumenty muzyczne,
- dźwięki prezentowane przez ludzi (śmiech, mycie zębów, kichanie, kaszel, płacz, tupanie itp.),
- przyroda (kapiące krople deszczu, grzmot, wiejący wiatr itp.).

Dla dwuletniego dziecka ruch jest reakcją na większość bodźców dopływających z otoczenia. Ćwiczenia słuchowe połączone są z ruchem. Na początku są to spontaniczne reakcje dziecka na słyszane dźwięki, potem kształtowana jest umiejętność reagowania na sygnał i ćwiczone takie umiejętności, jak marsz, bieg, podskoki z uwzględnieniem poziomu rozwoju ruchowego dziecka dwuletniego i indywidualnych różnic w tym zakresie. Dzieci uczą się także ustawiania w kołach, rzędach, parach. Zastosowanie ćwiczeń

sluchowych pozwoli dzieciom w przyszłości lepiej rozumieć świat dźwięków. Łatwiej poradzą sobie one z zadaniami dotyczącymi percepcji utworów muzycznych, rozpoznawania tempa, rytmu, dynamiki, określania charakteru i nastroju w muzyce i mowie.

Rozwijanie języka i mowy odbywa się podczas każdych zajęć logorytmiki. Mowa rytmizowana, czyli dzielenie wyrazów i dłuższych wypowiedzi na sylaby z zachowaniem prawidłowego akcentu i naturalnej intonacji, to podstawa do uczenia się właściwych wzorców wypowiedzi. Dla dziecka z ubytkiem słuchu jest bardzo ważnym ćwiczeniem pozwalającym poznać melodię języka, obejmuje także ćwiczenia głosowe. Dzięki świadomemu wymawianiu wyrazów cicho – głośno, wolno – szybko, nisko – wysoko dzieci uczą się kontrolować własny głos i prawidłowo używać go w różnych sytuacjach: wiedzą, jak wołać kogoś, kto jest daleko, jak mówić, gdy ktoś śpi, jak wyrażać radość, smutek, zdziwienie.

Rytm, intonacja, akcent, tempo pomagają zrozumieć sens wypowiedzi. Dlatego wcześniej wprowadzamy krótkie zdania, rymowanki, wierszyki i zachęcamy dzieci do mówienia w sposób naturalny – unikamy monotonii, skandowania i zwalniania tempa mowy. Pokazujemy prawidłowy wzorec mowy i oddychania dla mowy i zachęcamy rodziców do naturalnego wypowiadania się całymi zdaniami.

Rozwijając mowę i język wprowadzamy **ćwiczenia tematyczne**, które rozbudowują słownictwo dziecka, uczą rozumienia i używania słów i przekazują dużo wiadomości o otaczającym świecie. Ponieważ w zajęciach biorą udział małe dzieci, ćwiczenia słownikowe dotyczą najbliższego otoczenia: zabawek, zwierząt, pojazdów, zjawisk przyrodniczych, czynności dnia codziennego i ciała. Podczas tych ćwiczeń kształtuje się u dzieci bardzo ważna postawa: ‘chcę rozumieć, więc patrzę i słucham’ (Gruszczyk-Kolczyńska, Zielińska 1997). W zabawach tematycznych wykorzystuje się różnorodne rekwizyty. Zabawki i przedmioty, plansze tematyczne, obrazki ułatwiają małym dzieciom poznawanie i zapamiętywanie znaczenia słów. Duże i kolorowe budzą zainteresowanie, koncentrują uwagę. Zabawki i przedmioty są modelami przedmiotów ze świata realnego. Dziecko, bawiąc się, mimowolnie uczy się wypowiadania na ich temat (prosi o przedmiot, mówi o przedmiocie...).

Ćwiczenia tematyczne często łączy się z piosenką. **Piosenka** jest najbardziej komunikatywną formą muzyczną dla dzieci – poznają melodię, rytm, nowe słowa, ćwiczą rozumienie, pamięć, uczą się gestów. Śpiewanie reguluje oddech, wspomaga pracę mięśni aparatu mowy, naturalnie ustawia głos. Ucząc piosenki, najpierw śpiewamy ją w całości, zachęcając dzieci do swobodnego zachowania – poruszania się w rytm, tańczenia. Później przedstawiamy treść piosenki za pomocą rysunków, zabawek lub przedmiotów. Dodajemy też naturalne gesty. Piosenki dla dwulatków są krótkie, łatwe do powtórzenia, stymulują wrodzone zdolności muzyczne. Zabawy z piosenką to znany sposób wyzwalania radości. Bawią się i dzieci, i rodzice. Te zabawy przechodzą z pokolenia na pokolenie

i nie tracą swojej świeżości, np.: „Stary niedźwiedź”, „Rolnik sam w dolinie”, „Uciekaj myszko”, i in. Najbardziej interesujące dla dzieci są takie piosenki, które poprzez swój charakter wywołują ruch, inspirują do układania inscenizacji ruchowej, pobudzają do tańca. Takimi są niemal wszystkie piosenki dziecięce (Ławrowska 1991).

Ćwiczenia relaksacyjne z dwuletnimi dziećmi mają charakter zabaw wyciszających, a ich celem jest uzyskanie stanu odprężenia. Dzieci relaksują się w objęciach rodziców, kołysząc się w rytm spokojnej muzyki, lub – gdy na to pozwolą – są kołysane przez grupę rodziców i dzieci w chuście terapeutycznej.

Piosenka na pożegnanie kończy zajęcia i zamyka każdorazowo schemat, w który dziecko się wdraża. Dziękujemy dzieciom za wspólną zabawę, na przykład poprzez podanie ręki, puszczenie iskiej, wspólny okrzyk – wybieramy jedną z technik rozstania się w miłej atmosferze.

Założenia metodologiczne i organizacja badań

W okresie od października 2013 do czerwca 2014 roku w Ośrodku Wsparcia Polskiej Fundacji Pomocy Dzieciom Niedosłyszącym ECHO, dzięki wsparciu finansowemu firmy MEDEL, były prowadzone pilotażowe zajęcia logorytmiki dla dwuletnich dzieci z ubytkiem słuchu.

Wszystkie urodziły się z wadą słuchu i otrzymały przed ukończeniem 6. miesiąca życia protezy słuchu w postaci aparatów. Z uwagi na głęboki ubytek słuchu i znikome korzyści słuchowe z aparatów, troje z dziesięciorga dzieci zaimplantowano przed ukończeniem 1. roku życia, kolejnych dwoje – pomiędzy 1. a 2. rokiem życia, jedno dziecko – po ukończeniu 2. roku życia. Czworo dzieci z niedosłuchami umiarkowanymi, w tym jedno z niepełnosprawnościami sprzężonymi, korzystało z aparatów słuchowych. Badana grupa nie była zatem jednorodna pod względem głębokości ubytku słuchu, wieku słuchowego i protezowania.

Tab. 1. Liczba dzieci biorących udział w zajęciach i badaniu z uwzględnieniem używanych protez słuchowych

Dzieci z niedosłuchem umiarkowanym noszące aparaty słuchowe	Dzieci z niedosłuchem umiarkowanym i dodatkowymi niepełnosprawnościami, noszące aparaty słuchowe	Dzieci zaimplantowane przed ukończeniem 1. roku życia	Dzieci zaimplantowane pomiędzy 1. a 2. rokiem życia	Dzieci zaimplantowane między 2. a 3. rokiem życia
3	1	3	2	1

Podczas zajęć stosowano wybrane ćwiczenia percepcji słuchowej, ćwiczenia rozwijające rozumienie mowy i mowę czynną, komunikatywność i muzykalność według przedstawionego wyżej programu terapii.

Badania miały charakter dwuetapowy – przed i po cyklu zajęć. Wykorzystano w nich narzędzia opracowane przez autorkę artykułu: ankietę *Skala rozwoju muzykalności, percepcji słuchowej, mowy i komunikatywności u dzieci* oraz kwestionariusz słownikowy *160 słów – rozumienie i użycie*.

Ankieta *Skala rozwoju muzykalności, percepcji słuchowej, mowy i komunikatywności u dzieci* została utworzona na podstawie materiałów dydaktycznych firmy MEDEL, uwzględniała wiek metrykalny i słuchowy (okres życia od otrzymania protezy słuchu) dzieci. Zawierała 30 pytań: 10 dotyczących percepcji słuchowej, 8 dotyczących muzykalności, 6 dotyczących mowy i 6 dotyczących komunikatywności. Maksymalnie dziecko mogło otrzymać 60 punktów (po dwa w każdym pytaniu), w tym w obszarze:

- percepcji słuchowej – 20,
- muzykalności – 16,
- mowy – 12,
- komunikatywności – 12.

Kwestionariusz słownikowy *160 słów – rozumienie i użycie* został opracowany na podstawie skonstruowanego wcześniej programu terapii i zawierał 160 słów, których użycie było zaplanowane w piosenkach, opowieściach ruchowych, mowie rytmizowanej, ćwiczeniach słuchowych – podczas 10 miesięcy zajęć.

W kwestionariuszu znalazły się:

- onomatopeje – 21 – odgłosy zwierząt, pojazdów, zjawisk przyrody,
- rzeczowniki – 88, w tym: nazwy części ciała, nazwy zwierząt, zabawek, pojazdów, zawodów oraz zjawisk pogodowych,
- czasowniki – 27 czynności opisujących głównie ruch,
- przymiotniki – 10 określających między innymi cechy dźwięku,
- przysłówki – 9,
- przymyki – 5.

W pierwszym etapie badań o wypełnianie ankiet poproszono rodziców i opiekunów – było to zaplanowane ze względu na wiek dzieci i trudności z nawiązaniem kontaktu – żeby dokładnie wypełnić arkusze diagnostyczne, należałoby przez kilka tygodni obserwować dziecko i bawić się z nim. Dlatego zadanie zostało powierzone osobom najbliższym dzieciom, będącym w kontakcie z logopedą prowadzącym zajęcia logorytmiki. Drugi etap badań obejmował wypełnienie tych samych ankiet po 10 miesiącach zajęć. Analizę umiejętności dzieci przeprowadzał rodzic/opiekun wraz z logopedą prowadzącym zajęcia. Ankiety były uzupełnione o pytania otwarte do rodziców/ opiekunów:

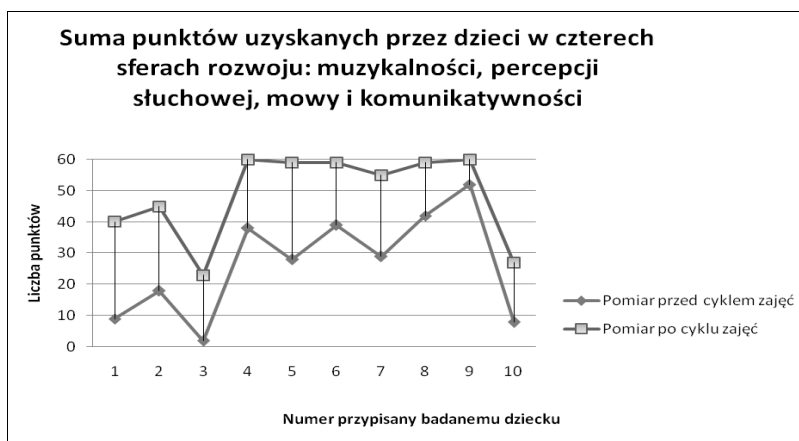
1. Czy dzieci chętnie uczestniczyły w zajęciach logorytmiki? – uzasadnij odpowiedź.
2. Jakie zabawy i ćwiczenia dzieci lubiły najbardziej?

Wyniki badań

Analiza odpowiedzi rodziców i opiekunów zawartych w *Skali rozwoju muzykalności, percepcji słuchowej, mowy i komunikatywności u dzieci* wskazała na przyrost umiejętności dzieci we wszystkich badanych obszarach:

- rozwoju percepcji słuchowej,
- muzykalności,
- mowy,
- komunikatywności.

Wynik otrzymany w badaniu końcowym w przypadku każdego dziecka był wyższy niż wynik uzyskany w badaniu początkowym. Średnia dla grupy badanej w pierwszym badaniu, przed cyklem zajęć, wyniosła 27 punktów. Czworo dzieci uzyskało wyniki poniżej średniej, sześcioro – powyżej średniej. Wyniki pokazały duże zróżnicowanie grupy pod względem umiejętności słuchowych, muzycznych, językowych i społecznych. W badaniu kontrolnym, po 10 miesiącach zajęć, średnia liczba punktów wzrosła i wyniosła 49. Średni wynik dla grupy był wyższy o 37% w stosunku do wyniku początkowego. Logorytmika wspomaga zatem rozwój percepcji słuchowej, muzykalności, mowy i komunikatywności u dzieci z ubytkami słuchu.



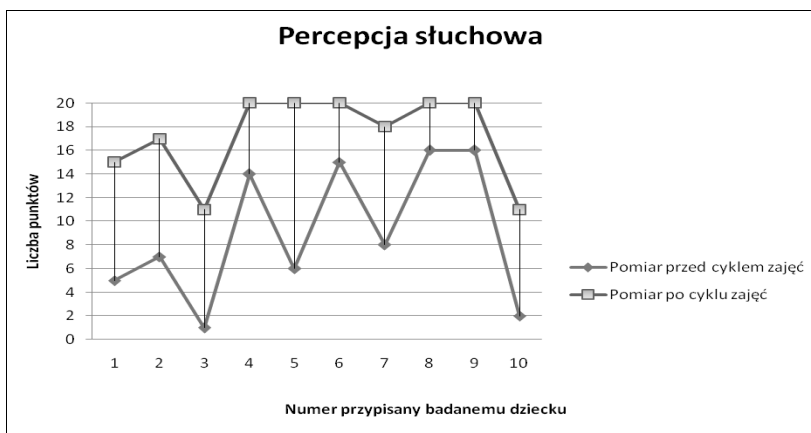
Ryc. 1. Przyrost umiejętności dzieci w badanych sferach rozwoju – wynik ogólny

Ciekawie przedstawiają się wyniki dla poszczególnych sfer rozwoju.

Percepcja słuchowa

Badania wykazały rozwój percepcji słuchowej i wspomagające oddziaływanie zajęć muzyczno-ruchowo-słownych na tę sferę. Widoczne były pozytywne efekty ćwiczeń: dzieci pod koniec cyklu zajęć potrafiły rozpoznać, kiedy dźwięk

jest, a kiedy go nie ma, większość dzieci potrafiła zlokalizować i wskazać źródło dźwięku, dzieci nauczyły się rozpoznawać cechy dźwięków, takie jak: cicho – głośno, wysoko – nisko, krótko – długo oraz identyfikować i nazywać konkretne dźwięki: instrumentów muzycznych, pojazdów, odgłosów przyrody, itd. Maksymalnie można było uzyskać 20 punktów. Obrazuje to poniższy wykres.



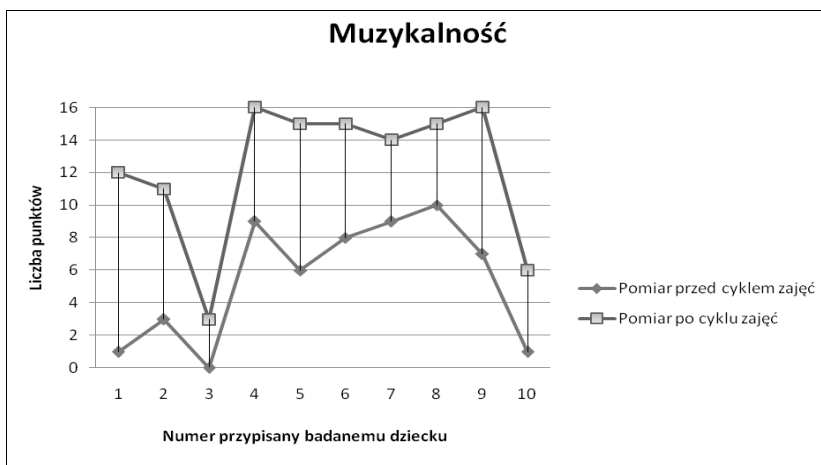
Ryc. 2. Przyrost umiejętności dzieci w zakresie percepcji słuchowej

W pierwszym pomiarze średnia dla grupy wyniosła 10,5 punktu. Sześcioro dzieci uzyskało wynik poniżej średniej, czworo dzieci – powyżej średniej. W badaniu końcowym średnia dla grupy wyniosła 17,2 punktu. Czworo dzieci uzyskało wynik poniżej średniej, zaś pozostałe – powyżej średniej. Średnio wzrost umiejętności w zakresie percepcji słuchowej wyniósł 33,5%. Umiejętności słuchowe najbardziej rozwinęły się u dzieci, które w pierwszym badaniu uzyskały najniższe wyniki i nie przekroczyły średniej dla grupy.

Muzykalność

U wszystkich dzieci zaobserwowano wzrost muzykalności: dzieci naśladowały proste rytmy, potrafiły maszerować, podskakiwać, biegać w rytm prezentowanych utworów, większość rozpoznawała wyuczone piosenki przedstawiane wyłącznie za pomocą mruczenia lub gwizdania, niektóre rozpoznawały piosenki po kilku początkowych dźwiękach.

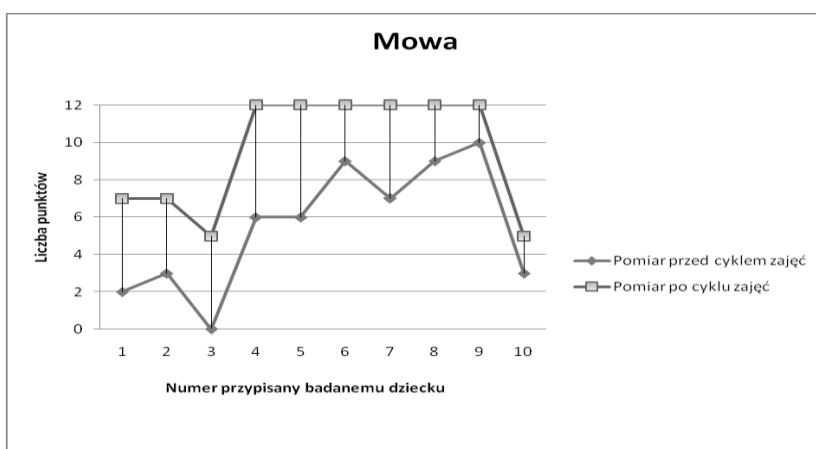
W pierwszym badaniu średnia dla grupy wyniosła 5,4 punktu. Czworo dzieci uzyskało wynik poniżej średniej. W drugim badaniu średnia dla grupy wzrosła do 11,9 punktu – troje dzieci uzyskało wynik poniżej średniej. Muzykalność dzieci wzrosła o 41% w stosunku do wyników początkowych – była to sfera, która rozwinęła się najbardziej po 10 miesiącach zajęć. Wszystkie biorące udział w zajęciach dzieci zaczęły dostrzegać muzykę w swoim otoczeniu i pozytywnie na nią reagować.



Ryc. 3. Przyrost umiejętności dzieci w zakresie muzykalności

Mowa

Wyniki badania wskazały na rozwój mowy u dzieci korzystających z zajęć logorytmicznych. Ankieta badała przede wszystkim sposób wypowiadania się (brak mowy czynnej, wypowiadanie się za pomocą pojedynczych wyrazów, tworzenie zdań), a także pamięć słuchową – słowną (opanowanie wierszyków, rymowanek) i rozumienie komunikatów słownych. Potwierdzeniem wyników badań są obserwacje terapeutów – wynika z nich, że poprawiło się rozumienie poleceń słownych związanych z organizacją zajęć w grupie, takich jak: „ustawcie się w rzędzie”, „stańcie na obwodzie koła”, „podajcie sobie ręce”, „biegajcie dookoła piłki”, itp.

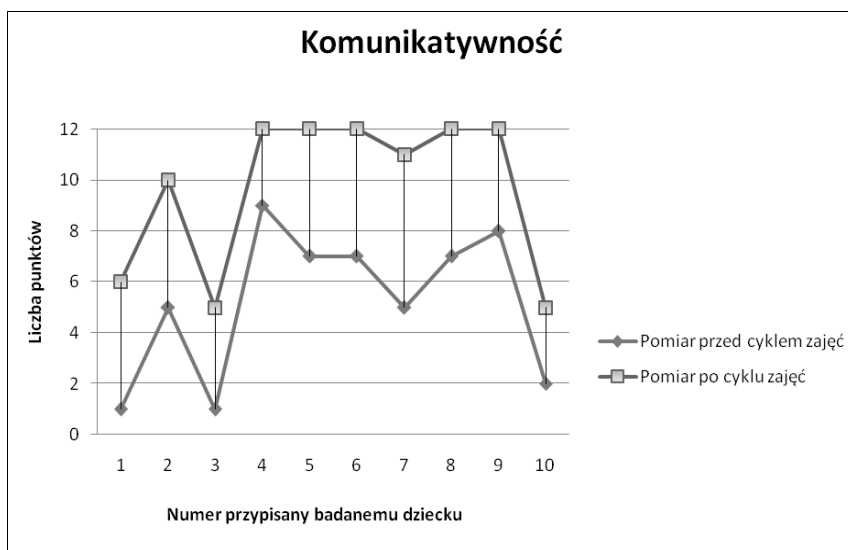


Ryc. 4. Przyrost umiejętności dzieci w zakresie mowy

Średnia dla grupy w pierwszym badaniu wyniosła 5,4 punktu – czworo dzieci uzyskało wynik poniżej średniej. W drugim badaniu średnia punktów dla grupy wzrosła do 9,6 i ta sama czwórka dzieci nie przekroczyła progu średniej. Ogólnie poziom umiejętności językowych wzrósł o 34,2% w stosunku do badania początkowego i osiągnął poziom maksymalny u sześciorga dzieci.

Komunikatywność

Odpowiedzi udzielone przez rodziców i opiekunów w ankietach wskazały na rozwój komunikatywności u dzieci uczestniczących w zajęciach. Okazało się, że dzieci, które jeszcze nie mówiły, uczyły się zastępować mowę gestem – pokazując gest śpiewanej na zajęciach piosenki, prosiły rodziców o wspólne śpiewanie. Czasem korzystały też z obrazków wklejanych do logorytmicznych segregatorów – przynosiły obrazek, prosząc o zaśpiewanie wybranej piosenki lub o wyklaskanie poznanej rymowanki. Rodzice i opiekunowie podkreślali fakt lepszego kontaktu i budowania ściślejszej więzi między nimi a dziećmi, dzięki możliwościom wspólnej zabawy. Komunikatywność to druga sfera, w której dzieci po cyklu spotkań osiągnęły najwyższe wyniki.



Ryc. 5. Przyrost umiejętności dzieci w zakresie komunikatywności

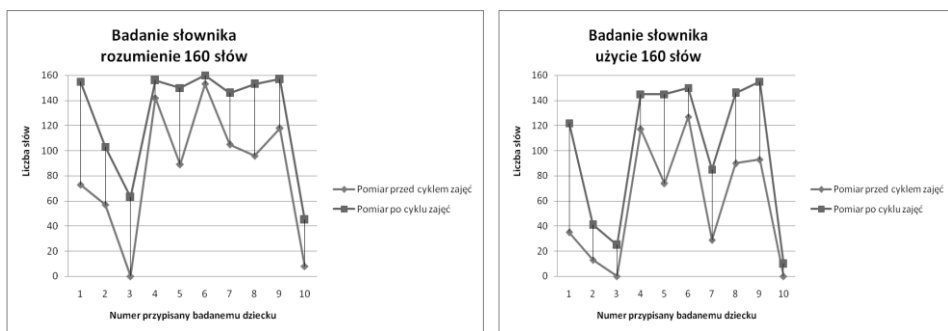
Średnia dla grupy w pierwszym pomiarze wyniosła 5,2 punktu. Pięcioro dzieci uzyskało wynik poniżej średniej. W drugim badaniu średnia dla grupy wzrosła do 8 punktów, a liczba dzieci, które nie przekroczyły progu średniej, zmniejszyła się do trzech. Poziom umiejętności komunikowania się wzrósł o 37,5% w stosunku do badania początkowego.

Mowa bierna i czynna

Kwestionariusz 160 słów miał za zadanie sprawdzić, czy zwiększyła się liczba słów rozumianych i używanych przez dzieci. Podczas 10 miesięcy zajęć słownik dzieci rozwinął się i można stwierdzić, że logorytmika wspomogła ten proces. Podczas zajęć rozwijano zarówno rozumienie, jak i używanie w mowie czynnej wyrażań dźwiękonaśladowczych i słów, dążono do rozwijania wypowiedzi w postaci krótkich zdań oraz dłuższych form: rymowanek i wierszyków, a także piosenek. Końcowe wyniki badań jednoznacznie wskazują na rozwój u badanych mowy biernej i czynnej. Dzieci naśladowały słyszane dźwięki, chętnie uczyły się krótkich rymowanek i wierszyków popartych ilustracjami, naśladowały elementy prozodyczne mowy, nawet wtedy, gdy nie wypowiadały jeszcze prawidłowo słów. Na uwagę zasługuje fakt, że dzieci łączyły elementy wspólne dla muzyki i mowy, dzięki czemu mowa czynna stawała się naturalnie melodyjna, akcenty w słowach i dłuższych wypowiedzeniach były prawidłowo rozłożone, a intonacja zgodna z intencją wypowiedzi.

Mowa bierna i czynna – analizy porównawcze

Kwestionariusz zawierał 160 słów z podziałem na poszczególne części mowy: rzeczowniki, czasowniki, przymiotniki, przysłówki, przyimki. Ze względu na różnice w rozwoju mowy u dzieci umieszczono tu również 21 onomatopei. Poniższy wykres wskazuje na wzrost rozumienia i użycia badanych słów.



Ryc. 6. Porównanie wyników rozumienia i użycia tych samych testowych 160 słów na początku i końcu eksperymentu

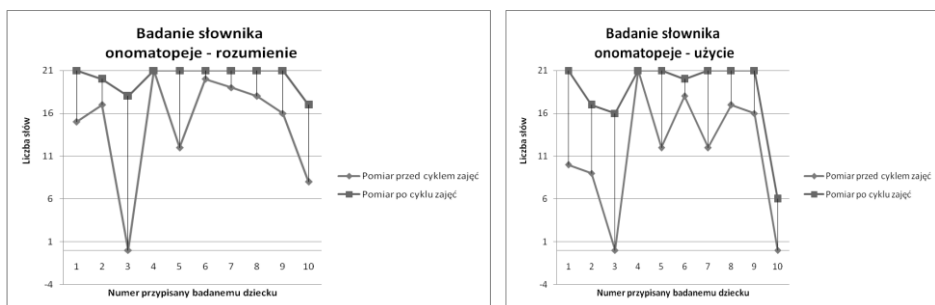
Średnia dla grupy dotycząca rozumienia w pierwszym badaniu wyniosła 84 słowa. Czworo dzieci uzyskało wyniki niższe od średniej. W drugim badaniu średnia wzrosła do 129 rozumianych słów. Troje dzieci uzyskało wynik poniżej średniej. Z kolei średnia słów używanych przez dzieci w pierwszym badaniu

wyniosła 58. Pięcioro dzieci uzyskało wyniki poniżej średniej. W drugim badaniu średnia używanych słów wzrosła do 102 słów – czworo dzieci uzyskało wyniki poniżej średniej. Po cyklu zajęć rozumienie i użycie w mowie czynnej słów w badanej grupie wzrosło średnio o 28%.

Wyniki dla poszczególnych części mowy

Onomatopeje

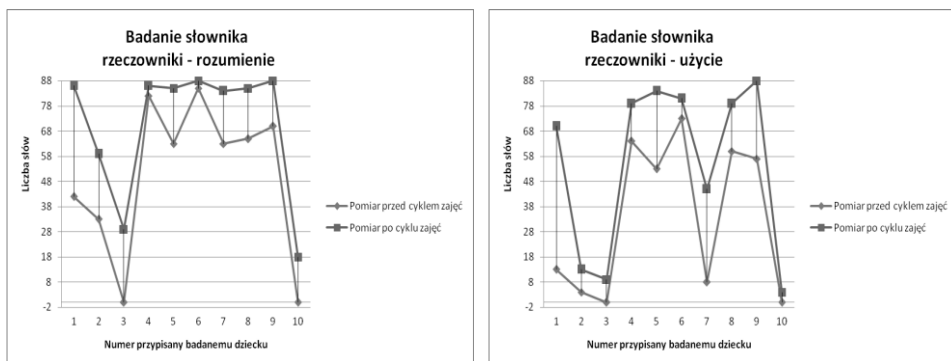
Średnio w grupie rozumienie onomatopei wzrosło o 27%, zaś używanie w mowie czynnej – o 33%, przy czym siedmioro dzieci w zakresie rozumienia wyrażen dźwiękonaśladowczych i sześcioro dzieci w zakresie używania ich w mowie czynnej uzyskało wyniki maksymalne.



Ryc. 7. Rozumienie i użycie onomatopei

Rzeczowniki

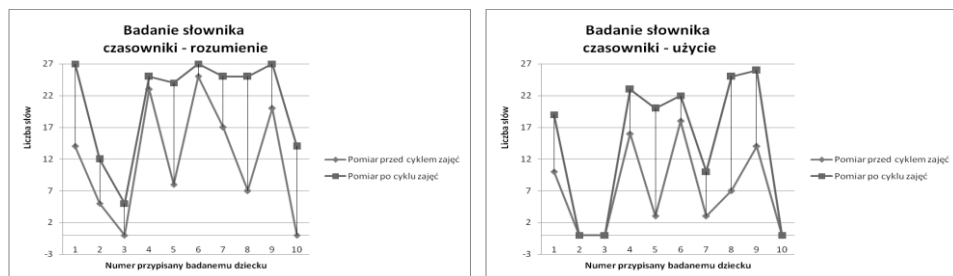
Rozumienie rzeczowników po cyklu zajęć wzrosło średnio o 23%, zaś użycie w mowie czynnej o 25%.



Ryc. 8. Rozumienie i użycie rzeczowników

Czasowniki

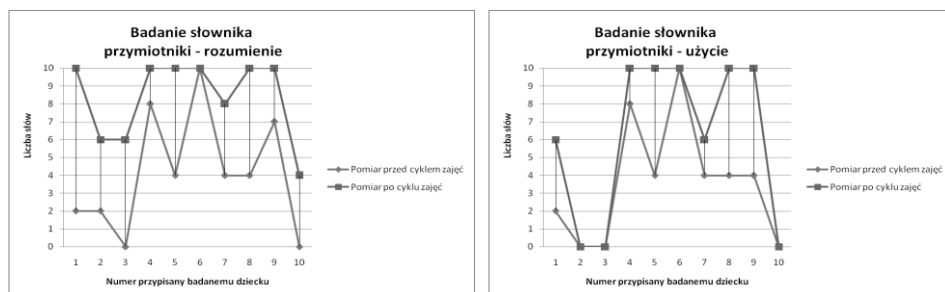
Rozumienie czasowników wzrosło średnio o 30%, zaś użycie ich w mowie czynnej o 27%.



Ryc. 9. Rozumienie i użycie czasowników

Przymiotniki

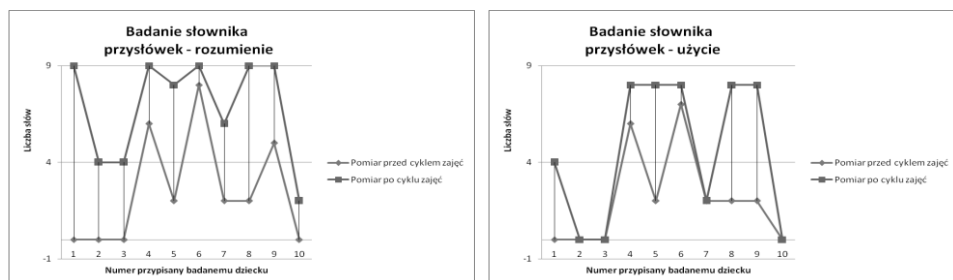
Rozumienie przymiotników wzrosło średnio o 43%, zaś użycie ich w mowie czynnej o 26%.



Ryc. 10. Rozumienie i użycie przymiotników

Przysłówki

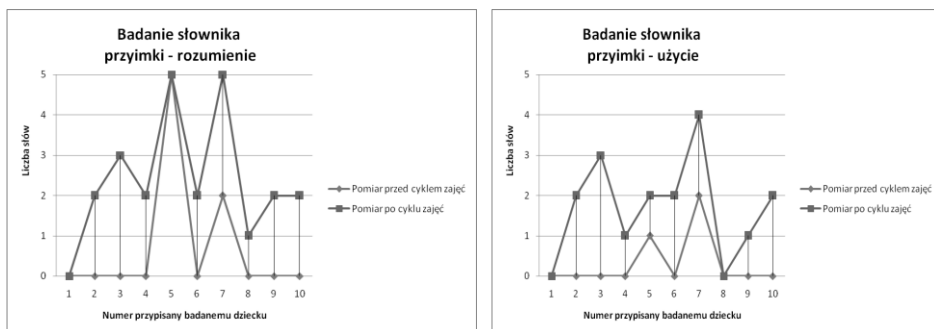
Rozumienie przysłówków poprawiło się o 49%, zaś użycie wzrosło o 28%.



Ryc. 11. Rozumienie i użycie przysłówków

Przymyki

Rozumienie przymików wzrosło średnio o 34%, a użycie o 30%.



Ryc. 12. Rozumienie i użycie przymików

Badania pokazują różnice indywidualne w przyswajaniu języka wśród dzieci. Spośród czworga dzieci, które osiągają wyniki niższe od średnich wyników grupy, troje dzieci później otrzymało implant ślimakowy – pomiędzy 1. a 3. rokiem życia, jedno dziecko korzysta z jednego aparatu słuchowego z powodu braku resztek słuchowych w drugim uchu. Taka sytuacja tłumaczy uzyskane wyniki – krótszy czas korzystania ze słuchu i mniejsze możliwości odbierania bodźców słuchowych wydłużają czas potrzebny do nabywania nowych umiejętności. Mimo to w przypadku wszystkich dzieci widoczny jest rozwój wszystkich badanych sfer.

Rodzice i opiekunowie wypełniający ankietę odpowiedzieli też na pytania otwarte o najbardziej lubiane aktywności i zabawy oraz o chęć uczestniczenia w zajęciach. Wszystkie dzieci chętnie uczęszczały na grupowe zajęcia logorytmiczne, a najbardziej lubiane przez nie aktywności to: gra na instrumentach, wspólne zabawy ruchowe i taniec, śpiewanie przy akompaniamencie gitary i instrumentów perkusyjnych – wspólne muzykowanie.

Podsumowanie i wnioski

Po dziesięciu miesiącach zajęć i stosowaniu opisanych ćwiczeń niewątpliwie zmieniło się funkcjonowanie dzieci w znacznym stopniu. Oczywiście nie jest to tylko zasługa zajęć logorytmicznych. Dziesięć miesięcy to prawie połowa życia badanych dzieci. Okres, w którym dzieci ćwiczyły różnorodne umiejętności na zajęciach indywidualnych i w środowisku domowym, był długi, zatem przyrost umiejętności może być związany z upływającym czasem. Jest jednak pewne, że logorytmika pełniła rolę wspomagającą i była motorem zwłaszcza

tych stref rozwoju, które są związane z muzykalnością i nabywaniem umiejętności społecznych. W dobie informatyzacji świata zajęcia logorytmiczne są szansą na prawidłowy rozwój dziecka. Bezpośredni, bliski kontakt z rodzicem i rówieśnikami rzeźbi komunikacyjną sieć w mózgu dziecka. Logorytmika uczy sposobów komunikowania się z drugim człowiekiem. Dzieci otoczone dźwiękami muzyki uwrażliwiają się na jej piękno, osłuchują z melodią. Muzyka i stymulowany nią ruch wyzwalają naturalną radość, której tak często brakuje w kontaktach między dziećmi i ich rodzicami. W świecie, w którym głównym towarzyszem zabaw staje się telewizor, komputer lub tablet, trzeba pielęgnować te aktywności, w których dziecko może poczuć i nauczyć się, że kontakt z drugim człowiekiem jest ważny i że ludzie są sobie potrzebni. Te wartości chciałam przekazać rodzicom, tworząc program zajęć logorytmicznych.

Zaprezentowane wyniki badań, ich analiza, pozwalają na sformułowanie kilku wniosków ogólnych:

1. Wczesne uwrażliwianie dzieci z wadą słuchu na rytm, melodię, tempo, akcent, pauzę w muzyce tworzy dobrą podstawę do przyswajania języka ojczystego.
2. Zastosowanie ćwiczeń muzyczno-ruchowo-słownych wspomaga rozwój muzykalności u dwuletnich dzieci z wadami słuchu.
3. Logorytmika wspomaga rozwój społeczny dzieci oraz wpływa pozytywnie na kształtowanie się u nich właściwych wzorców komunikacyjnych.
4. Muzykalność i komunikatywność to sfery, które logorytmika wspiera najefektywniej.
5. Logorytmika wykorzystywana w praktyce logopedycznej wspomaga proces rehabilitacji słuchu i mowy.
6. Dzięki wspomaganiu rozwoju procesów poznawczych logorytmika jest metodą dobrze przygotowującą dzieci do uczestniczenia w wychowaniu przedszkolnym i edukacji.

Literatura

- Bieńkowska K., 2007, *Slucham, mówię, jestem... Program 60 kroków do oceny i terapii dzieci z wadami słuchu*, Krosno: Wydaw. Stowarzyszenie Rodziców i Przyjaciół Dzieci z Wadą Słuchu.
- Gordon E., 1997, *Umuzycznienie niemowląt i małych dzieci*, Kraków: ZamKor.
- Gruszczyk-Kolczyńska E., Zielińska E., 1997, *Dziecięca matematyka*, Warszawa: WSiP.
- Kamińska B., 2011, *Sylwetka współczesnego nauczyciela muzyki jako człowieka kreatywnego i nowatora* [w:] *Nauczyciel i uczeń w przestrzeni edukacyjnej*, Kraków: Libron, s. 139–149.
- Kilińska E., 1993, *Ćwiczenia logorytmiczne*, Gdańsk: Uniwersytet Gdański.
- Kilińska-Ewertowska E., 1980, *Logorytmika*, Lublin: UMCS.
- Ławrowska R., 1988, *Muzyka i ruch*, Warszawa: WSiP.
- Ławrowska R., 1991, *Muzyka i ruch*, Warszawa: WSiP.
- Pietras T., Witusik A., Galecki P., 2010, *Autyzm – epidemiologia, diagnoza i terapia*, Wrocław: Continuo.

- Przasnyska M., Kisiel B., Bogdanowicz M., 2003, *Metoda Weroniki Sherborne w terapii i wspomaganiu rozwoju dziecka*, Warszawa: WSiP.
- Rozentalowa A., 1971, *O logorytmice*, „Logopedia”, nr 10, s. 116–126.
- Stadnicki A., 1987, *Logorytmika i choreografia*, Warszawa: WSiP.
- Stadnicka J., 1998, *Terapia dzieci muzyką, ruchem i mową*, Warszawa: WSiP.
- Walencik-Topiło A., 1998, *Rytm muzyczny i logorytmika w terapii logopedycznej dotyczącej dyslalii* [w:] *Logopedia jako nauka interdyscyplinarna – teoretyczna i stosowana*, red. I. Nowakowska-Kempna, Katowice: Wydaw. UŚ.

Supporting development of speech of small children with impaired hearing – rhythmic speech exercises

Summary

This paper presents its author's own experience connected with running rhythmic speech classes and an initial analysis of supporting development of hearing perception, speech, communicativeness and musicality of children of the age of two with hearing impairment participating in exercises of that type. For 10 months ten children participated in a specially prepared programme with a lot of exercises supporting development of the mentioned above areas. The research answered the question which of the areas develop most intensively. It also confirmed that rhythmic speech therapy is an effective method of work with children with impaired hearing and helps to prepare them for kindergarten and school activities.

Key words: rhythmic speech therapy, a child with hearing impairment, therapy

Aneta Lew-Koralewicz

Uniwersytet Rzeszowski

TRENING KOMUNIKACJI FUNKCJONALNEJ (FCT) JAKO METODA TERAPII ZACHOWAŃ TRUDNYCH DZIECI O ZABURZONEJ KOMUNIKACJI JĘZYKOWEJ

Celem artykułu jest omówienie możliwości wykorzystania treningu komunikacji funkcjonalnej w pracy z dziećmi z niepełnosprawnością. Zaburzenia komunikacji językowej znacznie utrudniają możliwość realizacji potrzeb jednostki, co w konsekwencji prowadzi do stanu frustracji i może być przyczyną zachowań trudnych. W pracy z osobami z zaburzeniami komunikacji językowej efektywną metodą modyfikacji zachowań trudnych jest trening komunikacji funkcjonalnej (FCT). Bazuje on na zastąpieniu zachowań trudnych poprzez akceptowane formy komunikacji pełniące te same funkcje, co zachowania trudne. W artykule opisano troje dzieci z zaburzeniami komunikacji językowej, u których wykorzystano FCT.

Słowa kluczowe: trening komunikacji funkcjonalnej, trudne zachowania, dziecko z niepełnosprawnością, autyzm

Wstęp

Problemy z zachowaniem dzieci z niepełnosprawnością stanowią wyzwanie dla ich najbliższych, jak również dla terapeutów i nauczycieli. W wielu przypadkach są barierą uniemożliwiającą pełne włączenie tych osób w główny nurt życia społecznego. Jak podaje Didden i in. (2012), pomiędzy 5 a 15% osób z niepełnosprawnością intelektualną przejawia zachowania trudne, a wśród osób z zaburzeniami ze spektrum autyzmu odsetek ten wzrasta do 36%. Do najczęstszych zachowań trudnych wymienieni autorzy zaliczają agresję i autoagresję, zachowania stereotypowe, destrukcyjne, napady złości. Dane wskazują na znaczną skalę rozpowszechnienia zjawiska, co powoduje konieczność poszukiwania efektywnych rozwiązań radzenia sobie z problemem. Często wykorzystywanym sposobem modyfikacji zachowań trudnych jest trening komunikacji funkcjonalnej, bazujący na założeniach stosowanej analizy zachowania. Trening komunikacji funkcjonalnej jest jedną z metod zróżnicowanego wzmacniania zachowań alternatywnych i łącznie z procedurą wygaszania pozwala na zmniejszenie zachowań trudnych, a przede wszystkim rozwój umiejętności komunikacyjnych.

1. Zachowania trudne osób z niepełnosprawnością w kontekście zaburzeń komunikacji

W pracy z dziećmi z zaburzeniami komunikacji doświadczamy sytuacji, w których przejawiają one różne zachowania trudne niekorzystnie wpływające na proces terapii, a niekiedy bezpośrednio zagrażające zdrowiu zarówno dziecka, jak i terapeuty. Posługując się definicją Emersona (2001), możemy przyjąć, że zachowania trudne to te, które stanowią zagrożenie dla bezpieczeństwa osoby przejawiającej je, jak również dla jej otoczenia, a także zachowania będące przyczyną ograniczenia możliwości korzystania z instytucji publicznych, kulturalnych.

Wdrożenie efektywnych oddziaływań terapeutycznych wymaga określenia etiologii zachowań trudnych. W literaturze przedmiotu możemy odnaleźć różne klasyfikacje przyczyn zachowań problemowych, zakładające odmienne kryteria podziału. Opierając się na założeniach stosowanej analizy zachowania, M. Zielińska (2011) wskazuje, że przyczyną występowania zachowań trudnych może być:

- wzmacnianie pozytywne,
- wzmacnianie negatywne,
- autostymulacja (wzmocnienie automatyczne),
- deficyty organiczne,
- oddziaływanie wielu różnorodnych czynników.

Ujęcie holistyczne, biorące pod uwagę różne grupy współdziałających ze sobą czynników, najlepiej tłumaczy etiologię zachowań trudnych. Poziom zachowań problemowych może być uzależniony od prawidłowego rozwoju kompetencji językowej i komunikacyjnej. Często przyczyną trudności w rozwoju mowy i komunikacji są nieprawidłowości w zakresie budowy i funkcjonowania układu nerwowego. W przypadku dzieci z zaburzeniami komunikacji językowej brak możliwości porozumiewania się, wynikający z biologicznych uwarunkowań, może być podłożem zachowań trudnych. Jeśli wzmacniamy zachowania problemowe w sytuacjach komunikacyjnych poprzez reagowanie na potrzeby dziecka wyrażane w niewłaściwy sposób, może dojść do istotnego nasilenia problemu.

Według I. Kurcz (2005) język służy przede wszystkim dwóm głównym celom – reprezentacji świata w umyśle, a także porozumiewaniu się z innymi ludźmi, będąc tym samym narzędziem poznania, jak również komunikowania się. Kompetencja komunikacyjna pełni podstawową rolę w zaspokajaniu potrzeb dziecka. Pozwala na poznawanie otoczenia, a także na budowanie relacji z innymi. Mowa ma ogromny wpływ na proces socjalizacji jednostki, gdyż w znacznie większym stopniu niż zachowania niejęzykowe pozwala na uczestnictwo w życiu społecznym. Dysfunkcje w zakresie komunikacji stanowią przeszkodę w realizacji celów w życiu codziennym i stają się przyczyną frustracji, która może stanowić podłoże zachowań trudnych występujących u dzieci z niepełno-

sprawnością. Jak twierdzi A. Żywanowska (2009), frustracja może prowadzić – poza agresją – do fiksacji (wielokrotnego powtarzania tego samego zachowania), regresji (prymitywnych form zachowań), apatii i wycofania się, a także zaburzeń psychosomatycznych. Stany napięcia frustracyjnego u dzieci z zaburzeniami rozwoju mowy są najczęściej spowodowane przez brak możliwości zaspokojenia podstawowych potrzeb, związany z utrudnieniami w procesie komunikowania się z otoczeniem.

2. Zaburzenia komunikacji językowej w wybranych jednostkach nozologicznych

Deficyty w zakresie komunikacji językowej występują w przebiegu wielu zaburzeń wieku rozwojowego. Ze względu na charakter opracowania, w skrócie scharakteryzowane zostaną nieprawidłowości rozwoju mowy w wybranych jednostkach diagnostycznych – afazji rozwojowej typu motorycznego, zespole Downa i autyzmie dziecięcym.

Afazja rozwojowa typu motorycznego jest zaburzeniem charakteryzującym się opóźnieniem rozwoju mowy czynnej przy dobrym stanie słuchu i gnoźji słuchowej oraz prawidłowym rozwoju poznawczym (Paluch, Drewniak-Wołosz, Mikosza 2005; Jastrzębowska 2003). Poszczególni badacze nie są zgodni co do terminologii, w związku z czym w literaturze przedmiotu funkcjonuje wiele nazw dla tego zaburzenia (por. Panasiuk 2008). Dla afazji ekspresyjnej charakterystyczne jest unikanie mówienia, przy zachowanej motywacji do porozumiewania się. Dzieci pomimo trudności w mówieniu chętnie nawiązują kontakt, posługują się gestem, okrzykiem czy pantomimą. Objawy zaburzeń afatycznych dotyczą nie tylko rozwoju mowy, ale również innych sfer funkcjonowania. Wśród symptomów współwystępujących możemy wyróżnić zaburzenia integracji percepcyjno-motorycznej, problemy z koncentracją uwagi, zaburzenia pamięci, deficyty w ujmowaniu stosunków przestrzennych, a także zaburzenia procesów emocjonalno-motywacyjnych i zaburzenia zachowania (Paluch, Drewniak-Wołosz, Mikosza 2005). Niekiedy zaburzenia zachowania są na tyle nasilone, że afazja rozwojowa bywa mylona z autyzmem dziecięcym. Jak wynika z własnych obserwacji, dzieci na skutek trudności komunikacyjnych mają problem z nawiązywaniem kontaktu z rówieśnikami, a także z najbliższymi. Frustracja związana z brakiem realizacji ich potrzeb często nasila zachowania problemowe.

U osób z zespołem Downa charakterystyczne jest wolne tempo rozwoju mowy. Proces ten uzależniony jest od szeregu czynników, wśród których najistotniejszą rolę pełni poziom funkcjonowania intelektualnego, a także sprawność narządów artykulacyjnych. Rozwój mowy dzieci z zespołem Downa jest zróżnicowany w zależności od typu zespołu. W przypadku postaci mozaikowej rokowania co do rozwoju mowy są znacznie lepsze niż w pozostałych jego ro-

dzajach. Do objawów zespołu Downa mających wpływ na zaburzenia komunikacji językowej możemy zaliczyć: obniżone napięcie mięśniowe narządów artykulacyjnych, a co za tym idzie, ograniczenie ich sprawności, nieprawidłowy tor oddechowy i ograniczoną wydolność oddechową. Częstym problemem jest również makroglosja, wady zgryzu oraz zmiany anatomiczne w obrębie jamy ustnej. Czynniki te niekorzystnie oddziałują na proces rozwoju mowy. Podstawowymi problemami są zaburzenia w zakresie artykulacji i fonacji, a także nie płynność wypowiedzi (Minczakiewicz 2001; Zasępa 2014).

Autyzm dziecięcy zaliczany jest do całościowych zaburzeń rozwoju o podłożu neurobiologicznym. Jednym z osiowych objawów autyzmu są deficyty w zakresie rozwoju mowy i komunikacji. Trudności językowe w grupie dzieci z autyzmem są bardzo zróżnicowane. Część dzieci nie rozwija komunikacji werbalnej, a u pozostałych występują deficyty o różnym nasileniu. Autyzm wiąże się z opóźnieniem lub brakiem rozwoju języka mówionego. Tym, co odróżnia dzieci z autyzmem od ich rówieśników z innymi zaburzeniami, jest brak inicjatywy w podejmowaniu wymiany konwersacyjnej, a także niekorzystanie z niewerbalnych kanałów komunikacji, jak język gestów czy mimika. U osób posługujących się mową widoczne są trudności w podtrzymywaniu rozmowy. W skrajnych sytuacjach dziecko ignoruje rozmówcę i nie reaguje na płynące od niego komunikaty. Charakterystyczną cechą języka u dzieci z autyzmem jest występowanie echolalii o różnym charakterze. U osób przejawiających znaczne deficyty w zakresie kompetencji językowej rolę komunikacji często pełni płacz, krzyk czy zachowania agresywne (Winczura 2014).

Trudności w komunikowaniu się dzieci z opisywanymi zaburzeniami rozwoju tworzą niekorzystne tło dla wystąpienia zachowań trudnych, gdyż uniemożliwiają efektywne zaspokajanie ich zróżnicowanych potrzeb.

3. FCT – trening komunikacji funkcjonalnej

Trening komunikacji funkcjonalnej wywodzi się z psychologii behawioralnej, a w szczególności z teorii zachowań werbalnych Skinnera. Autor ten uznał, że język jest zachowaniem sprawczym, a więc powstaje w wyniku warunkowania instrumentalnego. Zachowanie werbalne jest „wzmocnione poprzez wpływ, jaki wywiera na ludzi – początkowo na innych ludzi, lecz z czasem również na samego mówiącego” (Skinner 2013: 117). Skinner w swojej analizie zachowań werbalnych podkreślał znaczenie funkcji, jakie one pełnią. Przez zachowania werbalne rozumiał nie tylko mowę, ale wszystkie formy komunikacji. W tym ujęciu komunikacja funkcjonalna jest postrzegana jako proces wymiany informacji między co najmniej dwoma osobami, a komunikat może być przekazany w sposób wokalny (słowa, wokalizacje) oraz niewokalny (gesty, mimika, obraz-

ki, symbole) (Napolitano i in. 2012). W komunikacji funkcjonalnej słuchacz, reagując odpowiednio na aktywność mówcy, przyznaje mu określone wzmocnienia (np. oczekiwaną aktywność czy rzecz, uwagę, informację).

Trening komunikacji funkcjonalnej jest metodą terapii, która bazuje na zastąpieniu zachowań trudnych poprzez akceptowane formy komunikacji pełniące te same funkcje, co zachowania trudne. Jest jedną z form wzmocniania zachowań alternatywnych. Zakłada, że zanim zaczniemy eliminować zachowanie trudne, musimy nauczyć dziecko komunikowania się. Spowoduje to zastąpienie zachowań trudnych, mających na celu porozumiewanie się z otoczeniem, zachowaniami komunikacyjnymi. Interwencja opiera się więc na wykorzystaniu komunikacji jako alternatywy dla zachowań trudnych (Cooper i in. 2007).

Pierwszym etapem oddziaływań jest przeprowadzenie oceny funkcjonalnej. Wybór procedury terapeutycznej jest poprzedzony dokładną diagnozą zachowań trudnych. Potrzebne w procesie diagnostyczno-terapeutycznym informacje możemy uzyskać za pomocą metod pośrednich i bezpośrednich. Metody pośrednie to wywiad z rodzicami lub opiekunami dziecka, natomiast metody bezpośrednie to przede wszystkim obserwacja podopiecznego w różnych warunkach terapeutycznych. Uzyskane w toku obserwacji dane powinny posłużyć do wyboru właściwego sposobu postępowania. Ważnym elementem w planowaniu procesu terapeutycznego jest zdefiniowanie zachowań problemowych. W kolejnej fazie konieczne jest ustalenie bodźców poprzedzających zachowanie trudne, konsekwencji następujących po zachowaniu, a także jego funkcji. W czasie oceny funkcjonalnej należy również zidentyfikować system wzmocnień oraz określić predyspozycje podopiecznego w zakresie poszczególnych metod komunikacji. Pozwoli to na ustalenie rodzaju zachowań alternatywnych, które chcemy kształtować (Durand 1990). Rozpoczęcie interwencji obejmuje wybór metody komunikacji, która powinna być dostosowana do możliwości i predyspozycji dziecka.

W kolejnym etapie oddziaływań należy uczyć dziecko nowych umiejętności komunikacyjnych zgodnie z wybraną metodą. W tym celu wykorzystujemy strategie uczenia sytuacyjnego, które polegają na aranżowaniu środowiska w taki sposób, aby sprzyjało ono rozwijaniu kompetencji komunikacyjnych (Suchowierska 2008). Metody te łączymy z procedurą wygaszania, polegającą na wycofaniu wzmocnień, które do tej pory podtrzymywały zachowania trudne.

W początkowym etapie ćwiczymy zachowania werbalne typu mand (por. Sundberg 2015), które jako pierwsze pojawiają się w rozwoju dziecka. Uczenie zachowań werbalnych wymaga zaplanowania podpowiedzi, a także systemu wzmocnień. Podpowiedzi ułatwiają dziecku stosowanie nowych metod porozumiewania się i przypominają o konieczności ich użycia. Aby utrwalić ten sposób reagowania, należy nagradzać dziecko w sytuacjach, w których korzysta z nabytych w toku treningu umiejętności komunikacyjnych. Przykłady wykorzystania treningu komunikacji funkcjonalnej przedstawione zostały w opisie przypadków.

4. Charakterystyka wybranych przypadków

Przypadek 1

Ola została objęta terapią logopedyczną z powodu znacznego opóźnienia w rozwoju mowy. W wyniku badania logopedycznego i psychologicznego postawiono diagnozę afazji rozwojowej typu motorycznego. Poziom rozumienia mowy oceniany za pomocą Afa-Skali mieścił się w granicach normy wiekowej. U dziewczynki występowały jednak nasilone zachowania trudne, pojawiające się w różnych sytuacjach. Z danych uzyskanych podczas wywiadu z matką wynikało, że Ola reagowała płaczem, a niekiedy również agresją w momencie, gdy matka nie była w stanie odczytać jej potrzeb. Reagowała również złością w sytuacji odmowy, gdy nie otrzymała pożądanego przedmiotu. Ponadto dziewczynka krzyczała w warunkach wymagań, jak również w sytuacji odmowy podczas zajęć.

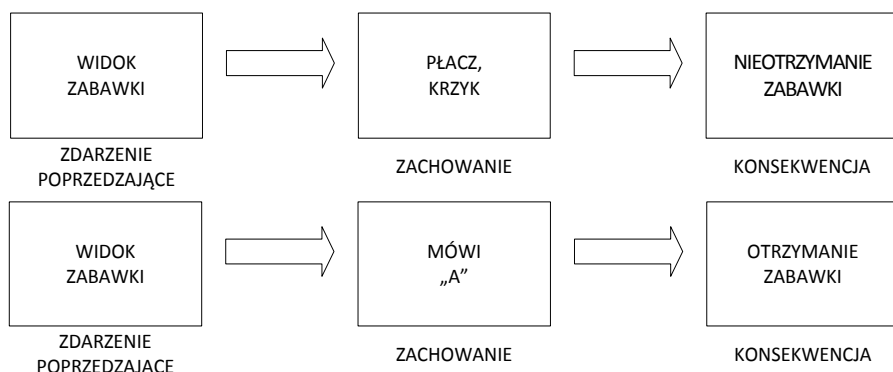
Diagnoza umiejętności komunikacyjnych wskazywała na bardzo ograniczone możliwości posługiwania się mową – Ola wymawiała samogłoski A, O, U, E, ponadto próbowała wokalizować, używała gestu wskazywania, gdy chciała coś otrzymać. Ocena funkcjonalna zachowań trudnych wskazała na dwie główne funkcje zachowań: uniknięcie zadania lub uzyskanie preferowanego przedmiotu albo aktywności.



Przedstawiony na powyższym schemacie sposób reagowania matki na zachowania trudne ukazuje mechanizmy ich wzmacniania.

W związku z dobrymi rokowaniami co do rozwoju mowy ekspresywnej wprowadzono trening komunikacji funkcjonalnej przy użyciu wymawianych przez dziewczynkę samogłosek, a następnie sylab i wyrazów. W początkowym etapie terapii stosowano metody uczenia sytuacyjnego, następnie strategie te łączono z metodą wyodrębnionych prób.

Zgodnie ze schematem postępowania ustalono system wzmocnień dla Oli. Były to bańki mydlane, interaktywny autobus, interaktywna świnka, zabawka z piłeczkami. Zabawkom zostały przyporządkowane samogłoski, a w miarę rozwoju mowy wprowadzono sylaby. Ustalono zachowanie alternatywne do krzyku – wymawianie sylaby A, docelowo DAJ. Wprowadzone zmiany w postępowaniu przedstawiono na następującym schemacie:



Dziewczynka zaczęła używać głóski A w celu otrzymania rzeczy, które chciała. Zastąpiła zachowanie trudne, które już nie przynosiło efektu, zachowaniem społecznie akceptowalnym, ponieważ w tej sytuacji służyło ono zaspokojeniu jej potrzeb. Poziom zachowań trudnych podczas zajęć znacząco obniżył się, a współpraca uległa poprawie.

W dalszej kolejności wprowadzono różnicowanie dźwięków mowy w zależności od wzmocnienia, które dziewczynka chciała otrzymać (bańki – BA, samochód – U, BU, zabawka z piłeczkami – O, PI, komunikat NIE – E, pić – PI, jeść – AM, siku – SI). Dziewczynka opanowała sylaby otwarte rozpoczynające się od spółgłosek wargowych, a następnie rozpoczęto łączenie sylab w wyrazy.

Trening komunikacji funkcjonalnej pomógł zmotywować dziewczynkę do współpracy z terapeutą, ponieważ zachowanie werbalne pozwalało jej osiągnąć własne cele i zaspokoić potrzeby. Wycofały się zachowania trudne, gdyż przestały odnosić skutek. Dziewczynka nawiązała dobre relacje z otoczeniem. Z wywiadu z matką wiadomo, że w początkowym okresie terapii w środowisku domowym występowały jeszcze zachowania trudne, wiążące się z tym, że mama nie zawsze była w stanie odczytać niektóre potrzeby dziewczynki. Wraz z rozwojem mowy zachowania trudne w domu uległy znacznemu ograniczeniu.

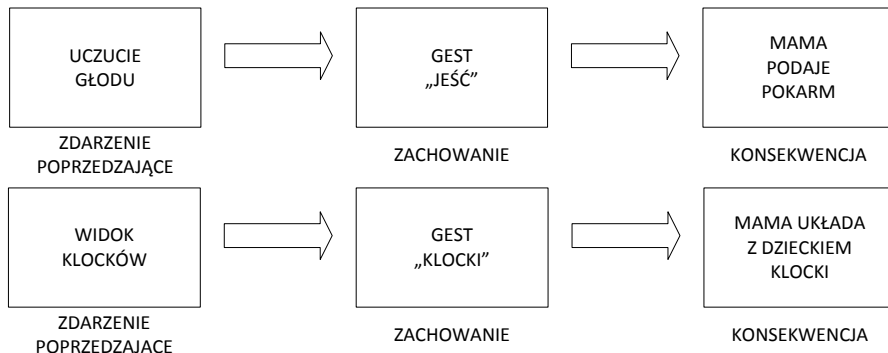
Przypadek 2

Jakub, 2,5-letni chłopiec z zespołem Downa, został objęty terapią logopedyczną ze względu na niesamoistne opóźnienie rozwoju mowy (NORM). Chłopiec miał znacznie obniżone napięcie mięśniowe, a tym samym obniżoną sprawność narządów artykulacyjnych. W sposób bełkotliwy wymawiał nazwy członków rodziny, ponadto nie komunikował się werbalnie, niekiedy wokalizował, ale dźwięki te były niezrozumiałe dla otoczenia. Brak komunikacji znacznie utrudniał relacje z otoczeniem społecznym. Mama chłopca bardzo przeżywała jego niechęć do kontaktu i ograniczoną możliwość porozumiewania się. Kuba często reagował złością i wycofywaniem się z relacji z najbliższymi, jak również

z terapeutami. Można to tłumaczyć wygasaniem zachowań. W wyniku braku konsekwencji wzmacniających zanikały spontaniczne próby nawiązania kontaktu z otoczeniem – nieudolne zachowania komunikacyjne chłopca nie przynosiły mu korzyści, co obrazuje przedstawiony schemat.



Podczas zajęć terapeutycznych w zachowaniu Jakuba widoczny był negatywizm i opór przed podejmowaniem zadań. Chłopiec właściwie nie wykonywał żadnych proponowanych przez terapeutę aktywności, niekiedy podejmował próby zabawy, ale na własnych zasadach. W związku ze znacznymi ograniczeniami w zakresie rozwoju mowy ekspresywnej i współwystępującymi zachowaniami trudnymi wprowadzono trening komunikacji za pomocą systemu gestów Makaton. Ustalono system wzmocnień, wśród których dla chłopca najbardziej istotne były początkowo jedzenie i picie, a następnie zabawki – piłka, klocki i auto.



Po tygodniu ćwiczeń mama zauważyła znaczną poprawę relacji z chłopcem, który coraz częściej nawiązywał kontakt z domownikami. Po wprowadzeniu kilku gestów znacznie poprawiło się zachowanie chłopca podczas zajęć terapeutycznych. Kuba otworzył się na kontakt z prowadzącym, zaczął współpracować nie tylko w zakresie komunikacji, ale również zaczął wykonywać inne ćwiczenia logopedyczne, jak np. ćwiczenia oddechowe, ćwiczenia motoryki artykulacyjnej, powtarzanie dźwięków mowy. Z czasem dźwięki mowy, które chłopiec już opanował, były łączone z systemem gestów. Wprowadzano także nowe gesty, aby rozbudować słownik adekwatnie do zwiększających się potrzeb i zainteresowań chłopca.

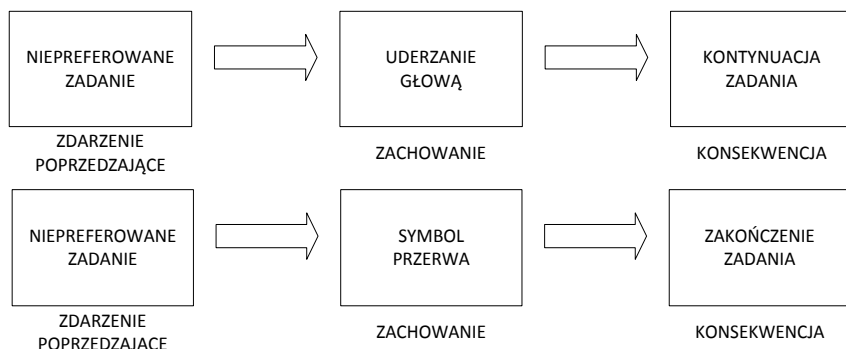
Największą korzyścią z wprowadzenia komunikacji funkcjonalnej był fakt znaczącej poprawy relacji chłopca z domownikami. Nastąpiła redukcja zachowań trudnych podczas zajęć terapeutycznych, ponieważ chłopiec miał możliwość poinformowania o rodzaju wzmocnienia, które chciał otrzymać po wykonaniu proponowanego przez logopedę zadania. Zdarzało się, że chłopiec niekiedy nie podejmował proponowanych aktywności, ale zachowania te występowały bardzo rzadko i nie miały większego wpływu na proces terapeutyczny.

Przypadek 3

Mateusz to 12-letni chłopiec z autyzmem dziecięcym sprzężonym z niepełnosprawnością intelektualną. U chłopca nie rozwinęły się zarówno receptywne, jak i ekspresywne zdolności językowe. Podopieczny przejawiał natomiast nasilone zachowania trudne. Najczęściej był to pisk i krzyk oraz silne uderzanie rękami w stół. Sporadycznie chłopiec uderzał w stół głową. Zachowania te występowały najczęściej w sytuacjach zadaniowych i przebiegały według poniższego schematu.



Na podstawie wywiadu z rodzicami ustalono, że w środowisku domowym zachowania te również występują, ale rodzice często nie są w stanie ustalić ich przyczyny. W początkowym etapie oddziaływań wprowadzono komunikat „przerwa”, ponieważ najbardziej nasilone zachowania trudne w postaci autoagresji (uderzanie rękoma i głową w stół) występowały w sytuacji zadaniowej. Wprowadzono zmianę konsekwencji zachowań trudnych oraz zachowanie alternatywne do zachowania trudnego, co obrazują następujące schematy:



Następnie rozpoczęto pierwszą fazę wprowadzania systemu Picture Exchange Communication System (PECS) – czyli wymianę obrazka na preferowaną rzecz. Na podstawie oceny funkcjonalnej ustalono, że na wstępnym etapie najbardziej motywujące dla chłopca będzie jedzenie i picie, przy czym wykorzystano zdjęcia przedmiotów (soku i ulubionych wafli ryżowych), ponieważ chłopiec miał trudność w posługiwaniu się symbolem czy rysunkiem. Następnie wprowadzono przedmioty, które chłopiec preferował – puzzle, mozaikę, klocki.

Zastosowano również strategię proaktywne w postaci zmniejszenia poziomu trudności zadań, ale w procesie terapeutycznym nie zawsze mamy możliwość rezygnacji z zadania. Realizacja części zadań, których chłopiec nie preferował, była istotna z punktu widzenia procesu terapeutycznego. Sporadycznie w sytuacjach odmowy rezygnacji z zadania występowały zachowania trudne, ale mniej nasilone niż przed rozpoczęciem treningu. Wprowadzenie komunikacji znacznie wpłynęło na poprawę zachowania chłopca w różnych sytuacjach życiowych. Zachowania trudne jednak utrzymują się, gdy chłopiec nie realizuje swoich potrzeb.

Podsumowanie

Trening komunikacji funkcjonalnej pozwala na znaczne ograniczenie zachowań trudnych dzieci z zaburzeniami komunikacji językowej. FCT nie jest rozwiązaniem wszystkich problemów z zachowaniem, a odnosi się głównie do tych zachowań trudnych, których celem jest komunikacja z otoczeniem. Jak wynika z analizy prezentowanych przypadków, zastosowanie treningu przyniosło korzyści każdej osobie, chociaż zakres redukcji zachowań trudnych był zróżnicowany.

Korzyści w przypadku podopiecznych to przede wszystkim możliwość informowania o potrzebach, a co za tym idzie, możliwość ich zaspokojenia. Zaspokojenie potrzeb wiązało się ze wzrostem poczucia bezpieczeństwa, poprawą relacji rodzinnych i terapeutycznych, a przede wszystkim obniżeniem poziomu zachowań problemowych. Otoczenie społeczne lepiej rozumie potrzeby dziecka, a tym samym poprawiają się wzajemne relacje, zmniejsza się stres związany z zachowaniami trudnymi dziecka, a zwiększa poczucie satysfakcji ze wzajemnych kontaktów. W środowisku terapeutycznym ograniczenie zachowań trudnych pozwala na bardziej efektywną stymulację rozwoju dziecka i nawiązanie z nim lepszej współpracy.

Wnioski dotyczące procesu terapeutycznego można odnieść również do profilaktyki zachowań trudnych u dzieci z zaburzeniami rozwoju. Diagnoza trudności komunikacyjnych u dziecka powinna iść w parze z wprowadzeniem

treningu komunikacji, gdyż rozwijanie kompetencji komunikacyjnych zapobiega występowaniu zachowań trudnych, mających na celu porozumiewanie się z otoczeniem. Kształtowanie prawidłowych zachowań komunikacyjnych sprzyja informowaniu o potrzebach w sposób akceptowalny społecznie, co pozwala na ich zaspokajanie i tym samym ograniczenie frustracji wynikającej z deprywacji.

Literatura

- Cooper J.O., Heron T.E., Heward W.L., 2007, *Applied Behavior Analysis*, Pearson, New Jersey.
- Didden R., Sturmey P., Sigafoos J., Lang R., O'Reilly M.F., Lancioni G.E., 2012, *Nature, Prevalence, and Characteristics of Challenging Behavior* [w:] *Functional assessment for Challenging Behaviors*, red. J. Matson, Springer, NY, s. 25–44.
- Durand V. M., 1990, *Severe Behavior Problems a Functional Communications Approach*, Guilford Press, NY.
- Emerson E., 2001, *Challenging behavior: analysis and intervention in people with severe intellectual disabilities*, Cambridge University Press.
- Jastrzębowska G., 2003, *Afazja, dysfazja dziecięca* [w:] *Logopedia. Pytania i odpowiedzi*, red. T. Gałkowski, G. Jastrzębowska, Opole: Uniwersytet Opolski.
- Kurcz I., 2005, *Psychologia języka i komunikacji*, Warszawa: Scholar.
- Minczakiewicz E., 2001, *Jak pomóc w rozwoju dziecka z zespołem Downa*, Kraków: Wydaw. Akademii Pedagogicznej.
- Napolitano D.A., Knapp V.M., Speares E., McAdam D.B., Brown H., 2012, *The Role of Functional Assessment in Treatment Planning* [w:] *Functional assessment for Challenging Behaviors*, red. J. Matson, Springer, NY, s. 195–211.
- Paluch A., Drewniak-Wołosz E., Mikosza L., 2005, *AFA-Skala: jak badać mowę dziecka afatycznego*, Kraków: Impuls.
- Panaszuk J., 2008, *Standard postępowania logopedycznego w przypadku alalii i niedokształcenia mowy o typie afazji*, „Logopedia” t. 37: *Standardy postępowania logopedycznego*, s. 69–88.
- Skinner F.B., 2013, *Behawioryzm*, Sopot: GWP.
- Suchowierska M., 2008, *Nauczanie dzieci z autyzmem zachowań werbalnych – dwa uzupełniające się podejścia* [w:] *Wybrane formy terapii i rehabilitacji osób z autyzmem*, red. E. Pisula, D. Danielewicz, Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”, s. 59–78.
- Sundberg M., 2015, *VB-MAPP Ocena osiągnięcia kamieni milowych rozwoju i planowanie terapii*, Warszawa: Scolar.
- Winczura B., 2014, *Rozumienie intencji w autyzmie drogą ku komunikacji* [w:] *Metody komunikacji alternatywnych i wspomagających. Wybrane zagadnienia*, red. D. Baczała, J. Błęszyński, Toruń: Wydaw. UMK, s. 29–42.
- Zasępa E., 2014, *Problemy zdrowia psychicznego osób z zespołem Downa*, Kraków: Impuls.
- Zielińska M., 2013, *Jak reagować na agresję uczniów*, Sopot: GWP.
- Żywanowska A., 2009, *Agresja u osób z lekką niepełnosprawnością intelektualną*, Kraków: Impuls.

Functional communication training (fct) as a method of therapy applied to inappropriate or harmful behaviours of children with impaired language communication

Summary

The goal of the paper is to discuss the possibility of using the functional communication training while working with children with disabilities. Language communication disorders hinder significantly the possibility to satisfy the needs of an individual, which leads to frustration and may cause inappropriate or harmful behaviours. Working with people with language communication disorders, functional communication training is an effective method of modification of inappropriate or harmful behaviours. FCT is based on replacement of inappropriate or harmful behaviours with acceptable forms of communication fulfilling the same functions as inappropriate or harmful behaviours. The paper describes three children with language communication disorders in whose therapy FCT was applied.

Key words: functional communication training, inappropriate or harmful behaviours, a child with disability, autism

Wanda Kostecka

1 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką w Lublinie

DIAGNOZA I TERAPIA LOGOPEDYCZNA DZIECKA Z WCZESNĄ NIEPŁYNNOŚCIĄ MOWY - STUDIUM PRZYPADKU

Celem artykułu jest prezentacja przypadku niespełna trzyletniego, dwujęzycznego dziecka z wczesną niepełnością mowy. Autorka przedstawia teoretyczne podstawy prowadzonych badań: definiuje rozwojową niepełność mowy i jękanie wczesnodziecięce, omawia jawne i ukryte objawy jękania oraz ich graficzne wizualizacje (góry lodowe). Kolejno prezentuje charakterystykę dziecka na podstawie wywiadu i obserwacji uczestniczącej, analizę ilościową i jakościową jękania oraz ramowy program terapii rodzinnej.

Słowa kluczowe: rozwojowa niepełność mowy, jękanie, terapia mowy

Niepełność mówienia u małych dzieci pojawia się najczęściej w wieku od 2 do 6 lat. Na okres ten przypada bardzo intensywny rozwój mowy. Dziecko wraz z doświadczeniem gromadzi zasób słownictwa, nabywa reguły gramatyczne, usprawnia swój aparat mowy. Z tego powodu wiele dzieci w okresie wczesnego dzieciństwa doświadcza epizodów niepełności mowy. U części tych dzieci niepełność ma charakter przejściowy, co określa się terminem rozwojowa niepełność mówienia (RNM). Jednakże są w tej grupie dzieci, u których niepełne mówienie przeradza się w jękanie wczesnodziecięce (JW). Wczesna interwencja logopedyczna powinna mieć charakter diagnostyczny, pośredni przez najbliższe otoczenie dziecka i bezpośredni – terapia logopedyczna polegająca na stosowaniu ćwiczeń (zabaw) kształtujących płynność mowy. Terapia rodzinna ma na celu tworzenie środowiska sprzyjającego rozwojowi płynnej mowy poprzez modyfikowanie sytuacji komunikacyjnych w rodzinie.

Celem artykułu jest prezentacja przypadku dziecka (2,8 r.ż.) we wczesnym okresie niepełności: jego diagnozy i terapii logopedycznej. Tekst zawiera podstawy teoretyczne przeprowadzonych badań, charakterystykę dziecka na podstawie wywiadu i obserwacji uczestniczącej, analizę ilościową i jakościową jękania oraz ramowy program terapii rodzinnej.

1. Teoretyczne podstawy badań

Rozwojowa niepełność mówienia (RNM) a jąkanie wczesnodziecięce (JW)

W literaturze przedmiotu spotykamy różne określenia i zakres zainteresowań badaczy zaburzeniami płynności mowy u dzieci. W grupie dzieci dotkniętych tą przypadłością coraz częściej spotyka się takie, które są bardzo inteligentne i ich rozwój językowy jest niezwykle szybki. Zdarza się, że zaburzenia płynności mowy pojawiają się u nich wcześniej. Najwięcej danych dotyczących zaburzeń płynności mowy dotyczy dzieci w wieku przedszkolnym – od 3. do 6. roku życia (Tarkowski 1992, 2001; Tarkowski, Humeniuk, Dunaj 2011; Tarkowski, Skorek 2009; Węsierska 2013a, 2013b; N.G. Ambrose i E. Yairi 1999; W. Carl i Jr. Dell 2008; KostECKA 2000 i in.).

Definicje rozwojowej niepełności mówienia oraz jąkania wczesnodziecięcego przytacza Z. Tarkowski (1992). RNM określa jako normalną niepełność mówienia, stanowiącą zjawisko rozwojowe, natomiast jąkanie wczesnodziecięce – jako patologiczną niepełność mówienia, powstałą w wieku przedszkolnym lub wcześniej. Rozróżnienie RNM i JW nie jest łatwe, a ma kluczowe znaczenie w diagnozie i terapii logopedycznej.

W literaturze dotyczącej jąkania u dzieci nie ma jednomyślności w przyjęciu kryteriów różnicujących RNM i JW. Występuje jedynie zgodność, że należy wziąć pod uwagę wszystkie czynniki, które mogą w jakimkolwiek stopniu wpływać na to zaburzenie mowy

Przyczyny jąkania nie zostały jednoznacznie ustalone mimo wysiłku wielu badaczy prezentujących różne dyscypliny naukowe. Biorąc pod uwagę dziecko jako badany przypadek, warto przytoczyć poglądy R. Byrne na ten temat (1989: 13–14). Do przyczyn jąkania autorka zalicza:

- występowanie jąkania u niektórych członków rodziny, dziedziczenie lub wyuczona reakcja członków danej grupy społecznej na niepełność osoby jąkającej się;
- opóźnienie rozwoju mowy lub artykulacji u dziecka;
- obecność wielu, a czasami nawet jednej sytuacji przynoszącej stres emocjonalny.

R. Byrne (1989) stwierdza, że z rozwojem jąkania związane są trzy fakty:

- **czynniki predysponujące**, czyli rodzinnie występujące przypadki jąkania, opóźniony rozwój mowy i artykulacji, trudności natury koordynacyjnej przy precyzyjnych ruchach koniecznych do mówienia;
- **czynniki wywołujące** – okoliczności szokowe, wypadki, choroby, oddzielenie od rodziców, pójście do przedszkola lub szkoły, urodzenie następnego dziecka;
- **czynniki podtrzymujące** – dotyczą niekorzystnych sytuacji, które się przedłużają, działając ciągle, np. zbyt duże wymagania dotyczące mówienia lub

zachowania, napięta i pełna lęku atmosfera domowa, zwiększony krytycyzm otoczenia w stosunku do dziecka.

Nie mamy wpływu na czynniki predysponujące. Nie zawsze jesteśmy w stanie uchronić dziecko przed sytuacjami stresowymi w jego życiu codziennym. Możemy jedynie uczyć je radzić sobie z nimi, gdy wystąpią. Najtrudniejsze są czynniki podtrzymujące, które zwykle doprowadzają do rozwoju zaburzenia. Czynniki wywołujące i podtrzymujące możemy modyfikować, współpracując ze środowiskiem dziecka, i w ten sposób nie dopuścić do dalszego rozwoju jąkania.

Rozwój jąkania

Dla celów diagnozy i terapii zaburzonej płynności mówienia warto wyodrębnić trzy fazy rozwoju jąkania u dzieci: 1. wczesną nie płynność; 2. jąkanie na pograniczu; 3. uporczywe jąkanie (Kostecka 2000: 36–60).

Wczesna nie płynność charakteryzuje się widocznymi i słyszalnymi objawami jąkania. Aby dokonać ich oceny w mowie dziecka, bierzemy pod uwagę: rozwój mowy i języka dziecka, ilość mowy nie płynnej, rodzaj nie płynności, okresy mowy nie płynnej, od kiedy mowa jest nie płynna, co dziecko odczuwa mówiąc, co myśli o nie płynności, zmiany w jego życiu, życie rodzinne.

Jąkanie na pograniczu odnosi się do przejścia z jednej fazy w drugą rozwoju jąkania. Zwraca się tu większą uwagę na jąkanie ukryte. Dziecko na tym etapie jest już bardziej świadome tego, jak mówi. Zaczyna zauważać to w niektórych sytuacjach komunikacyjnych jako problem. Mogą pojawić się u niego negatywne reakcje emocjonalne związane z mową. Rozwijająca się powoli świadomość może doprowadzić do ukrywania czy unikania jąkania. W jąkaniu na pograniczu logopeda powinien wziąć pod uwagę zachowania dziecka: świadomość zaburzenia, niepokój, unikanie mówienia itp.; reakcje dziecka na epizody jąkania, odczucia w związku ze swoją nie płynnością.

Uporczywe jąkanie charakteryzuje się negatywnymi uczuciami i postawą nieakceptującą jąkania. Dzieci uporczywie jākające się widzą siebie jako „jākale”, a nie kogoś, komu nie udało się powiedzieć jakiegoś słowa. Odpowiednio zamieniają swoje zachowania, próbują ukryć jąkanie, unikają sytuacji, które pozwoliłyby innym odkryć problem. Stają się prezentować siebie jako dobrych mówców, co czasem powoduje nasilenie jąkania. W jākaniu uporczywym jawne objawy mogą przybrać cięższą postać. Ukrywane jąkanie i związane z nim odczucia stają się jego zasadniczą cechą (Kostecka 2000: 57–59).

Jawne i ukryte objawy jąkania

Łatwiej jest ocenić cechy charakterystyczne rozwoju jąkania u dzieci (wczesna nie płynność, jąkanie na pograniczu oraz uporczywe jąkanie), gdy ustalimy, które objawy są jawne, a które ukryte. Jawne objawy jąkania to te zachowania,

które można zidentyfikować u jękającego się, ponieważ je widzimy i słyszymy. Objawy ukryte pozostają w związku z myślami i odczuciami dziecka.

Jawne objawy jękania to:

- powtarzanie – niektóre dźwięki, sylaby, słowa, frazy mogą być powtarzane nawet kilka razy, np. „Mama, mama, mama powiedziała mi, mi”; „Gdzie jest moja t – t – torba?”; powtórzenia mogą być wypowiedzane spokojnie, powoli albo bardzo szybko następować po sobie;
- przeciąganie – poszczególne dźwięki mogą być znacznie przedłużane, np. „czuję się żżż-le”; Przeciąganie może być łagodne lub może pojawiać się napięcie, tak jakby dziecko chciało „wypchnąć” słowo z ust;
- pauzy – jeśli występują na początku wypowiedzi, wówczas dziecko z trudem próbuje rozpocząć mówienie, czasem używa dodatkowych dźwięków jako „starterów”; przerwy zdarzają się też w środku zdań, np. „chcę... oglądać... telewizję...”; czasami odnosi się wrażenie, że dziecko nie może znaleźć właściwego słowa, a czasem, że znając słowo, „walczy”, aby je wypowiedzieć; pauzy pojawiają się również w połowie wyrazów, np. „Mój bra-t jest czasami nie-dobry”; często też słowa lub frazy nie są kończone;
- zatrzymanie toku mowy – zdarza się, że dziecko „zastyga”, zanim zacznie mówić; obserwuje się to również w trakcie mówienia – mięśnie oddechowe, fonacyjne lub artykulacyjne pozostają przez chwilę w bezruchu, aż nastąpi moment, w którym się odblokują, umożliwiając dziecku kontynuowanie wypowiedzi;
- wypełniacze – do wypowiedzi wtrącane są dodatkowe słowa lub dźwięki niemające żadnego sensu, np. „Ja lubię, wiesz, lubię, te... te, wiesz, ciastka najbardziej”; „Ja yyy- pójdę, yyy- pójdę już do domu”;
- problemy z przepływem powietrza – są to głównie zakłócenia w oddychaniu; dziecko czuje to tak, jakby nie miało wystarczającej ilości powietrza do zakończenia wypowiedzi; niektóre dzieci biorą częste wdechy, zachłystując się powietrzem, mówią na wdechu lub urywają wypowiedź;
- współruchy – podczas wypowiedzi mogą się ujawniać grymasy na twarzy oraz ruchy całego ciała: dziecko mruga oczami, odchyła głowę do tyłu, tupie nogą i kojarzy te fakty z mówieniem; gdy słowo zostanie wypowiedziane poprawnie, ruchy zwykle są powtarzane przy następnych sytuacjach nieradzenia sobie z płynnością i tak wzorzec się utrwała.

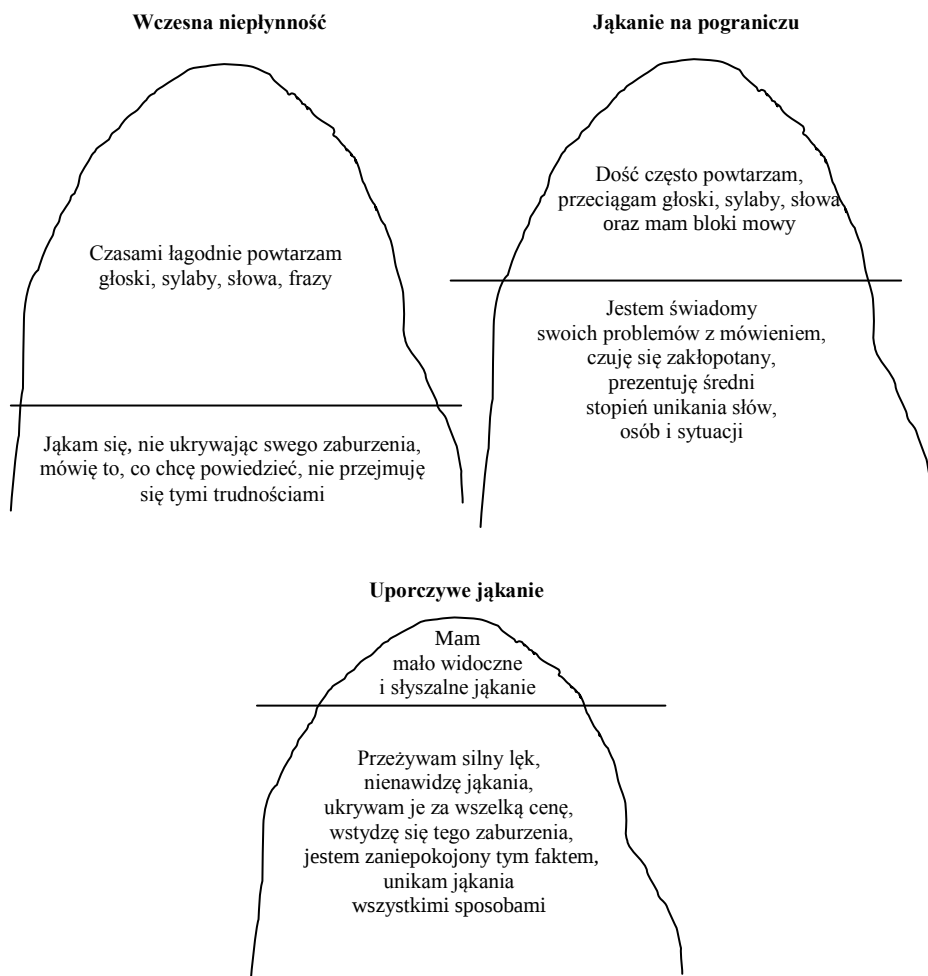
Ukryte objawy jękania to:

- unikanie kontaktu wzrokowego – dziecko nie patrzy na słuchacza, gdy ma kłopoty z wypowiedzeniem jakiegoś słowa; sam fakt odwracania się od słuchacza może zwrócić uwagę tej osoby, że coś nie jest w porządku; skutek takiego zachowania jest zwykle odwrotny do oczekiwań dziecka, które poprzez patrzenie w inną stronę chce odwrócić uwagę od swoich trudności w wypowiedzaniu się;

- unikanie mówienia – dziecko czasem unika wypowiadania pewnych słów lub dźwięków, które wydają mu się trudne do wymówienia; używa wtedy innych wyrazów mających podobne znaczenie; często dziecko zmienia też całe zdania, aby uniknąć wypowiedzenia wyrazu, wiedząc, że się zająknie, w ostateczności rezygnuje z mówienia, prosi rodziców, kolegę, aby je wyręczył, udaje, że nie wie, co powiedzieć, wzrusza ramionami, sprawia wrażenie, że zapomniało lub jest czymś zajęte; dziecku wydaje się, że lepiej mieć opinię mniej inteligentnego niż jękającego się;
- unikanie niektórych sytuacji – dziecko dostrzega, że jego mówienie w pewnych sytuacjach sprawia mu trudności, czasem wydaje mu się, że wymagania danej sytuacji przekraczają jego możliwości; oczekiwanie w kolejce i zamówienie posiłku w stołówce, zgłoszenie się przy odczytywaniu listy obecności czy rozmowa przez telefon stają się barierami nie do pokonania; dziecko zaczyna unikać trudnych dla niego sytuacji: idzie do sklepu samoobsługowego, spóźnia się do szkoły, aby nie odpowiadać podczas czytania listy obecności, traci stopniowo przyjaciół, gdyż nie umawia się i nie spotyka z kolegami; ukryte aspekty jękania sprawiają, że życie dziecka staje się ograniczone;
- izolowanie się od świata zewnętrznego – dzięki mowie komunikujemy się z innymi ludźmi; jeśli odczuwamy lęk przed mówieniem, to porozumiewanie się zostaje w pewien sposób zaburzone, czujemy się wówczas odizolowani od otaczających nas ludzi; jękające się dziecko może również zostać odsunięte od rówieśników, co znajduje odzwierciedlenie np. w sposobie spędzania czasu wolnego: zamiast uczestniczenia w zabawach grupowych dziecko chętnie przebywa w domu, znajduje sobie zajęcia, które może wykonywać samotnie; jeżeli nie angażuje się w działania wymagające interakcji z rówieśnikami, to jest to problem, który trzeba wziąć pod uwagę w terapii logopedycznej.

„Góry lodowe” jako obraz jękania

Objawy jawne i ukryte jękania we wczesnej niepełności, jękania na pograniczu oraz uporczywego jękania można przedstawić jako obraz gór lodowych (Kostecka 2000: 49). Cechą charakterystyczną dla góry lodowej jest jej część widoczna. Reszta pozostaje pod wodą. Ponieważ jej nie widzimy, nie bardzo zdajemy sobie sprawę z niebezpieczeństwa, jakie ze sobą niesie. Góra lodowa dziecka we wczesnej niepełności jest prawie cała nad wodą. W fazie na pograniczu jękania obraz zaczyna się zmieniać – część podwodna zwiększa się w miarę rozwoju świadomości dziecka o jego zaburzeniu. Góra lodowa uporczywego jękania niemal cała zanurzona jest pod wodą.



Ryc. 1. Obraz gór lodowych

2. Metodologia badań własnych

Przedmiotem prezentowanych badań jest diagnoza i terapia logopedyczna w przypadku dziecka z wczesną nie płynnością. Autorka pracy stawia sobie następujące problemy badawcze: 1. Jakie objawy zaburzonej płynności mówienia występują u chłopca?, 2. Czy jest to wczesna nie płynność, jąkanie na pograniczu czy uporczywe jąkanie?, 3. Jakie są przyczyny tego zaburzenia? Nasuwają się dalsze pytania: 4. Jaka terapia będzie właściwa w danym przypadku?, 5. Jakie jest rokowanie wyleczenia?

Metodą stosowaną w klinicznych badaniach jest studium przypadku (Nowak 1970). Ma ona na celu wszechstronny opis jednostki z uwzględnieniem bogatego zestawu zmiennych – ich wartości, a także zależności pomiędzy nimi.

Do opisu przypadku potrzebna jest diagnoza, którą S. Ziemiński (1973) określa jako rozpoznanie stanu rzeczy i jego tendencji rozwojowych. Badania diagnostyczne powinny zawierać dwa etapy: 1. eksploracyjny, odkrywający badane zjawisko i jego genezę oraz występujące zależności; 2. weryfikacyjny, sprawdzający trafność postawionej diagnozy. Diagnoza kliniczna jest szczególnym przypadkiem diagnozy psychologicznej prowadzonej dla celów praktycznych. Osoba badana będąca przedmiotem zainteresowań klinicznych poddana jest diagnozie w celu ustalenia oddziaływania terapeutycznego.

Studium przypadku jako metoda stosowana w logopedii powinna zawierać:

- zebranie korpusu wypowiedzi dziecka;
- wykonanie podstawowych badań logopedycznych i dodatkowych (głównie psychologiczno-pedagogicznych);
- przeprowadzenie analizy uzyskanych próbek wypowiedzi dziecka;
- odniesienie wyników do teorii i badań porównawczych.

W niniejszych badaniach zastosowano metodę wywiadu i obserwacji uczestniczącej podczas diagnozy i wstępnej terapii. Dokonano analizy dokumentów medycznych dziecka. Do przeprowadzenia wywiadu wykorzystano kwestionariusz *Dziecko nie płynnie mówiące. Wywiad z matką* autorstwa Z. Tarkowskiego i in. (2011: 148–153). Dotyczy on informacji o:

- osobie udzielającej wywiadu,
- dziecku nie płynnie mówiącym,
- rodzinie dziecka,
- ogólnym rozwoju dziecka,
- rozwoju jego mowy,
- rozwoju nie płynności mówienia.

Organizacja i przebieg badań

Zebranie korpusu wypowiedzi dziecka odbyło się w naturalnych sytuacjach życiowych chłopca: w domu rodzinnym, czasami na spacerze, podczas zabaw, posiłków, z udziałem rodziców, babci, rówieśników. Wzięto też pod uwagę wypowiedzi chłopca podczas pobytu w gabinecie logopedycznym. Nieoceniony okazał się telefon komórkowy, na który mama i babcia nagrywały wypowiedzi chłopca. Wywiad z mamą dziecka przeprowadzono na kilku spotkaniach z logopedą zgodnie z wyżej wymienionym kwestionariuszem wywiadu. Okazało się, że mama nie była przekonana co do trafności swoich odpowiedzi, szczególnie dotyczących informacji o rozwoju nie płynności mówienia u dziecka. Poprosiła

o dwa tygodnie na obserwację chłopca. Po dwóch tygodniach częściowo odpowiedziała na pytania, jednak jej opis był bardzo ogólnikowy. Fakt ten wzięto pod uwagę w procesie terapii logopedycznej.

3. Opis przypadku

Charakterystyka dziecka na podstawie wywiadu oraz obserwacji

Olek urodził się w lutym 2014 roku. W momencie pojawienia się niepełności miał 2 lata i 8 miesięcy. Ma czteromiesięczną siostrę Kasię (ur. w lipcu 2016 roku). Z relacji mamy wynika, że jej pierwsza ciąża przebiegała prawidłowo, choć przeżywała wiele sytuacji stresowych. Obawiała się, że straci lubianą przez siebie pracę – uczyła w prywatnej szkole językowej angielskiego i hiszpańskiego. Chłopiec urodził się o czasie, siłami natury. Stan dziecka w momencie urodzenia był bardzo dobry (10 pkt Apgar) i okres rozwoju dziecka do 2 lat przebiegał prawidłowo. Atmosfera rodzinna dziecka jest poprawna. Warunki materialne zaspokajają najważniejsze potrzeby Olka i jego siostry. Chłopiec zaczął chodzić, gdy miał 1 rok. Z obserwacji rodziców i babci, a także logopedy wynika, że Olek posługuje się prawą ręką i prawą nogą. Pierwsze słowa u chłopca pojawiły się już ok. 1. roku życia, a pierwsze proste zdania – ok. 2. roku życia. W rodzinie ojca chłopca jego brat był osobą jękającą się. Olek sypia przeważnie w swoim łóżeczku, ale wolałby jak dawniej, z rodzicami. Obecnie w łóżku rodziców najwięcej czasu spędza malutka Kasia. Olek jest o nią bardzo zazdrosny, podszczipuje siostrę i czasami mówi pieszczotliwie, żeby zwrócić uwagę mamy na siebie. Chłopiec zmienił się po narodzeniu siostry – stał się niespokojny, ma trudności z zasypianiem, czasami przejawia reakcje złości lub gniewu z błahego powodu, często bez uzasadnienia płacze. Olek przebywa głównie z mamą, jest do niej nadmiernie przywiązany, „bez końca by się do niej przytulał”. Brakuje mu na co dzień taty, który całymi dniami przebywa w pracy: jest nauczycielem swojego ojczystego języka – hiszpańskiego.

Rodzice w domu rozmawiają głównie w języku hiszpańskim, bo tata słabo mówi po polsku. Natomiast gdy mama rozmawia z dziećmi, używa języka polskiego. Olek ma babcię, która jest z wykształcenia filologiem polskim i bardzo dużo czasu poświęca wnukowi, czytając mu książeczki i wspólnie rozmawiając o ciekawych rzeczach. Chłopiec bardzo lubi swoją babcię i w jej obecności jest spokojny – wtedy mówi mu się łatwiej. Z relacji mamy i babci wynika, że Olek już od 2. r.ż. mówił dużo i poprawnie, z dużym zasobem słów. Jego wymowa w języku polskim jest prawidłowa pod względem fonetycznym. Z językiem hiszpańskim chłopiec ma większe trudności. Od momentu pojawienia się niepełności (od 2,8 r.ż) zaczął mówić mniej, szczególnie w obecności obcych osób i w nowych dla siebie sytuacjach. Okres występowania niepełnego mówienia trwa już trzy

miesiące. Objawy niepełnego mówienia występują przeważnie na początku wypowiedzi, ale zdarzają się także w dowolnych jej miejscach, szczególnie gdy rozmawia z ojcem lub mniej znanymi osobami i gdy coś opowiada zafascynowany (np. relacje ze spacerów w parku, z zabaw z kolegami). Podczas mówienia rodzice zauważają u chłopca nadmierne napięcie mięśni całego ciała, zbędne ruchy ciała (np. ręką). Niepełność mówienia u chłopca nie występuje ciągle, pojawia się i znika. Szczególnie zauważalna jest, gdy opowiada coś ciekawego albo rozmawia z kimś ważnym, nawet podczas zabawy z rówieśnikami. Wówczas powtarza sylaby i słowa, krótkie frazy, a nawet przeciąga samogłoski, a także stosuje wtrącenia, embolofraze, np. aaa... eee... yyy... nonono.... tototo.... Tym wypowiedziom czasami towarzyszy smutna mina chłopca albo pobudzenie ruchowe. Mama i babcia, obserwując chłopca, twierdzą, że nie ma on świadomości jąkania i nie przejmuje się swoimi trudnościami, zawsze kończy wypowiedź.

Analiza ilościowa i jakościowa przeprowadzonych badań

Korpus wypowiedzi badanego chłopca składa się z nagranych spontanicznie próbek: dialogu i monologu. Ogólnie zebrano tekst zawierający 654 słów (1230 sylab), w tym 420 słów (830 sylab) – dialogu oraz 234 słów (400 sylab) – monologu. Wskaźnik niepełności mówienia obliczono, podstawiając uzyskane dane do poniższego wzoru:

$$\text{Wskaźnik niepełności mówienia} = \frac{\text{Liczba objawów niepełności}}{\text{Liczba wypowiedzianych sylab}} \times 100\%$$

W przypadku monologu na 400 wypowiedzianych sylab przypadło 124 objawów niepełności i to pomnożone przez 100% dało wynik 3,1%. W wypowiedziach dialogowych na 830 sylab zidentyfikowano 320 objawów niepełności. Podstawiając do powyższego wzoru, uzyskano wskaźnik 3,3%. Średni procent niepełności mówienia u chłopca, obliczony jako suma wyników dwóch prób: monologu i dialogu podzielona przez 2 wyniósł 3,2% (tab. 1).

Tab. 1. Wskaźniki niepełności mówienia w wypowiedziach chłopca

Rodzaj wypowiedzi	Liczba objawów niepełności	Liczba wypowiedzianych sylab	Wskaźnik niepełności mówienia
Monologowe	124	400	3,1%
Dialogowe	320	830	3,3%
Razem/średnio	444	1230	3,2%

Przeprowadzone badania ilościowe wskazują, że wskaźnik niepełności mówienia w przypadku dialogu jest wyższy niż w monologu. Być może dziecku łatwiej jest mówić do siebie niż rozmawiać z drugą osobą.

W analizowanych rozmowach i monologu z udziałem nie płynnie mówiącego chłopca wystąpiły następujące objawy:

- powtarzanie sylab, słów i krótkich fraz;
- embolofrazje, wtrącenia samogłosek: aaaa.., eeee.., yyy.., oraz sylab: no.. no.. no.., to.. to.. to.., ma.. ma, głównie na początku wypowiedzi;
- rewizje jako epizody poprawiania źle wypowiedzianego słowa lub krótkiej frazy np. chciałem małe.. małego konika;
- przeciąganie samogłosek w środku wypowiedzi np. paani proszę pić, naa stole leczy mój piesio.

Biorąc pod uwagę diagnozę różnicową JW i RNM, należy stwierdzić, że u badanego chłopca przeważają objawy RNM (tab. 2).

Tab. 2. Diagnoza różnicowa JW i RNM u badanego dziecka

Kryterium		Jąkanie wczesnodziecięce (JW)	Rozwojowa nie płynność mowy (RNM)
Lingwistyczne	Dominujące objawy	Powtarzanie głosek i sylab, przeciąganie głosek, blokowanie	Powtarzanie słów i fraz, embolofrazje, rewizje
	Częstość objawów	Powyżej 3% (3,2%)	Poniżej 3%
	Lokalizacja objawów	W dowolnym miejscu wypowiedzi	Przeważnie na jej początku
Biologiczne	Wzmoczone napięcie	Występuje w niewielkim stopniu	Nie występuje
	Współruchy	Występują (ruch ręką)	Nie występują
Psychologiczne	Logofobia	Pojawia się	Nie występuje
	Świadomość jąkania	Pojawia się	Nie występuje
Społeczne	Odbiór wypowiedzi	Jąkanie w ocenie matki	Niejąkanie w ocenie logopedy
Rozwojowe	Czas trwania nie płynności	Co najmniej pół roku	Kilka miesięcy (3 miesiące)
	Okresy nie płynności	Wydłużają się	Skracają się (ze zmienną tendencją)

Źródło: opracowanie własne na podst.: Tarkowski i in. (2011: 21).

U chłopca rozwojową nie płynność mówienia charakteryzuje:

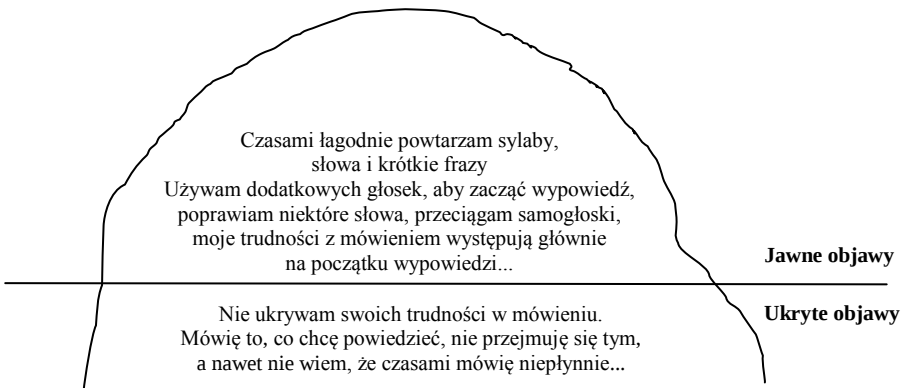
- powtarzanie słów i fraz, embolofrazje, rewizje;
- lokalizacja objawów przeważnie na początku wypowiedzi;
- niewystępująca logofobia oraz świadomość jąkania;
- krótki czas (3 miesiące) trwająca nie płynność;
- skracające się okresy nie płynności ze zmienną tendencją.

Ryzykiem jąkania wczesnodziecięcego mogą być następujące fakty:

- częstotliwość występujących objawów nie płynności mówienia przekraczająca zaledwie 0,2% przy normie 3%;

- występujące w niewielkim stopniu wzmożone napięcie mięśniowe oraz gest ręką;
- występowanie jąkania u syna w ocenie matki.
 Dodatkowy wpływ na rozwój jąkania wczesnodziecięcego mogą mieć:
 - czynniki predysponujące – jąkanie w rodzinie (u brata ojca);
 - czynniki wywołujące – urodzenie następnego dziecka;
 - czynniki podtrzymujące – rywalizacja o względy mamy, dwujęzyczność w rodzinie, ciągła nieobecność ojca.

Podsumowując przeprowadzone badania chłopca, warto przedstawić je na modelu góry lodowej (wczesna nie płynność) i opisać jako jawne i ukryte objawy zaburzonej płynności mowy.



Ryc. 2. Góra lodowa badanego dziecka. Wczesna niepłynność

4. Ramowy program terapii rodzinnej dziecka z wczesną niepłynnością¹

Cele terapii:

1. Diagnoza – identyfikacja zachowań dziecka z niepłynnością mówienia oraz jego najbliższego otoczenia w sytuacjach rodzinnych.
2. Terapia pośrednia – stwarzanie sprzyjającego środowiska dla kształtowania płynności mówienia dziecka przez identyfikację i modyfikację różnych sposobów komunikowania się językowego w rodzinie.

¹ Ramowy program terapii rodzinnej... jest wynikiem wieloletniej autorskiej terapii logopedycznej dzieci z zaburzoną płynnością mówienia na podstawie wiedzy zdobytej podczas szkolenia w The Michael Palin Centre for Stammering Children w Londynie. Autorka artykułu uczestniczyła w intensywnym kursie terapii płynności mowy dla dzieci w lipcu 1998 roku. Inicjatorką i autorką programu była prowadząca Lena Rustin przy współudziale Wielle Botterill oraz logopedów asystujących (Kostecka 1998).

3. Terapia bezpośrednia – wspomaganie rozwoju mowy, płynnego mówienia u dziecka jękającego się przez stosowanie ćwiczeń zabawowych uczących naturalnego oddechu, swobodnego przepływu powietrza, miękkiego kontaktu narządów artykulacyjnych, utrzymywania kontaktu wzrokowego oraz zwolnionego tempa mówienia.

Zajęcia terapii logopedycznej odbywają się w gabinecie logopedycznym: jedna sesja tygodniowo (90 minut) przez okres 9 tygodni. Rodzice kontynuują ją przez kolejne 3 miesiące, utrwalając zaplanowany program pod kierunkiem terapeuty.

Sesja I

Wstępna diagnoza i omówienie przebiegu terapii Wyznaczenie pierwszego zadania dla rodziców

Na pierwszej godzinie logopeda, stwarzając atmosferę zabawy, słucha, w jaki sposób mówi dziecko i jak się zachowuje, a także obserwuje reakcje jego rodziców. Druga godzina przeznaczona jest na przeprowadzenie wywiadu z rodzicami dotyczącego rozwoju mowy ich dziecka oraz omówienie przebiegu terapii. Dziecko pozostaje pod opieką terapeuty wspomagającego bądź – w razie konieczności – z jednym rodzicem.

Głównym zadaniem dla rodziców jest prowadzenie codziennych (ramowo ustalonych) zajęć zabawowych ze swoim dzieckiem według następującej instrukcji:

- zabawa powinna trwać co najmniej 5 minut;
- dziecko wybiera rodzaj czynności; nie może to być czytanie książki, oglądanie telewizji, gra komputerowa czy zabawa na podwórku;
- miejscem zabaw powinno być pomieszczenie, w którym nikt ani nic nie przeszkodzi i nie rozproszy uwagi w zabawie;
- rodzice, bawiąc się ze swoim dzieckiem, zwracają uwagę na to, co ono robi i co mówi;
- po upływie seansu zapisują swoje spostrzeżenia w kwestionariuszu, uwzględniając: datę zabawy, opis zajęcia, uwagi dotyczące tego, co mówiło i jak się zachowywało dziecko oraz jakie towarzyszyły temu uczucia.

Sesja II

Relacje rodziców z przeprowadzonych zabaw z dzieckiem

W spotkaniu uczestniczą tylko rodzice, którzy przynoszą ze sobą wypełniony kwestionariusz. Rozmowa terapeuty i rodziców dotyczy ich zachowania podczas codziennych pięciominutowych zabaw oraz uważnej obserwacji dziecka. Rodzice powinni wiedzieć, czym było zajęte dziecko w czasie zabawy i jakie było jego samopoczucie. Ważny jest osobisty komentarz rodziców na

temat ich roli w przezwyciężaniu trudności w mówieniu dziecka. Jaka postawa i jakie uczucia towarzyszyły rodzicom w czasie, kiedy dziecko objawiło niepełny mowa? Pod koniec spotkania logopeda informuje rodziców o nagraniu pierwszej sesji filmowej podczas następnego spotkania. W dalszym ciągu rodzice kontynuują pięciominutowe zabawy z dzieckiem oraz wypełniają kwestionariusz.

Sesja III

Nagranie pierwszej sesji filmowej

Na spotkanie przychodzą rodzice z dzieckiem; w czasie spotkania nagrywana jest pierwsza sesja filmowa. Dziecko inicjuje zabawę lub jest ona ustalana wspólnie. Rodzice po kolei bawią się z dzieckiem. W czasie, gdy terapeuta omawia i przygotowuje nagranie, dziecko jest pod opieką terapeuty wspomagającego bądź jednego z rodziców. Rodzic, który przygotowuje nagranie, jest także osobą prowadzącą zabawę z dzieckiem. Po pięciominutowej, ukończonej sesji filmowej każdy z rodziców wypełnia kwestionariusz.

Sesja IV

Omówienie pierwszej sesji filmowej

Obecni są tylko rodzice. Rodzice wspólnie z terapeutą oglądają pierwszą sesję filmową. Dokonują szczególnej analizy nagrania dotyczącej zmian, jakie zaszły bądź nie w zachowaniu dziecka i rodziców. W analizie brane są pod uwagę także informacje rodziców zawarte w kwestionariuszu z ostatniego tygodnia współpracy zabawowej z dzieckiem w domu. Rodzice mówią o uczuciach, jakie towarzyszyły im w czasie zabaw w domu i podczas sesji filmowej. Identyfikują się ze swoim zachowaniem w czasie realizacji filmu i na co dzień. Poszukują błędów w swoim zachowaniu. Wobec odkrytych problemów wspólnie ustalana jest lista zachowań, na które w przyszłości należy zwrócić uwagę:

1. Jak szybko rozmawiamy?
2. Czy mówimy po kolei?
3. Czy słuchamy uważnie siebie nawzajem?
4. Czy nie zadajemy zbyt dużo pytań?
5. Kto mówi najwięcej i czy jest to uzasadnione?
6. Czy używamy zrozumiałych słów i prostych zdań?
7. Czy czekamy chwilę, zanim odpowiemy dziecku?
8. Czy nie jesteśmy zbyt natrzący w mówieniu?

Jeżeli terapeuta dochodzi do wniosku, że rodzice nie są jeszcze gotowi, by podejść do drugiej sesji filmowej, sam prezentuje zajęcia pokazowe z dzieckiem.

Sesja V

Zajęcia pokazowe logopedy

Zajęcia pokazowe miały już miejsce podczas pierwszej sesji, kiedy przez godzinę terapeuta „bawił się” z dzieckiem, by wytworzyć życzliwą atmosferę i zaprzyjaźnić się z nim. Rodzice wówczas mogli zaobserwować właściwe zachowanie się względem dziecka z zaburzoną płynnością mówienia. Logopeda tak programuje pięciominutową zabawę, aby zwrócić uwagę na te błędy rodziców, które popełniają najczęściej w czasie kontaktów z dzieckiem. Może to być propozycja kilku zabaw pięciominutowych, jeżeli oczywiście dziecko ma dobre samopoczucie i chce w nich uczestniczyć. Zajęcia pokazowe logopedy są rejestrowane. W przyszłości mogą służyć jako cenna pomoc i instruktaż dla rodziców.

Po zakończeniu sesji filmowej logopeda wypełnia kwestionariusz dziecka. Rodzice wzbogaceni o nowe doświadczenia w dalszym ciągu prowadzą w domu pięciominutowe zabawy i zapisują swoje spostrzeżenia w kwestionariuszu.

Sesja VI

Omówienie zajęć pokazowych przeprowadzonych przez logopedę

Na zajęcia przychodzą tylko rodzice. Logopeda wspólnie z nimi ogląda sesję filmową, następnie rodzice omawiają zachowanie i postępowanie logopedy i w związku z tym zachowanie i reakcje dziecka. Dodatkowo analizowane są notatki logopedy sporządzone w kwestionariuszu dziecka oraz spostrzeżenia rodziców z pracy z dzieckiem z ostatniego tygodnia. Wyciągają wnioski co do dalszej pracy z dzieckiem, kontynuując pięciominutowe zajęcia w domu. Rodzice bogaci o nowe doświadczenia sami przygotowują drugą sesję filmową.

Sesja VII

Nagranie drugiej sesji filmowej

Są to kolejne wspólne pięciominutowe zajęcia z dzieckiem, które rejestrujemy. Spotkanie przebiega podobnie jak pierwsze, z tą różnicą, że rodzice sami przygotowują zabawy oraz mają wiedzę o tym, co należy zmienić w swoim postępowaniu, i starają się to realizować. Relacje z sesji filmowej rodzice zapisują w kwestionariuszu. W dalszym ciągu w domu realizują zabawy z dzieckiem i zapisują swoje spostrzeżenia w kwestionariuszu.

Sesja VIII

Omówienie drugiej sesji filmowej

Obecni są tylko rodzice. Logopeda i rodzice oglądają uważnie film, czytają wspólnie obserwacje w kwestionariuszu, analizują, co udało się zmienić i o ile

zmieniło się zachowanie dziecka. Jeżeli rodzice nauczyli się na tyle, by radzić sobie z trudnościami w czasie pięciominutowych zabaw, to logopeda sugeruje, by rozszerzyć czas zabaw na coraz dłuższy. Rodzice w dalszym ciągu pracują z dzieckiem w domu. Włączają do zajęć i zabaw babcię, dalszą rodzinę, znajomych. Relacje z każdego spotkania zapisują w kwestionariuszu.

Sesja IX

Podsumowanie dotychczasowej terapii

Terapeuta razem z rodzicami dokonuje analizy przebiegu terapii, zaczynając od etapu pierwszego i kończąc na etapie ósmym. Relacje rodziców i zapisy z kwestionariusza pozwalają zdecydować, czy rodzice są gotowi pracować z dzieckiem w sposób samodzielny przez trzy następne miesiące pod kontrolą logopedy w domu i poza domem. Jeżeli dziecko poczyniło postępy w płynności mówienia, to rodzice prowadzą terapię w domu i przenoszą wyuczone po dłuższym treningu zachowania na coraz to inne sytuacje. Wszystkie spostrzeżenia zapisują po każdym dniu w kwestionariuszu i pod koniec tygodnia przesyłają na pocztę elektroniczną logopedy. Terapeuta sprawdza kwestionariusze i kontaktując się przez e-mail, udziela konsultacji rodzicom. W przypadku braku postępów w terapii bądź niewielkich osiągnięć logopeda za zgodą rodziców podejmuje dalszą terapię z dzieckiem w poradni. Cały proces logopedyczny zaczyna się od początku bądź od określonego miejsca, które ustala logopeda po dokładnej analizie kwestionariusza i rozmowie z rodzicami.

Sesja X

Konsultacja logopedyczna po trzech miesiącach samodzielnej pracy rodziców

Logopeda stwarza sytuację zabawową, by sprawdzić płynność mówienia dziecka i zachowanie się rodziców. Następnie tylko z rodzicami omawia przebieg przeprowadzonej terapii oraz udziela rad na dalszych sześć miesięcy. Rodzice, znając wyuczone zachowania z poprzedniego okresu terapii, stosują je w każdej sytuacji życiowej dziecka, włączając środowisko rodzinne, rówieśnicze i ew. przedszkolne. Następne konsultacje wyznaczone są za 1 rok i za 2 lata, jeżeli zaistnieje taka konieczność.

Zakończenie

W przypadku Olka, chłopca we wczesnej niepełności, zastosowano diagnostyczne, pośrednie i bezpośrednie oddziaływanie terapeutyczne, stosując ramowy program terapii rodzinnej. Część diagnostyczna zawierała obserwację i monito-

rowanie objawów nie płynności mówienia oraz zachowań dziecka w jego różnych sytuacjach życiowych. Zebrano próbki spontanicznych wypowiedzi chłopca i obliczono wskaźniki nie płynności mowy. Dokonano analizy zachowań Olka oraz jego rodziny podczas komunikowania się. Oddziaływanie pośrednie polegało na wprowadzeniu oczekiwanych zmian (interakcji między członkami rodziny) dla kształtowania się płynności mowy. Rodzice poznali, co sprzyja płynności mowy ich dziecka, a co jest niekorzystne. Uznali, że należy:

- utrzymywać kontakt wzrokowy podczas mówienia;
- zwolnić tempo własnego mówienia;
- mówić po kolei, nie przerywać dziecku, gdy mówi;
- nie zadawać zbyt wielu pytań;
- nie kończyć za dziecko wypowiedzi;
- słuchać swego dziecka z uwagą i komentować jego wypowiedź;
- nie nakłaniać do mówienia przy obcych;
- odwracać uwagę od niepowodzeń w mówieniu;
- zachęcać i chwalić dziecko, budując poczucie jego własnej wartości.

Powyższe zalecenia mają być wdrażane stopniowo. Zostały one ustrukturyzowane w ramowym programie terapii rodzinnej. Oddziaływanie bezpośrednie to zabawy rozwijające płynną mowę dziecka przez: zwalnianie tempa mówienia, naturalny oddech, swobodną fonację i artykulację. Do obecnej chwili w ramach programu terapii rodzinnej zrealizowano 9 sesji terapeutycznych i stwierdzono znaczne postępy w płynności mówienia dziecka oraz w sprzyjającym funkcjonowaniu komunikacyjnym całej rodziny. Przez następne 3 miesiące rodzice będą kontynuowali terapię w domu.

Celem dalszych oddziaływań będzie przeniesienie (transfer) wyuczonych, pozytywnych zachowań na coraz to inne sytuacje życiowe dziecka, rozszerzając przy tym czas sytuacji zabawowych i zadań codziennych. Spostrzeżenia z dalszej terapii rodzice zapiszą w kwestionariuszu, utrzymując stały kontakt z logopedą. Terapię należy kontynuować do momentu, aż dziecko będzie mówiło płynnie.

Po roku dalszej terapii, kiedy Olek ukończył 3 lata i 8 miesięcy, dokonano: diagnozy płynności mowy dziecka, analizy notatek rodziców z rozszerzonych zabaw i zadań codziennych oraz wywiadu z nimi. Stwierdzono, że u chłopca utrzymuje się płynność mowy na bardzo dobrym poziomie.

Literatura

- Ambrose N.G., Yairi E., 1999, *Normative disfluency data for early childhood stuttering*, „Journal of Speech, Language and Hearing Research” 42, s. 296–302.
- Byrne R., 1989, *Pomówmy o zacinaniu*, Warszawa: PZWL.
- Carl W., Dell Jr., 2008, *Terapia jękania u dzieci w młodszym wieku szkolnym. Podręcznik dla logopedów*, Kraków: Impuls.

- Nowak S., 1970, *Metodologia badań socjologicznych*, Warszawa: PWN.
- Kostecka W., 1998, *Kurs terapii płynności mowy dla dzieci*, Londyn, lipiec 1998, „Logopedia”, t. 25, s. 166–167.
- Kostecka W., 1999, *Pomoc logopedyczna dziecku jękającemu się*, „Logopedia”, t. 26, s. 67–85.
- Kostecka W., 2000, *Dziecko i jękanie*, Lublin: Polskie Towarzystwo Logopedyczne – Zarząd Główny.
- Kostecka W., 2001a, *Ramowy program diagnozy i terapii wczesnej niepełności*, „Biuletyn Logopedyczny”, nr 2, s. 37–40.
- Kostecka W., 2001b, *Terapia rodzinna dziecka z niepełnością mówienia*, „Biuletyn Logopedyczny”, nr 3, s. 38–44.
- Tarkowski Z., 1992, *Jękanie wczesnodziecięce*, Warszawa: WSiP.
- Tarkowski Z., 2001, *Jękanie*, Warszawa: PWN.
- Tarkowski Z., Skorek E., 2009, *Research on stuttering in-pre school and school children*, Zielona Góra: Uniwersytet Zielonogórski.
- Tarkowski Z., Humeniuk E., Dunaj J., 2010, *Diagnoza i terapia jękania w wieku przedszkolnym*, „Otolaryngologia”, 9 (3), s. 112–114.
- Tarkowski Z., Humeniuk E., Dunaj J., 2011, *Jękanie w wieku przedszkolnym*, Olsztyn: Wydawnictwo UWM.
- Rustin L., Botterill W., Kelman E., 1996, *Assessment and Therapy for Young Dysfluent Children, Family Interaction*, London: Whurr Publishers Ltd.
- Węsierska K., 2013a, *Badanie wpływu zastosowania podejścia Palin PCI w terapii jękania w polskojęzycznego dziecka – studium indywidualnego przypadku* [w:] *Interakcyjne uwarunkowania rozwoju i zaburzeń mowy*, red. M. Michalik, A. Siudak, H. Pawłowska-Jaroń, „Nowa Logopedia”, t. 4, Kraków: Collegium Columbinum, s. 295–316.
- Węsierska K., 2013b, *Udział rodziców w procesie interwencji logopedycznej w jękanii małych dzieci* [w] *Rozwój i jego wspieranie w perspektywie rehabilitacji i resocjalizacji*, red. A. Sobczak, D. Müller, Łódź: Wydaw. Uniwersytetu Łódzkiego, s. 11–21.
- Ziemski S., 1973, *Problemy dobrej diagnozy*, Warszawa: PWN.

Diagnosis and speech and language therapy of a child with early non-fluent speech – a case study

Summary

The goal of the paper is to present a case of a bilingual child under three with early non-fluent speech. The author presents theoretical bases for the carried out research: she defines developmental non-fluent speech and early childhood stuttering, she discusses overt and hidden symptoms of stuttering and their graphic visualisations (icebergs). She shows characteristics of the child based on an interview and participating observation, quantitative and qualitative analysis of stuttering and a framework programme of family therapy.

Key words: developmental non-fluent speech, stuttering, speech therapy

Izabela Marczykowska
Wioletta Koczaja-Styka

OPÓŹNIONY ROZWÓJ MOWY NA TLE SKRAJNEGO WCZEŚNIACTWA - STUDIUM PRZYPADKU

Artykuł przedstawia studium dziecka urodzonego w 27. tygodniu ciąży. Wczesniactwo jest w przypadku rozwoju mowy tematem nowym, bowiem postęp medycyny stanowi o coraz liczniejszym występowaniu takich urodzeń. Opisano tu przypadek dziecka, którego rozwój prenatalny został zahamowany, a wcześniejsze przyjście na świat miało znaczący wpływ na tempo rozwoju i poziom przyswajania języka. Proponowane w artykule założenia terapeutyczne mogą stanowić źródło inspiracji dla logopedów pracujących z takimi pacjentami.

Słowa kluczowe: wczesniactwo, rozwój mowy, wczesna terapia

Wstęp

Przełom XX i XXI wieku niesie ze sobą dynamiczny rozwój różnych gałęzi nauk medycznych, a zwłaszcza neonatologii, która na chwilę obecną pozwala ratować i utrzymywać przy życiu coraz większą liczbę dzieci urodzonych przedwcześnie, tj. przed 37. tygodniem ciąży. Są one znacznie bardziej narażone na wystąpienie zaburzeń poprawnego funkcjonowania i rozwoju ze względu na uszkodzenie lub niedojrzałość układów czy narządów. Te nieprawidłowości mogą mieć swoje odbicie zarówno w rozwoju fizycznym, jak i psychicznym dziecka, mogą ponadto cechować się różnym natężeniem skali objawów: od prawie niezauważalnych do bardzo wyraźnie zarysowanych w rozwoju.

Do najczęstszych poważnych zaburzeń rozwojowych występujących u wcześniaków zaliczamy: mózgowe porażenie dziecięce, zaburzenia wzroku, słuchu, mowy, upośledzenie umysłowe. Warto w tym miejscu zauważyć, że zaburzenia rozwoju mowy i startu mowy mają znaczący wpływ na poznawcze, społeczne i emocjonalne sfery życia małego człowieka, które rzutują na jego dorosłe życie, mogą utrudniać podjęcie, a nawet realizację obowiązku edukacji szkolnej, co ma swój oddźwięk w braku możliwości realizacji chociażby zawodowej. Mowa towarzyszy wszystkim aspektom ludzkiego funkcjonowania. Po-

zwala na swobodną komunikację, realizację poznawczych czynności, wyrażanie emocji, pragnień, kształtuje tożsamość, pozwala człowiekowi istnieć w społeczeństwie i rozwijać się, dlatego też wszelkiego rodzaju nieprawidłowości związane z mową znacznie wpływają na życie każdego człowieka.

Mając na uwadze fakt, że w ostatnich latach obniżył się próg przeżywalności dzieci przedwcześnie urodzonych, zwłaszcza bardzo niedojrzałych wcześniaków zwanych skrajnymi, wzrosło zapotrzebowanie na dokładniejsze śledzenie i badanie ich rozwoju. Dzieci te narażone są na występowanie wielu zaburzeń, dlatego wymagają wielospecjalistycznej zintegrowanej opieki medycznej, która pozwoli im na osiągnięcie prawidłowego rozwoju. Ważne jest, by tym małym pacjentom stworzyć odpowiednie warunki do osiągnięcia optymalnych możliwości rozwojowych niwelujących deficyty wcześniacze i pozwalających na usprawnienie bądź rehabilitację wszystkich zaburzonych funkcji tak, by nie odbiegały rozwojowo od rówieśników urodzonych o czasie. Oczywiście musimy mieć na uwadze możliwości, jakie dziecko posiadało w okresie prenatalnym i uwzględnić wszelkiego rodzaju uszkodzenia układu nerwowego oraz stopień możliwości usprawnienia zaburzonych funkcji.

O skuteczności działań terapeutycznych w przypadku dzieci przedwcześnie urodzonych decyduje w dużym stopniu ich wczesne rozpoczęcie, na podstawie wnikliwej i dokładnej diagnozy. Pomimo iż świadomość lekarzy pierwszego kontaktu i rodziców jest coraz większa, zdarzają się sytuacje, w których pomoc – zwłaszcza w okresie noworodkowym, niemowlęcym, poniemowlęcym, wcześniactwem, dziecięcym, a nawet wczesnoszkolnym, kiedy pacjent znajduje się w początkowej fazie wieku rozwojowego – opiera się tylko na działaniach medycznych. Wciąż są przypadki, gdy nie podejmuje się działań psychologicznych, a najbardziej marginesowo traktowane są interwencje logopedyczne. Taki stan rzeczy może być spowodowany tym, że pomimo upływu lat i wzrostu świadomości, w społeczeństwie nadal funkcjonuje przeświadczenie, że „to małe dziecko, to jeszcze żeby mówić, to ma czas”, „a to wcześniak – to one tak mają”, „to chłopiec – oni zawsze mają trudną mowę”¹. Jest to niestety mylne, błędne i krzywdzące przekonanie. W ramach profilaktyki powinno się uświadamiać społeczeństwo, że mowa i język kształtują się od urodzenia, zaś uwarunkowania biologiczne pozyskujemy jeszcze w okresie prenatalnym.

1. Wcześniactwo – definicja i przyczyny

W publikacjach medycznych spotykamy się z dwoma terminami określającymi noworodka z ciąży zakończoną przed 37. tygodniem: „ wcześniak” i „dziecko urodzone przedwcześnie”. Według definicji Światowej Organizacji Zdrowia

¹ Cytaty pochodzą z wypowiedzi rodziców wcześniaków.

WHO, poród przedwczesny oznacza każde zakończenie ciąży w okresie od 23. do 37. tygodnia jej trwania, przy czym masa urodzeniowa dziecka nie ma żadnego znaczenia. Z kolei ciąża zakończona przed 32. tygodniem ciąży traktowana jest jako skrajne wcześniactwo (Bręborowicz i in. 2013). Jeśli przedwczesne (przed upływem naturalnego terminu rozwiązania) zakończenie ciąży występuje naturalnie, nazywane jest samoistnym, jeśli poprzez wskazania medyczne – w sytuacji np. zagrożenia życia płodu – nazywane jest wywołanym. Dzieci, które przyszły na świat przedwcześnie, nie są jednolitą grupą, chociażby ze względu na osiąganą masę urodzeniową i długość trwania ciąży.

Tab. 1. Stopień wcześniactwa ze względu na poród w określonym tygodniu

Stopień wcześniactwa	Tydzień ciąży
Poród skrajnie przedwczesny	< 28 tyg.
Poród bardzo przedwczesny	28–31 tyg.
Poród umiarkowanie przedwczesny	32–33 tyg.
Poród miernie przedwczesny	34–36 tyg.

Źródło: <http://www.wczesniaki.org.pl/pl,wczesniaki> (dostęp: 10.01.2017).

Tab. 2. Mała masa urodzeniowa według definicji WHO

Zróżnicowanie noworodków o małej urodzeniowej masie ciała	Masa ciała przy urodzeniu
Mała masa ciała	1500–2499 g
Bardzo mała masa ciała	1000–1499 g
Skrajnie mała masa ciała	500–999 g

Źródło: <http://www.wczesniaki.org.pl/pl,wczesniaki> (dostęp: 10.01.2017).

Wśród dzieci z niską wagą urodzeniową blisko 90% stanowią noworodki wcześniacze, pozostałe 10% to dzieci urodzone o czasie, ale charakteryzujące się innymi przypadłościami, jak np. hipotrofia czy hipoplazja (IUGR) wewnątrzmaciczna. Przyczyny przedwczesnego rozwiązania ciąży są bardzo złożone i niejednokrotnie trudne do ustalenia, jednak istnieje kilka czynników zwiększających prawdopodobieństwo wystąpienia porodu przedwczesnego. Czynniki te mają podłoże natury medycznej oraz natury społecznej i zaliczamy do nich: zmęczenie i przeciążenie pracą fizyczną i psychiczną, stres związany z pracą lub sytuacją życiową, wiek matki poniżej 20. roku życia oraz powyżej 35. roku życia, palenie tytoniu, przebyte niepowodzenie położnicze, choroby – nadciśnienie tętnicze, nieunormowana cukrzyca, niewydolność szyjki macicy,

wady rozwojowe macicy, wady rozwojowe płodu, infekcje płynu owodniowego lub płodu, ciążę mnogie i wielorakie, wielowodzie, łożysko przodujące, przedwczesne odklejenie się łożyska, mięśniaki, niedokrwistość.

2. Cechy niedojrzałości dzieci urodzonych przedwcześnie

Każdy przedwczesny poród sprawia, że proces dojrzewania wszystkich układów małego człowieka zostaje przerwany. Wiąże się to z ryzykiem nieprawidłowego ich funkcjonowania, czego następstwem są nieprawidłowości rozwojowe dziecka.

Noworodek z ciąży niedonoszonej znacznie różni się od noworodka, który przychodzi na świat terminowo. Wiek płodowy takiego dziecka wynosi od 26. do 37. tygodni, masa ciała – od 500 do 2500 g, długość ciała – od trzydziestu kilku do 47 cm, obwód głowy – od 25 do 33 cm. Cały tułów wcześniaka jest w zachowaniu proporcji dość długi, ramiona i nogi cienkie, pośladki nie w pełni rozwinięte, niejednokrotnie ciało pokrywa zarost zwany lanugo, dzieci nie mają tkanki tłuszczowej, a zatem ich skóra jest czasem cieniutka niczym pergamin.

Porównując zachowania zdrowego noworodka urodzonego o czasie z dzieckiem z porodu przedwczesnego, dostrzega się w ocenie bezpośredniej znaczne różnice. Wcześniak jest mniej aktywny ruchowo, ułożenie ciała charakteryzuje się sztywnością stawów, bardziej czerwone jest zabarwienie skóry. Ponadto istnieje wiele cech ukrytych, na które zwraca uwagę I. Brzozowska (1978):

- zaburzenia termoregulacji, krążenia i oddychania spowodowane niedojrzałością ośrodkowego układu nerwowego,
- niedokrwistość, która jest skutkiem hemopoezy, mniejszej ilości hemoglobiny, braku żelaza i niedojrzałości enzymów,
- obniżona przemiana materii, przez co dziecko nie potrafi wytwarzać odpowiedniej ilości ciepła i traci duże jego ilości,
- niedostateczne wydzielanie enzymów trawiennych,
- zakłócenie funkcjonowania pracy nerek, które prowadzi do zaburzeń przemiany wodnej,
- obniżenie odporności układu immunologicznego,
- obniżenie ilości przeciwciał przekazywanych przez matkę,
- zwiększona podatność na krzywicę ze względu na niedobór wapnia, fosforu i witaminy D.

Świadectwem stanu, w jakim każde dziecko przyszło na świat, jest punktacja Apgar, która ściśle powiązana jest z oceną stopnia ciężkości niedotlenienia noworodka, czyli zamartwicy. Maksymalna ilość punktów (10) oznacza, że dziecko urodziło się w stanie dobrym, 8–7 punktów sygnalizuje zmęczenie małego organizmu porodem, 6–4 traktowane jest jako zamartwica średniego stop-

nia, poniżej 4 – jako zamartwica ciężka. Stan dziecka oceniany jest w pierwszych 10 minutach życia. Jeżeli średni i ciężki stopień utrzymuje się dłużej niż 10 minut, to najprawdopodobniej dziecko będzie mieć problemy neurorozwojowe (Nitendel-Bujakowa, Kołtun 2001: 105).

W zależności od stadium wcześniactwa ryzyko powikłań jest różne; im bardziej skrajny wcześniak, tym większy niedorozwój układów i narządów oraz większe ryzyko wystąpienia zaburzeń rozwojowych i chorób. W zależności od tygodnia zakończenia ciąży, wagi urodzeniowej i zagrożeń spowodowanych niedojrzałością organizmu, wcześniaki rozwijają się na różnych poziomach osiągnięć. Niektóre dzieci szybko nadrabiają odstępstwa od rówieśników i rozwijają się zgodnie z planem rozwojowym, inne odstają od grupy rówieśniczej i wymagają specjalistycznej pomocy. W pracy logopedy, w toku postępowania z dzieckiem przedwcześnie urodzonym czy z dzieckiem o niskiej wadze urodzeniowej, ważna jest świadomość, w jaki sposób logopeda może pomóc noworodkowi, na co powinien zwrócić uwagę i jak prowadzić terapię. Zazwyczaj u takich dzieci pojawiają się trudności z podawaniem pokarmów, ssaniem, przetrwałym odruchem wymiotnym, infantylnym połykaniem, brakiem umiejętności żucia, kłusania, pionizacji i ogólnej sprawności języka, sprawności całego aparatu mowy, oddychania i oczywiście mowy. Zatem wprawny logopeda poprzez odpowiednią terapię, ćwiczenia i chęć niesienia pomocy jest w stanie w znaczny sposób ułatwić rozwój dziecka i nauczyć go poprawnego funkcjonowania.

3. Czynniki ryzyka zaburzeń występujących u wcześniaków

Najczęstszym uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego dzieci przedwcześnie urodzonych jest krwawienie okołoporodowe i leukomolacja okołoporodowa. Są one wynikiem niedojrzałości mózgu i zaburzeń krążenia mózgowego (Kornacka, Bokiniec 2003). Częstotliwość występowania krwawień dokomorowych jest odwrotnie proporcjonalna do dojrzałości noworodka i wynosi 40–60%. Krwawienie może przybrać cztery stopnie w skali nasilenia wylewu. Najgorzej rokujące są dzieci z IV stopniem intensywności krwawienia – śmiertelność w tej grupie noworodków wynosi 80–90%, a dzieci, które przeżywają, odznaczają się zaburzeniem psychoruchowym. Noworodki z krwawieniem I czy II stopnia w późniejszym rozwoju cechują się prawidłowym rozwojem do 1. roku życia, lecz niejednokrotnie w późniejszym etapie mogą wystąpić: zaburzenia lokomocji, kontroli postawy, zaburzenia mowy i słuchu.

Leukomolacja okołokomorowa PVL to inaczej martwica istoty białej w mózgu. Powstaje w wyniku procesów niedotlenieniowo-niedokrwiennych, na które narażone są dzieci przedwcześnie urodzone. Leukomolacja okołokomorowa i krwawienia do ośrodkowego układu nerwowego są jednymi z przyczyn po-

wstania mózgowego porażenia dziecięcego. Kolejnym czynnikiem patologicznie oddziałującym na OUN wcześniaków może być podwyższone stężenie poziomu bilirubiny, co wiąże się z niedojrzałością wątroby, dlatego leczenie należy traktować bardzo restrykcyjnie. Nasilona i patologiczna nieleczona żółtaczka może wpływać toksycznie na mózg i doprowadzić do zaburzeń słuchu i nieprawidłowości o rozwoju poznawczym. Problemem dla tych dzieci jest także oddychanie – narażone są one na zespół zaburzeń oddychania, dysplazję oskrzelowo-płucną i przewlekłą chorobę płuc, co może prowadzić do zaburzeń rozwoju psychoruchowego.

W układzie krążenia także można spotkać nieprawidłowości w postaci przetrwałego utrzymywania się krążenia okołoporodowego, które wymaga interwencji farmakologicznej bądź chirurgicznej. W wyniku braku samoistnego zamknięcia się przewodu tętniczego mogą wystąpić zaburzenia w pracy układu oddechowego, pokarmowego, krążeniowego, OUN i upośledzenie pracy nerek. Powikłania ze strony układu pokarmowego to martwicze zapalenie jelit i refluks przełykowo-żołądkowy, czemu sprzyja niska masa urodzeniowa dziecka. Długotrwałe i nieleczony refluks może doprowadzić do słabego przybywania masy ciała. Nieprawidłowy przebieg funkcji spożywania pokarmu związany jest z zaburzonymi odruchami oralnymi i może stanowić fundament do patologicznego kształtowania się funkcji fonacyjnych i artkularyjnych. Narząd wzroku i słuchu także narażony jest na możliwość wystąpienia uszkodzeń. Dzieci z niską wagą urodzeniową często cierpią na retinopatię – chorobę siatkówki i ciała szklanego oka, co może prowadzić do znacznego niedowidzenia, a w skrajnych przypadkach – do utraty wzroku. Ponadto dzieci urodzone przed 37. tygodniem ciąży narażone są na zezę, niedowidzenie, oczopląs, nawet jeśli po porodzie nie stwierdzono retinopatii (Kułakowska 2002).

Jak wynika z powyższego przeglądu, dzieci wcześniacze wymagają stałej obserwacji, by móc w odpowiednim czasie wychwycić czasowe odstępstwa od normy, które mogą być efektem wcześniactwa, od tych, które mogą świadczyć o uszkodzeniu czy nieprawidłowym funkcjonowaniu różnych układów czy narządów. Wczesna interwencja pozwoli tym dzieciom na jak najszybsze podjęcie próby wyrównywania źle funkcjonujących układów.

4. Rozwój mowy dziecka wcześniej urodzonego

W większości przypadków u dzieci urodzonych przedwcześnie mowa rozwija się w sposób zaburzony i wymaga wczesnych działań terapeutycznych. Im wcześniej dziecko zostanie poddane wspomaganie rozwoju, tym lepsze będą dla niego rokowania. Opieka logopedyczna i odpowiednia terapia w 1. roku życia pozwala zapobiegać pogłębianiu się problemu. Rozpoczęcie diagnozy powinno być poprzedzone zwróceniem uwagi na wszystkie aspekty mające wpływ na

rozwój mowy. Bardzo ważny jest ogólny stan zdrowia wcześniaka, rozwój psychomotoryczny, budowa narządów mowy, układ oddechowy i tor oddychania. Logopeda powinien sprawdzić, jak wyglądało karmienie, jakie jest napięcie mięśniowe ciała i twarzy, czy występuje asymetria twarzy i ciała, czy występowały lub występują problemy z mową lub budową aparatu fonacyjnego w rodzinie.

Wcześnieaki o niskiej wadze urodzeniowej często odznaczają się brakiem odruchu ssania lub nieprawidłowym odruchem, który może doprowadzić do zachłystywania się lub torsji. Problem ze ssaniem może być wynikiem zaburzeń układu nerwowego. Rolą logopedy jest przywrócenie prawidłowego odruchu i wyeliminowanie zaburzeń. U dzieci przedwcześnie urodzonych często obserwuje się, że start mowy jest nieprawidłowy lub odroczone i wymaga odpowiedniej interwencji logopedycznej. Może to być wynikiem obniżenia sprawności percepcyjnych lub też zahamowania albo niewykształcenia się.

Zaburzenie rozwoju mowy u dzieci wcześniaczych ma bardzo niekorzystny wpływ na rozwój i poziom aktywności dziecka. Wszelkie zachowania i formy zabaw dzieci wykazujących zaburzenia rozwoju mowy są często chaotyczne, nikle ukierunkowane, stymulowane głównie poprzez bodziec wzrokowy. Te dzieci bardzo często rozpraszają się; ich uwaga i koncentracja nie jest na tyle sprawna, by mogły skupić się na czymś w taki sposób, jak robią to dzieci z normy urodzeniowej (Bogacz 2012).

Wcześnieaki często mają ograniczone rozumienie mowy, nie zadają pytań. Zazwyczaj dużo trudniej przyswajają nowe słowa, trudniej jest im też je powtarzać i używać w poprawnym kontekście. Niejednokrotnie można zauważyć, że te dzieci bawią się w ciszy, jednak nie dlatego, że są z natury ciche, a z tej przyczyny, że nie potrafią komentować swoich zachowań. Problemy związane z rozumieniem mowy i rozumieniem komunikacji mogą ściśle wiązać się z problemami intelektualnymi dziecka, dlatego ważne jest, by jak najwcześniej rozpocząć terapię.

5. Badanie rozwoju mowy dziecka urodzonego przed 37. tygodniem ciąży

Logopeda to osoba, która powinna mieć świadomość, że diagnoza i terapia to dwa integralnie połączone ze sobą elementy. Podstawą planowania całego procesu terapii i wdrażania jego realizacji jest odpowiednie rozpoznanie deficytów językowych u dziecka. W prezentowanym badaniu na diagnozę logopedyczną złożyły się:

- zapoznanie z dokumentacją medyczną przedstawioną przez rodziców dziewczynki, analiza dokumentacji – wyników badań lekarskich, epikryz, danych z historii rozwoju noworodka, danych z książeczki zdrowia dziecka,
- wywiad z rodzicami – kwestionariusz wywiadu logopedycznego dla dzieci przedwcześnie urodzonych – opracowanie własne,

- badanie logopedyczne,
- obserwacja Oliwii w trakcie zabawy spontanicznej, planowanej, zabawy z osobami trzecimi, samodzielnej i ogólna obserwacja zachowań.

Do badania logopedycznego wykorzystano dwa narzędzia: kartę badania mowy dziecka dostosowaną dla dziecka 28-miesięcznego oraz kwestionariusz obrazkowy do badania rozumienia i mówienia (Billewicz, Ziolo 2015). Całość badania logopedycznego łącznie z wywiadem i obserwacją obejmowała zgodnie z treścią arkusza następujące elementy:

1. ocenę mówienia – powtarzanie, nazywanie, budowanie zdań, dialog – inicjowanie, prowadzenie, opowiadanie,
2. ocenę rozumienia znaczenia wyrazów, zdań prostych, złożonych, poleceń,
3. ocenę różnicowania dźwięków z otoczenia – szczekanie psa, miauczenie, karetka – odgłos z nagrania na dyktafonie,
4. ocenę budowy i sprawności narządów artykulacyjnych,
5. ocenę funkcji oddechowych,
6. ocenę sprawności związanych z przyjmowaniem pokarmów,
7. ocenę głosu w mowie spontanicznej,
8. ocenę płynności mowy w mowie spontanicznej,
9. ocenę reakcji niewerbalnych,
10. ocenę kontaktu z rodzicami.

Wszystkie elementy i narzędzia wykorzystane w trakcie diagnozy były dostosowane do zasobu wiedzy i znajomości mowy dziecka dwu-, dwuipółletniego. Ponadto w procesie diagnozy zostały wykorzystane inne pomoce, jak: klocki, układanki, misie, lalki, buteleczka i łyżeczka do karmienia, instrumenty muzyczne, przedmioty z otoczenia dziecka.

Dziewczynka urodziła się w 27. tygodniu ciąży jako skrajny wcześniak. Trzy tygodnie przed rozwiązaniem matce zaczęły odchodzić wody płodowe w wyniku infekcji dróg rodnych. By ratować życie nienarodzonej dziewczynki, matka została poddana antybiotykoterapii, była nawadniana i poddana pełnej kuracji steroidowej. Oliwia urodziła się przez cesarskie cięcie. Ważyła 730 g, mierzyła 36 cm, obwód głowy wynosił 23 cm. Rozpoznanie chorobowe zaraz po urodzeniu to:

- wcześniactwo Hbd27 P07.2,
- hipotrofia wewnątrzmaciczna P05.0,
- niewydolność oddechowa RDS P22.0,
- żółtaczka P59.0,
- IVH II ad sin P52.1,
- zapalenie płuc J18.0,
- niedokrwistość P61.2,
- dysplazja oskrzelowo-płucna P27.1,
- retinopatia wcześniacza H35.1,
- noworodek z chorobą matki Hashimoto.

Po urodzeniu otrzymała 4 punkty Apgar w piątej i 5 pkt w dziesiątej minucie życia. U dziewczynki stwierdzono niewydolność oddechową, zaintubowano ją i przeniesiono na OIT, poddano antybiotykoterapii. W drugiej dobie życia nastąpiło pierwsze przetoczenie krwinek czerwonych ze względu na anemię². Przez tydzień dziecko karmiono pozajelitowo, następnie dołączono karmienie dożołądkowe, a od 19. dnia życia była karmiona wyłącznie dożołądkowo. W tym czasie podawano wzmacniacze pokarmowe i KKCZ z powodu anemii oraz żelazo i leki na dysplazję oskrzelowo-płucną.

Dziecko przeszło krwawienie II stopnia do lewego spłotu naczyniowego, zregresowane bez poszerzenia komór. W OUN zaobserwowano dużą torbiel przegrody, szerszy lewy spłot wypełniający światło lewej komory. Z wywiadu z rodzicami oraz dokumentacji wynika, że torbiel uległa całościowemu samowchłonięciu. Obecnie, zgodnie z ostatnim badaniem, ośrodkowy układ nerwowy strukturalnie jest prawidłowy, jednak wcześniejsze nieprawidłowości mogły wpłynąć na obecny stan rozwoju dziecka.

Od urodzenia dziewczynka objęta jest specjalistyczną opieką medyczną mającą na celu monitorowanie i rehabilitację defektów spowodowanych wcześniactwem. Z mniejszym lub większym skutkiem poddaje się cotygodniowym zajęciom rehabilitacyjnym w jednym z rzeszowskich ośrodków wczesnej interwencji. Obecnie zasugerowano mamie możliwość zmiany ośrodka celem zmiany efektów terapii na bardziej zadowalające.

U dziecka stwierdzono zaburzenia motoryki małej i dużej, rozwój ruchowy jest na poziomie dziecka 16–18-miesięcznego. Dziewczynka chodzi na szeroko rozstawionych nogach, niepewnie, często traci równowagę. Zaburzenia napięcia mięśniowego w górnej części tułowia są spastyczne, brzuszki wiotkie, pionizacja w niepełnym wyproście (pomimo uczęszczania na zajęcia rehabilitacyjne). Sprawność wchodzenia po schodach jest oceniana jako niezadowalająca – dziecko nie potrafi wchodzić i schodzić naprzemiennie. Rozwój koordynacji wzrokowo-ruchowej jest zaburzony, co może być wynikiem wady wzroku, która została niedawno zdiagnozowana (około 6 dioptrii). Zauważono drobne zaburzenia sensoryczne co do faktur – dziewczynka unika kontaktu z piłką kółkową. Ma chwyt kreslarski całościowy, sporadycznie pojawia się poprawny uchwyt kredki. Oliwia komunikuje się w sposób niewerbalny, wokalizacyjny, ze sporadycznymi próbami komunikacji werbalnej. Pomimo zaburzeń napięcia mięśniowego sprawność aparatu artykulacyjnego jest zadowalająca. Dziewczynka ma problem ze skupieniem uwagi, szybko się zniechęca, unika kontaktu wzrokowego, jest nieśmiała, wymaga czasem kilkukrotnego powtórzenia polecenia, zanim je zrozumie.

² Oddech kontrolowany do 7. d.ż., następnie CPAP do 53. d.ż., następnie tlenoterapia bierna do 75. d.ż.

Dziewczynka ma niską wagę, rozwija się poniżej trzeciego centyla. Podlega nieustannej diagnozie ze względu na niedowagę i problemy żywieniowe. W toku terapii zauważono, że – pomimo równoległej terapii prowadzonej przez neurologopedę z OWI – przejawia błędy w połykaniu, picciu, żuciu i odgryzaniu. Nie stosowano u niej nigdy zabaw paluszkowych, nie sprawdzano dokładnie poprawnej budowy aparatu mowy, nie sugerowano zaprzestania korzystania ze smoczka i picia z niekapka, nauki picia przez słomkę. Dziewczynka, mając problem z przełykaniem, nie tolerowała pokarmów w postaci przecierowej i papek. W miarę rozwoju i nauki karmienia zostały wprowadzone pokarmy stałe, jednak technika przełykania wciąż wymaga ćwiczeń. Mama nie podaje dziecku innych pokarmów z możliwością odgryzania niż chrupki kukurydziane i paluszki. Zaproponowano podawanie kawałków pieczywa, gdyż Oliwia chrupki łamie i przeżuwa, a nie odgryza.

Dziewczynka zna nazwy przedmiotów, zwierząt, zna ich odgłosy, jednak ma problem z wypowiedzeniem nazwy. Jej mowa odbiega ponad rok od normy rozwojowej. Dziecko przebywa z mamą, a tata pracuje. Mama mówi do córki, ale też pozwala na oglądanie bajek, które nie służą rozwojowi mowy dziecka. Nie ma wiedzy na temat kąpeli słownych dziecka, nie posiada umiejętności opowiadania i nazywania świata, a przede wszystkim brakuje jej konsekwencji w oczekiwaniu na werbalną komunikację. Oliwia nauczyła się komunikować z mamą za pomocą gestu, wokalizacji, krzyku, pojedynczych wyrazów, a mama podejmuje tę komunikację, nie próbując tego zmienić. Dlatego też wspólnie z rodzicami podjęto decyzję o dodatkowej terapii, która ma na celu otworzenie Oliwii, pomoc w rozpoczęciu mowy i – we współpracy z rodzicami – naukę nazywania jej małego świata. To dobrze rokująca dziewczynka, która przeszła bardzo wiele. Nie dawano jej szans na przeżycie, a jednak walczy do tej pory z przeciwnościami losu i chce kontaktu, tylko trudno jest jej go nawiązać.

6. Diagnoza logopedyczna

Oliwia jest wycofana i nieśmiała. Ciężko jest jej skupić uwagę, bawi się w ciszy, często się rozprasza, nie zawsze poprawnie reaguje na swoje imię, nie zawsze wchodzi w interakcję, jednak nie są to zaburzenia ze spektrum autyzmu – jest wcześniakiem, który ma prawo ze względu na urodzenie mieć takie deficyty.

Budowa i funkcjonowanie aparatu mowy jest zadowalająca, choć niektóre ćwiczenia wykonywane są nie do końca poprawnie – trudno stwierdzić, czy jest to niedbałość, czy obniżony zakres sprawności motorycznej języka. Badanie laryngologiczne wykluczyło niedosłuch. Dziewczynka zezuje i ma znaczną wadę wzroku, która nieleczona przez rok mogła wpłynąć na zachowania i rozwój mowy dziecka.

Na badanie i terapię Oliwia zazwyczaj przychodzi z mamą, czasem z obojgiem rodziców. Początkowo kontakt wzrokowy z terapeutą i zaufanie było ograniczone, jednak na drogim spotkaniu bariera została pokonana. W czasie swobodnej zabawy wydaje różne dźwięki, wokalizuje, mówi wyrazy abstrakcyjne, a czasami całkiem poprawnie wypowiada proste wyrazy znane z codziennego otoczenia.

Poziom sprawności werbalnej Oliwii jest trudny do ustalenia, gdyż jeśli coś sprawia jej trudność, poddaje się. Rozumie słowa i proste polecenia, jednak często unika odpowiedzi. Jeśli słowo jest utrwalone, to wypowiadane jest przez nią automatycznie, nawet na zasadzie skojarzenia (jedzie to *bbmm*). Zachowane są elementy mowy wczesnodziecięcej (kura to *koko*). W toku terapii dziewczynka nauczyła się pozawerbalnie lub werbalnie inicjować kontakt z logopedą. Nazywanie obrazków i przedmiotów niejednokrotnie sprawia jej trudność, jednak jest stale zachęcana i motywowana do prób.

Dziewczynka trafiła na terapię logopedyczną z diagnozą lekarza pediatry zaznaczoną na karcie bilansu dwulotka: opóźnienie rozwoju mowy. Po obserwacji i badaniu postawiono diagnozę logopedyczną: niesamoistne opóźnienie rozwoju mowy z deficytem psychoruchowym.

7. Program terapeutyczny i przebieg terapii

Mając na uwadze fakt, że pierwsze lata życia dziecka to okres bardzo dynamicznego rozwoju połączeń neurotycznych, w swoim postępowaniu przyjęto zasadę, że czynności prymarne są podstawą do rozwijania czynności sekundarnych, a zatem rozwój językowy ściśle wiąże się z pozostałymi funkcjami poznawczymi dziecka.

Stymulacja rozwoju mowy łączy w sobie wiele aspektów: wspomaga proces rozwojowy, usprawnia funkcje, jakimi dziewczynka dysponuje, i pomaga wywołać funkcje, którymi powinna dysponować. Wszystko to ma doprowadzić do optymalnego rozwoju językowego i pełnej, poprawnej komunikacji ze społeczeństwem. Punktem wyjścia do osiągnięcia realizacji planu jest pełne i szeroko rozumiane stymulowanie rozwoju mowy, czyli stwarzanie optymalnych warunków rozwojowych za pomocą:

- podtrzymywania motywacji dziecka do udziału i pracy na zajęciach,
- zabawy będącej terapią – stymulowanie rozwoju mowy w formie zabawy, jako nabywanie doświadczeń kształtujących poprawne wzorce,
- poprawnych wzorców do naśladowania,
- uczenia się mowy i komunikowania w wyniku kontaktów interpersonalnych – przede wszystkim rodzice mają ograniczyć do minimum reakcje na zachowania niewerbalne Oliwii i zachęcać do komunikacji werbalnej,

- nauki, jak opisywać mały świat dziewczynki w ciekawy i prosty sposób, by chciała go tak samo nazywać i o nim opowiadać (pobudzenie potrzeby werbalnego komunikowania się).

Aby zwiększyć skuteczność terapii, oprócz działań skierowanych bezpośrednio na dziecko, zaproponowano pewne rozwiązania i postępowanie rodzicom. Zwrócono uwagę na poprawność mowy kierowanej do dziecka, a przede wszystkim wyeliminowanie „języka nianiek”. Dorośli mają zaprzestać też używania zamienników wyrazowych, np. „chodź, idziemy dada” = „chodź, idziemy na spacer” – forma pożądana w terapii, „otwórz buzię, aaam” = „otwórz buzię, jemy”. Tzw. *baby talk* nie wpływa korzystnie na rozwój mowy dziecka, a nawet ją hamuje, i to rodzice powinni zrozumieć. Zasugerowano zmianę nawyków żywieniowych oraz form podawania dziecku pokarmu i napojów, a także rezygnację z uspokajaczy typu smoczek i tablet. Rozpoczęto naukę poprawnego podawania pokarmów i napojów oraz naukę kontrolowania jakości żucia, połykania, gryzienia i dmuchania. Rodzice w formie zabawy powinni aktywnie usprawniać aparat artykulacyjny swojej córki, by terapia przyniosła tak długo oczekiwany przez nich efekt (wspólne wykonywanie ćwiczeń – gimnastyka buzi i języka). Najbliżsi mają otaczać dziecko mową, używać „kąpieli słownych”, należy przy tym uczulić otoczenie dziecka na poprawność i jakość wypowiedzi do dziecka.

Dziecko należy zachęcać do używania mowy w trakcie zabaw angażujących koordynację wzrokowo-ruchowo-słuchową. Oliwia może uczyć się mówić wszystkimi zmysłami – jeśli dotknie miękkiego ciasta, nazwijmy zjawisko, opiszmy brudną rączkę – powtórzmy to, a z pewnością niebawem usłyszymy: „brudna ręka”. Należy werbalizować komunikaty niewerbalne dziecka: jeśli Oliwka chce pić i – jak to ma w zwyczaju – pokazuje na butelkę, to nie podajemy jej butelki, ale pytamy: „chcesz pić?”. W końcu dziecko albo odpowie, albo przynajmniej skinie głową, co już jest bliższą formą komunikacji. Gdy następnym razem skinie głową, zapytamy: „tak?” W końcu doprowadzimy do wypowiedzenia „TAK”.

W terapii stosujemy zabawy uczące dialogu – raz robię ja, raz robisz ty – naprzemiennie. Jeśli rodzice mają świadomość rytmu komunikacyjnego, dziecko tego rytmu od nich się nauczy i szybciej wejdzie w interakcję słowną z drugą osobą. W przypadku Oliwii ważne jest też odnowienie wspólnego pola uwagi, które jest nieodzownym elementem procesu komunikowania się.

Plan terapii logopedycznej przygotowany dla Oliwii opiera się na:

1. usprawnianiu pracy narządów artykulacyjnych,
2. usprawnianiu czynności związanych ze spożywaniem pokarmów,
3. usprawnianiu funkcji oddechowej,
4. stymulowaniu i usprawnianiu mowy w różnych jej formach poprzez zabawę i opowiadanie świata,
5. stymulowaniu i usprawnianiu rozumienia,
6. usprawnianiu modulacji głosu.

Usprawnianie pracy narządów artykulacyjnych

Usprawnianie pracy narządów artykulacyjnych polega na biernych i czynnych ćwiczeniach usprawniających motorykę języka, warg i podniebienia miękkiego. Ćwiczenia bierne polegają na realizacji ćwiczenia z pomocą logopedy lub rodzica, natomiast czynne realizowane są samodzielnie przez dziecko.

Ćwiczenia usprawniające stosowane w terapii – gimnastyka buzi i języka:

- pionizacja języka (niezbędna przy prawidłowym połykaniu) – unoszenie języka do wałka dziąsłowego – zabawa „stuka dzięcioł w głuche drzewo”;
- dotykanie językiem zębów górnych i dolnych;
- przesuwanie języka po podniebieniu do tyłu i do przodu – „jazda języka na łyżwach”;
- oblizywanie warg – górna i dolna w obie strony – „miś zlizuje miodek”;
- otwieranie i zamykanie ust jak rybka;
- cmokanie – buziaki dla mamy;
- wyciąganie chusteczki trzymanej zaciśniętymi ustami – naprzemiennie z terapeutą – komu się uda;
- rozciąganie ust jak do wymowy głosek *i* oraz *u* – „żaba szerokoustna i wąskoustna”;
- zabawy ze słomką: picie, dmuchanie, przenoszenie, dmuchanie na kulki – kto więcej kulek na drugą stronę biurka, przenoszenie rybek do stawu;
- chuchanie na lusterko – „zaczarowane lusterko”: chuchnij i zobacz, co jest narysowane;
- chrapiemy – „stary niedźwiedź mocno śpi”;
- delikatny masaż podniebienia twardego i miękkiego.

Na spotkaniu korzystamy z wybranych pozycji terapii tak, by każde spotkanie było dla Oliwii ciekawe. Dbamy o pozytywną motywację dziecka.

Usprawnianie czynności związanych ze spożywaniem pokarmów

Mając na uwadze problemy, z jakimi boryka się nie tylko wcześniak, ale i jego rodzice, postanowiono położyć nacisk na usprawnienie czynności związanych z jedzeniem i piciem, które polega na:

- odwróceniu uwagi za pomocą bodźców termicznych: ‘ciepło’ i ‘zimno’ oraz smaków: ‘kwaśny’ i ‘słodki’; Oliwia nie przejawia innych zaburzeń wrażliwości okolic jamy ustnej;
- stymulowaniu pożądanego i wycofaniu niepożądanego odruchów ustno-twarzowych, które są związane z prawidłowym przyjmowaniem pokarmów; terapia polega na umiejętności poprawnego pobierania pokarmu z łyżeczki, poprawnym połykaniu, odgryzaniu i żuciu; umiejętność żucia i odgryzania osiągnięto poprzez zmianę nawyków żywieniowych;

- usprawnianie picia – uczono odpowiedniego ułożenia ust i języka podczas picia przez słomkę, wprowadzano nowe konsystencje, uczono picia z kubka bez ustnika.

W terapii poinformowano rodziców o prawidłowej pozycji do karmienia, nieodchylaniu głowy dziecka do tyłu oraz o niepodwijaniu łyżeczki do góry przy wprowadzaniu (podaży) pokarmu do jamy ustnej. Te zabiegi spowodowały, że Oliwia prawidłowo i samodzielnie nauczyła się ściągać pokarm z łyżeczki.

Usprawnianie funkcji oddechowej

Usprawnianie tej umiejętności u dziewczynki polegało na pracy nad równym wydechem i wypracowaniu odpowiedniej jego siły. W toku terapii zwracano uwagę na prawidłowy tor oddechowy i równomierne rozłożenia oddechu. Wykorzystano następujące ćwiczenia:

- dmuchanie baniek mydlanych, dmuchanie baniek przez słomki, tworzenie sztormu przez słomkę w kubku z napojem, wiatraczek;
- dmuchanie przez słomkę na kulki, przenoszenie za pomocą słomki papierowych rybek;
- dmuchanie na świeczkę z różną siłą – od drgania płomienia aż po zgaszenie, ten sam efekt był osiągnięty przy wykorzystywaniu piórka.

Oddychanie przeponowe zostanie wprowadzone w chwili, gdy Oliwia będzie bardziej świadoma; obecnie nie jest w stanie w pełni kontrolować oddychania „brzuszkami”, a nie „ramionkami”.

Stymulowanie i usprawnianie mowy w różnych jej formach poprzez zabawę i opowiadanie świata

Praca nad rozwojem mowy w przypadku tak skrajnego wcześniaka będzie długotrwałym procesem terapeutycznym wymagającym cierpliwości i konsekwencji. Oliwia najlepiej przyswaja nowe umiejętności w trakcie zabawy i naśladowania, dlatego układając plan terapii, zaplanowano ćwiczenia tak, by przynosiły dziecku przyjemność i jednocześnie realizowały założone cele.

Dziewczynka, komunikując się, korzystała z niewielkiego zasobu słów i wokalizacji, dlatego proces terapii rozpoczęto od kształtowania umiejętności powtarzania dźwięków mowy:

- powtarzanie dźwięków podpartych odpowiednim znaczeniem:
 - aaaaa – usypiamy lalkę, zaśpiewajmy jej kołysankę,
 - oooo – zobacz, lecą bańki, kręci się bączek,
 - uuuu – bączek robi uuuu,
 - io – karetka robi io – tata jeździ karetką,
 - cii – lala śpi itd.;

- powtarzanie sylab i wyrazów dźwiękonaśladowczych z natury, otoczenia, obrazków; Oliwia lubi zwierzęta, zatem – wykorzystując zabawę figurkami zwierząt, które przychodzą do Oliwii i się jej przedstawiają – powtarzamy, że krowa robi *muuu*, baran robi *bee*, gęś – *gęgęgę* (otrzymałyśmy dźwięk substytuowany – *de*); powoli zaczynamy werbalnie opisywać głosy zwierząt z farmy;
- kształtowanie umiejętności nazywania ćwiczone jest przy każdym spotkaniu, gdyż dziewczynka lubi pracować na konkretach; niewielki zasób słów wzbogacamy o wyrazy niezbędne w codziennej komunikacji, które wprowadzamy samodzielnie lub w prostych połączeniach: *mama da, nie ma, tata papa*; budowanie wypowiedzi dłuższych rozpoczniemy z chwilą, gdy dziewczynka będzie gotowa; obecnie cieszy nas każde nowe poprawne lub tylko zrozumiałe słowo, które trafia do słownika dziewczynki.

Docelowo należy wypracować budowanie zdań i umiejętność prowadzenia dialogu, następnie rozwijać zdolności narracyjne i artykulacyjne. Należy także ćwiczyć odpowiadanie na pytania (jak się masz?, wypałaś się?, co robisz?). Na razie udało się uzyskać odpowiedzi na pytania zamknięte (tak, nie, to – wskazywanie).

Stymulowanie i usprawnianie rozumienia

Celem usprawniania rozumienia stosowano następujące ćwiczenia:

- ćwiczenia pozwalające na rozumienie pojedynczych wyrazów – opierają się na kojarzeniu nazwy z przedmiotem czy obrazkiem; na razie ćwiczenia bazują na dwóch przedmiotach lub obrazkach, z czasem będziemy zwiększać poziom trudności, podnosząc liczbę prezentowanych elementów. Terapeuta pokazuje Oliwii ilustracje (uwzględnia się przy tym kolejność pojawiania się poszczególnych kategorii semantycznych i gramatycznych), wypowiada nazwę przedmiotu, a dziecko ma wskazać odpowiedni rysunek i powtórzyć nazwę. Jeżeli sięga po niewłaściwy obrazek, terapeuta chwyta rączkę i kieruje w stronę poprawnego i jeszcze raz powtarza nazwę; Oliwia ma problem z przyswajaniem nowych nazw, jednak po kilku próbach potrafi poprawnie wskazać i nazwać prostsze obrazki. Każda udana próba jest nagradzana (w zależności od dnia i poziomu motywacji nagrody są różne: brawa, naklejki, rysowane na tablicy serduszka, buźki itp.);
- ćwiczenia rozumienia znaczenia prostych poleceń – terapię rozpoczęłyśmy od poleceń, z którymi dziewczynka spotyka się w życiu codziennym, jak: „pokaż mamę”, „pokaż brzuszek”, „podaj klocek”, „przynieś buty” itd.; w przypadku braku reakcji polecenie powtarzano kilkakrotnie, a zadanie było wykonywane wspólnie z terapeutą; przyjęto, że taka metoda terapii zachęci Oliwię do realizacji zadania; oczywiście każde poprawnie wykonane polecenie było nagradzane;
- ćwiczenia rozumienia poleceń złożonych – obecnie terapia opiera się na poleceniach prostych; w przyszłości poziom trudności ma wzrastać: dziecko ma

wykonywać polecenia złożone i rozumieć zależności między przedmiotami i osobami oraz relacje przestrzenne i czasowe.

W późniejszej terapii zaplanowano także ćwiczenia słuchowe i ćwiczenia słuchu fonematycznego na podstawie definicji słuchu w ujęciu T. Kani (1982). Celem tych ćwiczeń będzie koncentracja uwagi na bodźcach słuchowych, różnicowanie dźwięków z otoczenia, różnicowanie natężenia i barwy dźwięku oraz identyfikacji fonemów. Obecnie trudno przewidzieć, kiedy ten etap terapii zostanie wprowadzony.

Usprawnianie modulacji głosu

Ostatnim krokiem naszej terapii będzie usprawnianie modulacji i funkcji głosu. W tej chwili głos dziewczynki jest cichy i apatyczny, jedynie wokalizacje i euforyczne trafne odpowiedzi wypowiedziane z większą dozą pewności są artykułowane bardziej donośnie. W dalszej terapii będziemy korzystać z umiejętności naśladowania zachowań innych osób, by dźwięki tworzone przez osoby trzecie stały się dla dziewczynki wzorcem do naśladowania.

W terapii dodatkowy nacisk jest położony na rozwój poznawczy. Stymulujemy dziecko poprzez polisensoryczne poznawanie świata, usprawnianie wzroku, słuchu, smaku, węchu i dotyku, ćwiczymy propriocepcję i równowagę, rozwój psychoruchowy, który u Oliwii jest zaburzony. Najbardziej koncentrujemy się na usprawnianiu mówienia, a w szczególności na umiejętności nazywania, rozumienia i wypowiadania podstawowych próśb i potrzeb.

Rokowanie

Efektem pracy jest przede wszystkim poprawa sposobu przyjmowania pokarmów i zmiana nieprawidłowych nawyków. Dziewczynka poprawnie je stałe pokarmy z łyżeczki, widelca, żuje, odgryza i pije z kubeczka. Poprawiła się sprawność narządów artykulacyjnych. Oliwia zaczęła świadomie wypowiadać proste słowa, jak *mama, papa, nie, mama oć, tata papa, oko*, itd. Wzbogacany jest stale słownik. Dziecko pracuje coraz chętniej, zachęcane sukcesami i nagrodami. Terapia przynosi powolne efekty w zakresie rozwoju mowy, nieco szybciej postępuje usprawnianie funkcji spożywania pokarmów. Dodatkowo Oliwia zaczyna coraz lepiej radzić sobie psychoruchowo i manualnie, w porównaniu z początkiem terapii chodzi coraz pewniej, choć chód wciąż nie jest doskonały.

W terapii zaproponowano częstszy kontakt z rówieśnikami dziewczynki i inicjowanie wspólnych zabaw. Dotychczas doszło do trzech sesji, które nauczyły dziewczynkę wspólnych zabaw, choć Oliwia z rówieśnikiem komunikuje się najczęściej pośrednio, przez terapeutę. Dziewczynka większym zaufaniem obdarza starsze dzieci niż szczebioczących rówieśników.

Oliwia i jej rodzice czują się dobrze w terapii, cieszą się odnoszonymi sukcesami i nie zważają na drobne porażki. Obecnie dziewczynka coraz dłużej potrafi skupić uwagę, chętniej i na dłużej nawiązuje kontakt z terapeutą i zaczyna częściej komunikować się werbalnie, naśladuje niektóre odgłosy zwierząt. Jest coraz bardziej ciekawa świata. Dzięki zmianie nawyków rodziców (prowadzenie dialogu z dzieckiem, wyeliminowanie niepotrzebnych bajek oraz przestymulowania dziecka w ciągu dnia, stosowanie prostych, bezpośrednich kąpieli słownych) Oliwka rokuje w terapii pomyślnie. Na chwilę obecną trudno stwierdzić, czy zdoła pokonać wszystkie deficyty, z jakimi jej przyszło żyć na co dzień.

W przypadku podtrzymania terapii w okresie długoterminowym rokowania dziewczynki w kwestii rozwoju mowy są dobre. Rokowania w kwestii ogólnorozwojowej też wypadają pozytywnie, ale dziecko pozostaje objęte ciągłą kompleksową, wielospecjalistyczną terapią w ośrodku wczesnej interwencji lub innej placówce realizującej wczesne wspomaganie rozwoju i kompleksową opiekę nad rozwojem dzieci wcześniaczych z współwystępującymi deficytami.

Wnioski

Intencją auterek było przedstawienie problemu skrajnego wcześniactwa z punktu widzenia diagnozy i terapii logopedycznej. Wcześniaki narażone są na wystąpienie różnorodnych zaburzeń rozwojowych, dlatego powinny być objęte opieką interdyscyplinarną od pierwszych dni swojego życia. Ważna jest wczesna identyfikacja pierwszych symptomów zaburzeń mowy zwłaszcza ze strony osób sprawujących opiekę medyczną nad dzieckiem. Pierwsze zaburzenia widoczne są już przy trudnościach związanych z przyjmowaniem pokarmów czy przy braku gaworzenia. Trudności z wspólnym polem uwagi czy wypowiadaniem pierwszych słów lub nagłym wycofaniem albo zatrzymaniem mowy też powinny być sygnałem dla otoczenia dziecka, aby otoczyć je bardziej wnikliwą opieką. Dzieci urodzone przed 37. tygodniem ciąży powinny być poddawane częstszym badaniom przesiewowym oceniającym ich stan rozwoju w szerokim spektrum obserwacji.

Bibliografia

- Billewicz G., Ziolo B., 2015, *Kwestionariusz badania mowy*, Kraków: Impuls.
- Bogacz E., 2012, *Ręka, myślenie i mowa – rozwój psychoruchowy i poznawczy a kształtowanie mowy dziecka w odniesieniu do dzieci z chorobami genetycznymi* [w:] *Wczesna interwencja i wspomaganie rozwoju dzieci z chorobami genetycznymi*, red. T. Kaczan, R. Śmigiel, Kraków: Impuls, s. 147–171.
- Bręborowicz G. H., Kamiński K., Markwitz W., Skrzypczak J., Wilczyński J., 2003, *Poród przedwczesny* [w:] *Postępy w medycynie matczyno- płodowej. Zbiór wybranych wykładów wygłoszonych na III Kongresie Polskiego Towarzystwa Medycyny Perinatalnej*, red. L. Pocięchowski, D. Nowakowska, Poznań: Ośrodek Wydawnictw Naukowych, s. 183–185.

- Brzozowska I., 1978, *Fizjopatologia noworodka* [w:] *Diagnostyka i terapia małego dziecka*, red. B. Górnicki, Z. Kowalczyk, Warszawa: PZWL, s. 137–171.
- Kania T., 1982, *Szkice logopedyczne*, Warszawa: Wydaw. Szkolne i Pedagogiczne.
- Kornacka M. K., Bokiniec R., 2003, *Krwawienia śródczaszkowe u noworodków* [w:] *Postępy w medycynie matczyno- płodowej. Zbiór wykładów wygłoszonych na III Kongresie Polskiego Towarzystwa Medycyny Perinatalnej*, red. L. Pociechowski, D. Nowakowska, Poznań: Ośrodek Wydawnictw Naukowych, s. 221–228.
- Kułakowska Z., 2002, *Wczesne uszkodzenie mózgu* [w:] *Wcześniak*, red. E. Helwich, Warszawa: Wydaw. Lekarskie „PZWL” Sp. z o.o., s. 126–143.
- Nitendel-Bujakowa E., Kołtun A., 2001, *Opieka logopedyczna nad dziećmi z ryzyka ciążowo-porodowego*, „Logopedia” 29, s. 105–116.

Delayed development of speech vs. Extreme prematurity – a case study

Summary

This paper presents a case study of a child born in the 27th week of pregnancy. Prematurity is a new subject in speech development, because progress of medicine led to more such births. The paper shows the case of a child whose prenatal development was stopped, and his premature birth affected his pace of development and ability to learn a language significantly. The proposed here therapeutic assumptions may be a source of inspiration for speech therapists working with such patients.

Key words: prematurity, development of speech, early therapy

CZĘŚĆ III

VARIA

Katarzyna Ita Bieńkowska

Agnieszka Woźniak

Akademia Pedagogiki Specjalnej w Warszawie

SPRAWOZDANIE Z I KONFERENCJI NAUKOWO-SZKOLENIOWEJ „NORMA I ZABURZENIA KOMUNIKACJI JĘZYKOWEJ W KONTEKŚCIE EDUKACYJNYM”

7 października 2016 r. w gmachu Akademii Pedagogiki Specjalnej w Warszawie odbyła się I Konferencja Naukowo-Szkoleniowa pt. „Norma i zaburzenia komunikacji językowej w kontekście edukacyjnym”, zorganizowana przez Zakład Logopedii i Lingwistyki Edukacyjnej APS.

Obrady sesji pierwszej, prowadzonej przez dra hab. prof. APS Sławomira Śniatkowskiego, poświęcone zostały zagadnieniom związanym z diagnozowaniem zaburzeń rozwoju mowy u dzieci. Otworzyła ją prof. zw. dr hab. Maria Kielar-Turska z wystąpieniem na temat procesu diagnozowania logopedycznego z punktu widzenia psychologii i psycholingwistyki rozwojowej. Temat, wydawałoby się bliski codziennej problematyce praktyki logopedycznej, okazał się cennym kompendium wiedzy, otwierającym perspektywę do dyskusji. Kolejnym prelegentem był prof. dr hab. Józef Porayski-Pomsta z Uniwersytetu Warszawskiego, który przedstawił projekt badań nad słownictwem dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym, istotny z punktu widzenia poszerzania wiedzy o nabywaniu mowy przez współczesne pokolenie. Dr hab. Mirosław Michalik z Uniwersytetu Pedagogicznego w Krakowie w wystąpieniu *Niemówienie jako (nie)zrealizowany projekt badawczy i lingwodydaktyczny* przedstawił wyniki rozważań teoretycznych oraz badania zespołu lingwistów nad znaczeniem elementów pauzy i milczenia w wypowiedzi. Wystąpienie dr Danuty Emiluty-Roży na temat potrzeby uszczegółowienia typologii zaburzeń mowy, w którym omówiony został problem prawidłowej diagnozy dla prowadzenia skutecznej terapii dzieci z opóźnieniem lub niedokształceniem rozwoju mowy, stanowiło ostatni element pierwszej części.

Obrady sesji drugiej poświęcone zostały zagadnieniom edukacyjnym związanym z zaburzeniami komunikacji u dzieci i młodzieży. Obrady otworzył

dr hab. prof. APS Sławomir Śniatkowski, który w referacie *Konteksty edukacyjne komunikacji* przybliżył słuchaczom charakterystykę lingwistyki edukacyjnej, jednocześnie sygnalizując obszar jej oddziaływania. Profesor nie tylko omówił wyniki badań własnych dotyczących komunikacji, lecz także zasygnalizował konieczność wspierania rozwoju języka u dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym. Ponadto podkreślił fakt pojawienia się potrzeby definicji terminu „lingwistyka edukacyjna” w perspektywie edukacji przedszkolnej i szkolnej. Kolejną prelegentką była dr Marlena Kurowska z Uniwersytetu Warszawskiego, która omówiła problem sformułowania diagnozy u dzieci z zaburzeniami mowy uwarunkowanymi korowó w systemie oświaty. Autorka zwróciła szczególną uwagę na rozdzźwięk pomiędzy istniejącym systemem prawnym umożliwiającym udzielenie skutecznej pomocy w programie wczesnego wsparcia rozwoju i/lub programie specjalnym a diagnozą logopedyczną i realnymi potrzebami pacjentów.

Następny, niezwykle interesujący temat w tej części obrad poruszyła mgr Małgorzata Zgoda, która reprezentowała zespół Międzynarodowego Centrum Słuchu Mowy prof. Henryka Skarżyńskiego. Omówiła czynniki wpływające na indywidualny potencjał edukacyjny ucznia z implantem ślimakowym. Autorka przedstawiła analizę wyników egzaminów gimnazjalnych uczniów z wadą słuchu zaimplantowanych we wczesnym okresie życia. Przedstawione wyniki wywołały gorącą dyskusję zmuszającą do weryfikacji dotychczasowych poglądów na temat możliwości edukacyjnych głuchych dzieci. Tematem zamykającym tę część obrad było wystąpienie mgr Magdaleny Kochańskiej na temat oceny rozwoju językowego dzieci na etapie wczesnej edukacji, z zastosowaniem nowoczesnych testów psychometrycznych (*Testu rozwoju językowego* – TRJ oraz baterii testów fonologicznych). Przedstawicielka Instytutu Badań Edukacyjnych w Warszawie nie tylko zaprezentowała nowe narzędzia do badania poziomu rozwoju mowy dzieci od 4. do 9. roku życia, lecz także zwróciła uwagę na ich przydatność i użyteczność w procesie diagnostyczno-terapeutycznym.

Po obiedzie, w trakcie sesji trzeciej, prowadzonej przez dr Danutę Emilutę-Rożę, poświęconej różnym aspektom lingwistyki edukacyjnej, uczestnicy wysłuchali sześciu referatów. Jako pierwsza wystąpiła mgr Mariola Białek z Uniwersytetu Warszawskiego z referatem pt. *Znaczą to są plomyki... – umiejętność posługiwania się wyrażeniami metatekstowymi przez dzieci w wieku trzech i pięciu lat*, która przybliżyła słuchaczom problematykę związaną z funkcjonowaniem językowym małego dziecka. Następną prelegentką była mgr Ewa Bielecka, doktorantka APS, której referat dotyczył kompetencji komunikacyjnych dziecka z autyzmem. Autorka, omawiając doświadczenia własne, nauczyciela praktyka, zobrazowała przykładowe trudne zachowania komunikacyjne dziecka z autyzmem, zwracając szczególną uwagę na konieczność odczytywania i prawidłowej interpretacji sygnałów niewerbalnych. Gorące emocje oraz zainteresowanie wzbudziło wystąpienie mgr Beaty Ciecierskiej-Zajdel z Uniwersytetu

Warszawskiego pt. „*Śledzikowanie*” wśród młodych kobiet – zapobiegać, korygować, przywyknąć? Autorka dokonała analizy objawów oraz epidemiologii zjawiska półpalatalności głosek ciszących na podstawie badań własnych oraz dostępnej literatury. Podała także dyskusji możliwe przyczyny pojawienia się i rozwoju tego zjawiska wśród młodych kobiet.

Kolejny temat, prezentowany przez organizatorki konferencji, dr Agnieszkę Woźniak oraz dr Katarzynę Bieńkowską, dotyczył wpływu wsparcia społecznego matek na rozwój językowy dziecka z wadą słuchu. Prelegentki zwróciły uwagę na to, jak ważna jest jakość kontaktów interpersonalnych, które utrzymują matki dzieci z niepełnosprawnością, jakie są rodzaje otrzymywanego wsparcia i jaki mają one wpływ na funkcjonowanie psychofizyczne rodzin. Wystąpienie było prezentacją części wyników badań longitudinalnych rodzin dzieci niesłyszących, które autorki przeprowadziły w latach 2007–2016. Jako przedostatnie wystąpiły dr Dorota Lipiec, dr Agnieszka Woźniak oraz mgr Agata Mężyk z prezentacją dotyczącą profilaktyki logopedycznej w kontekście gotowości szkolnej. Prelegentki przeanalizowały wpływ wszelkich rodzajów działań wpisujących się w profilaktykę logopedyczną na osiągnięcie przez dzieci gotowości szkolnej. Autorki zwróciły uwagę na to, jak ważne dla osiągnięcia sukcesów w szkole jest współdziałanie logopedów, nauczycieli przedszkolnych i rodziców w zakresie kształtowania języka, mowy oraz prawidłowych funkcji prymarnych w obrębie aparatu artykulacyjnego.

Sesję zamknęła dr Justyna Żulewska, która we współautorstwie z mgr Małgorzatą Nowis-Zalewską, wspierając się materiałami dźwiękowymi (nagraniami z sesji z pacjentami), omówiła umiejętność nazywania i wykorzystanie nazw w porozumiewaniu się pacjentów z afazją ruchową. Sesję zakończyła żywa dyskusja na temat sposobu prowadzenia terapii osób z afazją.

Podsumowanie obrad przez prof. Józefa Porayskiego-Pomstę zawierało kwintesencję wszystkich prezentowanych tematów, wnioski oraz postulaty dotyczące kierunków rozważań naukowych w przyszłości. Profesor we wnikliwy sposób przeanalizował najważniejsze treści konferencji, wskazując praktyczne implikacje oraz dając przyczynek do zorganizowania następnego spotkania. Profesor Sławomir Śniatkowski, Kierownik Zakładu Logopedii i Lingwistyki Edukacyjnej, zamykając konferencję, podkreślił, że było to pierwsze spotkanie naukowe, które stanie się początkiem cyklu umożliwiającego spotkania specjalistów z różnych ośrodków naukowych, zajmujących się rozważaniami z pokrewnych dziedzin: lingwistyki, pedagogiki, psychologii i logopedii. Takie spotkania w małym gronie pozwalają bowiem na wymianę doświadczeń, dzielenie się doniesieniami z badań własnych oraz efektów oddziaływań terapeutycznych z pacjentami z różnymi zaburzeniami mowy, także nowymi sposobami, narzędziami diagnostycznymi, tworząc tym samym nowy wymiar logopedii.

Agnieszka Myszka

Uniwersytet Rzeszowski

**DZIECI ZE „ŚWIATA CISZY” W SPOŁECZEŃSTWIE
– RECENZJA KSIĄŻKI *WYBRANE PROBLEMY
WSPARCIA WCZESNOROZWOJOWEGO I EDUKACJI
DZIECI I MŁODZIEŻY Z WADĄ SŁUCHU
NA PRZYKŁADZIE PIĘCIU KRAJÓW EUROPEJSKICH***

W 2016 r. nakładem Wydawnictwa Uniwersytetu Rzeszowskiego ukazała się książka zatytułowana *Wybrane problemy wsparcia wczesnorozwojowego i edukacji dzieci i młodzieży z wadą słuchu na przykładzie pięciu krajów europejskich*. Monografia ta jest efektem współpracy trzech badaczek reprezentujących trzy różne ośrodki akademickie: Małgorzaty Zaborniak-Sobczak z Uniwersytetu Rzeszowskiego, Katarzyny Ity Bieńkowskiej z Akademii Pedagogiki Specjalnej w Warszawie i Edyty Tomińskiej z Uniwersytetu w Genewie w Szwajcarii. Są one autorkami koncepcji monografii, redaktorami, a także autorkami wybranych rozdziałów. Zaprosiły do współpracy osiem innych osób – surdopedagogów ze Słowacji, Niemiec i Francji. W efekcie powstała interesująca książka, pozwalająca na konfrontację różnych systemów opieki nad dzieckiem niesłyszącym i słabosłyszącym w kilku częściach Europy (Polska, Słowacja, Szwajcaria, Niemcy i Francja).

Jak piszą autorki, „publikacja jest próbą porównania stosowanych w wybranych krajach europejskich rozwiązań systemowych i instytucjonalnych w zakresie szeroko rozumianego wsparcia wczesnorozwojowego wobec dzieci z wadą słuchu: wczesnej diagnozy i interwencji, a także wsparcia ich rodzin, systemów kształcenia, będących w ofercie dla tej grupy dzieci i młodzieży” (s. 11). Za cel nadrzędny badaczki obrały rozpoznanie, próbę analizy i interpretację efektywności systemów wsparcia dla dzieci i młodzieży z wadą słuchu z uwzględnieniem uwarunkowań społecznych i historycznych mających wpływ na rozwiązania systemowe i instytucjonalne w poszczególnych krajach. Cel jest ambitny, zwłaszcza że nie ma bogatej tradycji prowadzenia tego typu badań porównawczych – naukowcy zazwyczaj skupiają się na jednym kraju. Tymczasem takie spojrzenie dostarcza materiałów, które mogą być podstawą działań doskonalą-

cych praktykę rehabilitacyjną w każdym z omawianych krajów, ale także mogą stać się podstawą do dyskusji dotyczącej wypracowania ogólnych, może nawet ponadnarodowych (np. wspólnych dla całej Unii Europejskiej) rozwiązań systemowych, prowadzących do wdrożenia określonych standardów postępowania wobec osób z problemami z słuchem.

Książka składa się z trzech części, poprzedzonych obszernym wstępem, w którym autorki przedstawiły historyczno-polityczne uwarunkowania obecnie obowiązujących rozwiązań systemowych dotyczących wsparcia rozwoju i edukacji dzieci i młodzieży z wadą słuchu od chwili ich narodzenia (diagnostyka) poprzez formy pomocy dziecku i rodzinie (wsparcie wczesnorozwojowe) aż po zakończenie edukacji, w wybranych krajach europejskich. Jest to rozdział niezwykle ważny dla prowadzonych dalej opisów, będący dla nich doskonałym tłem, pokazujący, że podejście do osób z wadą słuchu zmieniało się w zależności od okresu historycznego (od eksterminacji do akceptacji), by wreszcie w I połowie XVIII w. zyskać jakieś ramy organizacyjne w postaci pierwszych szkół dla niesłyszących. Było to też zależne od sytuacji prawnej, politycznej i ekonomicznej poszczególnych krajów. I o tym nie można zapomnieć, analizując współczesne programy pomocowe.

Część pierwsza książki jest poświęcona aktualnym rozwiązaniom diagnostycznym i wsparciu wczesnorozwojowemu dziecka z wadą słuchu. W tej części znajduje się pięć rozdziałów dotyczących pięciu krajów. Edyta Tomińska opisała *Typy wsparcia wczesnorozwojowego dla dzieci z wadą słuchu i ich rodzin w wielojęzycznej i wielokulturowej Szwajcarii. Przykład kantonów romańskich*. Duet naukowców z Niemiec, Johannes Hennies i Kristin Hofmann, przedstawił *Wczesne wsparcie bilingwalne: aktualne trendy w Niemczech*. Z kolei surdopedagożki Darina Tarcsiová i Margita Schmidtová zaprezentowały *Współczesne rozwiązania w diagnostyce i wsparcie oferowane dziecku z wadą słuchu na Słowacji*, a Katarzyna Ita Bieńkowska pokazała *System wczesnej diagnozy i interwencji terapeutycznej w Polsce*. Na koniec panie Saskia Mugnier, Isabelle Estève i Agnès Millet przedstawiły *Kontekst społeczno-polityczny problemu głuchoty we Francji*.

Wszystkie artykuły – naznaczone mocno osobowościami autorów – pokazują różne podejścia ideologiczne i odmienne rozwiązania praktyczne w zakresie podobnych problemów. Autorzy przyjęli różne perspektywy interpretacyjne. E. Tomińska podkreśliła, że Szwajcarzy ze względów polityczno-społecznych przyjęli i przetestowali na terenie swojego kraju różnorodne rozwiązania istniejące do lat 90. XX wieku w innych krajach europejskich. Przyjęta w polityce niezależność kantonów doprowadziła do braku ogólnokrajowej polityki społecznej i edukacyjnej, a tym samym do niejednolitego prawa, w efekcie czego dostępność pomocy zależna jest od miejsca zamieszkania i podstawowego języka, jakim posługują się poszczególne rodziny, a efektywność wsparcia w dużej mie-

rze zależy od determinacji rodziców dzieci z wadą słuchu. Surdopedagodzy z Niemiec opisali system całościowej pracy z dzieckiem, jego rodziną, środowiskiem, także lekarskim i edukacyjnym (wychowanie przedszkolne), wdrażający metody bilingwalne w zintegrowanym środowisku edukacyjnym. Słowacja i Polska to – jak wynika z ustaleń autorek odpowiednich rozdziałów – przykłady celowego i skutecznego wdrażania rozwiązań systemowych, częściowo wymuszonych przez demokratyczne wpływy społeczne (o charakterze pozarządowym) w krajach, które budowały podwaliny demokratycznych struktur państwowych, w tym prawo z zakresu leczenia i edukacji, dopiero po transformacji ustrojowej, w latach 90. XX wieku. Inną perspektywę opisu przyjęły badaczki z Francji: skupiły się one głównie na przedstawieniu efektywności rozwiązań związanych z zastosowaniem języka migowego w edukacji dzieci z wadą słuchu, czyli na pragmatycznych aspektach wspierania rozwoju. Jedynie w *Dodatk*u przedstawiły informacje na temat diagnostyki, implantacji, pomocy rodzinie i edukacji.

Moim zdaniem pewna różnorodność metodologiczna poszczególnych rozdziałów tej części nie obniża wartości całej publikacji; wręcz przeciwnie: pokazuje różnorodność kultur, systemów wartości, doświadczeń historycznych, a co za tym idzie – potrzeb i oczekiwań społecznych w poszczególnych krajach. Co więcej: rozdziały te podają w wątpliwość tezę o możliwości i celowości stworzenia systemu opieki nad dzieckiem niepełnosprawnym (i chodzi tu o różne rodzaje niepełnosprawności) jednakowego dla różnych krajów.

Druga część książki skupia się na systemach edukacyjnych omawianych krajów i miejscu osób z wadą słuchu w tych systemach. I znów Edyta Tomińska w artykule *System szkolnictwa ogólnodostępnego ze specjalnym wsparciem dla dzieci głuchych i niedosłyszących* przedstawiła sytuację w Szwajcarii (*na przykładzie kantonu genewskiego*), stan w Niemczech zaprezentowała Claudia Becker (*Edukacja bilingwalna dzieci z uszkodzonym słuchem w Niemczech*), sytuację szkolną uczniów na Słowacji opisała Darina Tarcsiová (*Kształcenie uczniów z wadą słuchu na Słowacji*), a uczniów w Polsce – Małgorzata Zaborniak-Sobczak (*Polskie rozwiązania systemowe w kształceniu dzieci i młodzieży z wadą słuchu*). Efekty kształcenia we Francji przedstawiły Isabelle Estève, Saskia Mugnier (*Socjalizacja językowa dzieci niesłyszących w szkołach francuskich*).

Wspólnym mianownikiem pięciu prezentowanych tu głosów było – jak się wydaje – słowo *inkluzja* – współcześnie wszystkie opisywane w monografii systemy edukacji dążą do tego, żeby głusi i słabosłyszący uczniowie mogli liczyć na odpowiadający ich potrzebom tryb uczenia się, by nie byli spychani na margines życia społecznego, ale aby zdobywali nie tylko kompetencję językową, ale także komunikacyjną i kulturową, by w pełni mogli uczestniczyć w życiu społecznym.

Współcześnie dominującym modelem kształcenia we wszystkich opisywanych krajach jest edukacja bilingwalna, a dostosowania do sytuacji oczekuje się nie tylko od ucznia, ale także od szkoły. Zwraca się przy tym uwagę na to, że

różnorodność potrzeb dzieci z ubytkiem słuchu wymaga wprowadzania różnych rozwiązań praktycznych. Wszyscy autorzy podkreślają, że nowoczesne możliwości techniczne (aparaty słuchowe, implanty ślimakowe) wymagają wprowadzenia zmian w metodologii nauczania, zwłaszcza że coraz więcej rodziców decyduje się na kształcenie dzieci z niedosłuchem w szkołach masowych – ogólnodostępnych.

Autorki opracowania francuskiego, opisując edukację bilingwalną i bimodalną, bardzo mocno akcentują fakt, że głównym celem nauczania osób z ubytkiem słuchu jest ich socjalizacja, i pokazują, jak uczniowie wykorzystują język (jego wersję foniczną, akustyczną i manualną – w tym fonogesty) w codziennych interakcjach społecznych. Tym samym pokazują klasę szkolną nie tylko jako przestrzeń nauki, ale przede wszystkim przestrzeń społeczną. Rozdział ten jest bardziej sprofilowany lingwistycznie niż poprzednie – autorki przedstawiają m.in. różne profile oralności uczniów głuchych, analizują rolę nauki czytania przy zdobywaniu określonych kompetencji komunikacyjnych. I podobnie jak w poprzedniej części, rozdział ten – wbrew pozorom – nie zaważył negatywnie na realizacji założonych celów, ale pokazał inny punkt widzenia, bardzo ważny w tego typu rozważaniach porównawczych.

Trzecia część monografii to krótkie podsumowanie, przygotowane przez redaktorki monografii, a podzielone na dwa rozdziały. To w moim przekonaniu najważniejsza część i może dlatego wydała mi się zbyt skondensowana.

Wspieranie wczesnorozwojowe polega na tworzeniu dziecku warunków do maksymalnego wykorzystania jego potencjału rozwojowego, przy uwzględnieniu ograniczeń rozwojowych. Na pytanie o to, jak to zadanie realizowane jest w poszczególnych krajach omawianych w części II książki, redaktorki monografii starały się odpowiedzieć w pierwszej części rozdziału zatytułowanego *Analiza porównawcza wybranych rozwiązań europejskich w zakresie wsparcia wczesnorozwojowego i edukacji dzieci i młodzieży z wadą słuchu*. Autorki porównywały zwłaszcza kilka elementów wsparcia wczesnorozwojowego: badania przesiewowe noworodków, wczesną diagnozę, aparatowanie, wsparcie rodziny, refundacje przez państwo aparatów słuchowych, istnienie spójnego systemu wczesnego wspomaganie rozwoju. Druga część tego rozdziału jest zebraniem wyników obserwacji przedstawionych w części III książki, a dotyczących edukacji jako centralnego punktu przygotowania do życia w społeczeństwie. Badaczki słusznie zwróciły uwagę na pewien paradoks: we wszystkich krajach najbardziej rozpowszechnionym typem kształcenia jest edukacja foniczna (ewentualnie wspierana gestami), natomiast edukacja bilingwalna jest uważana za ostatnią możliwość, przeznaczoną dla dzieci, u których brak jest postępów w nauce języka fonicznego, podczas gdy niemal we wszystkich krajach język migowy jest uznawany za pełnoprawny środek porozumiewania się.

Drugi rozdział w tej części książki to *Wnioski oraz perspektywy badawcze dotyczące systemu wsparcia wczesnorozwojowego i edukacji dzieci i młodzieży*

z *wadą słuchu*. Należy się zgodzić a autorkami, że mimo istnienia w miarę dobrych programów i rozwiązań systemowych, wciąż obserwujemy brak odzwierciedlenia teorii w praktyce, a przyczyny w różnych krajach są różne, związane z zamożnością krajów, systemem edukacji nauczycieli, brakiem programów ogólnonarodowych i brakiem baz danych dotyczących dzieci z badaniem słuchu. Niemniej, z roku na rok obserwuje się postęp w tym zakresie. Autorki formułują ważne i wartościowe postulaty dotyczące perspektyw w działaniach wspierających dzieci i młodzież z wadą słuchu.

W *Zakończeniu* książki znalazło się kilka informacji, których czytelnik oczekuje na wstępie (np. informacje o zawartości książki czy adresacie). Autorki ubolewają nad tym, że nie udało im się „pozyskać jednoznacznych odpowiedzi na postawione [...] pytania badawcze” (s. 230). Ale w moim przekonaniu nie można im z tego czynić zarzutu. Jak już wcześniej wspomniałam, takich jednoznacznych odpowiedzi najprawdopodobniej po prostu nie ma, bo to, co jest ważne dla jednych społeczności, dla innych może być nieistotne z punktu widzenia ekonomii, pragmatyki, aksjologii. Prezentowana monografia jest tym cenniejsza, że owe różnice wskazuje – redaktorki oddają głos różnym badaczom, dając im przy tym sporą autonomię wypowiedzi, i w zamian zyskują szeroki wachlarz zagadnień do rozważenia, dyskusji, porównania. W jednym z końcowych akapitów cytują słowa amerykańskich surdopedagogów: *we may not have all the answers, but some of the questions have become quite clear* (s. 227). Faktycznie, prezentowana książka nie daje odpowiedzi na wszystkie pytania, ale wiele kwestii przybliża, wyjaśnia, analizuje. W nauce tak już jest, że wszelkie dyskusje, badania, porównania są cenne nie tylko, a nawet nie przede wszystkim dlatego, że przynoszą odpowiedzi na wiele pytań, ale także dlatego, że rodzą nowe – i na tym polega rozwój dyskursu naukowego. Warto zatem sięgnąć po książkę, choćby tylko po to, żeby postawić kolejne pytania.

Zaborniak-Sobczak M., Bieńkowska K.I., Tomińska E. (red.), 2016, *Wybrane problemy wsparcia wczesnorozwojowego i edukacji dzieci i młodzieży z wadą słuchu na przykładzie pięciu krajów europejskich*, Rzeszów: Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, 232 ss.

Sebastian Jan Gałuszka

Z cyklu: *Moje życie z...*

MOJE ŻYCIE Z PARKINSONEM

Autobiografia zamiast wstępu, czyli Sebastian Jan Gałuszka o sobie samym

Urodziłem się z kręczem szyjnym i lekko przekrzywioną lewą stopą. Uszkodzeń tych doznałem jeszcze w okresie prenatalnym. Kręcz niedostatecznie rehabilitowany pozostał i przejawia się (podobnie jak u szpaka bez kręczu) wyraźnie przekrzywioną w lewo głową. Ten objaw „uratował mnie” od wojska, no bo jak na defiladzie wyglądałaby wystająca z szeregu głowa? Za to anatomiczny mankament stopy spowodował, że nie sposób określić momentu, kiedy zacząłem chodzić. Upadki dziecka, które jeszcze nie chodzi, są łudząco podobne do upadków dziecka już chodzącego, lecz przewracającego się z powodu lekko przekrzywionej stopy.

Kiedy stuknęła mi dziewiątka, do ofensywy ruszyła epilepsja. Zaczęło się od jednego ataku na miesiąc, a doszło do kilku(nastu) ataków dziennie – z omdleniami. Żeby nie stwarzać niepotrzebnych zagrożeń, do trzeciej klasy podstawówki nie uczęszczałem do szkoły. Nauczycielka przychodziła do mnie do domu. Nie istnieje logiczne wytłumaczenie takiego przebiegu choroby, jak to miało miejsce u mnie. To że nagle, po około roku, się skończyła, to cud. Moja wiara mnie uzdrowiła.

Pomijając złamany łokieć i obojczyk, to już do 2001 roku był względny spokój. Natomiast nowe millenium przyniosło z sobą nowe schorzenie... i chyba każdy przyzna, że się postarało. Otwartą bramą nowego tysiąclecia w moje życie wkroczył lord James Parkinson – a konkretnie: opisana przez niego choroba.

Dla porządku warto odnotować, co następuje: urodzony w 1975 roku w Krośnie. W 1994 ukończył tamtejsze II LO, a sześć lat później obronił pracę magisterską pt. *Świat rzeczy w Hanemannie Stefana Chwina* w Instytucie Filologii Polskiej na Uniwersytecie Jagiellońskim. Zawód wyuczony (aczkolwiek nigdy nie wykonywany): nauczyciel języka polskiego. Pracował w szeroko rozumianym handlu, generalnie odnosząc porażki (czasem spektakularne). Istnieje teoria, że przed absolutną katastrofą w sukurs przyszła... choroba Parkinsona. W trzecim roku choroby powrócił do Krosna, gdzie rozpoczął diagnostykę.

Obecnie: rencista, kawaler, przez większość czasu pracujący (zdalnie), z nadzieją patrzący w przyszłość. Motto: „wszystko, co najlepsze, jest jeszcze przede mną”.

Choroba w autonarracji pacjenta

Nigdy nie byłem entuzjastą ruchu. Może dlatego dość spokojnie przyjąłem wiadomość, że prawdopodobnie w wieku lat 26 zachorowałem na „Parkinsona”. Słowo „prawdopodobnie” nierozłącznie towarzyszy tej chorobie. Nie istnieje żaden test, który by potwierdzał w 100%, że to ona, na pewno ona, tak nam dokucza. Nie istnieje takie badanie... oprócz jednego. To badanie autopsyjne. Ono rozwiewa wszelkie wątpliwości. Iluż to nagle ożywionych tą informacją pacjentów starało się wymóc na swoich lekarzach prowadzących włączenie autopsji do diagnostyki. Na chwilę pojawiała się nadzieja, ale dość szybko lądowała na „paliatywnym” – zaraz po tym, jak pacjentowi przejawiającemu roszczeniowy stosunek do rzeczywistości nieco przejrzyściej opisano charakter badania. Diagnostyka trwać może kilka lat i zazwyczaj tyle zajmuje, musi bowiem rozstrzygnąć, czy (np. u mnie) mamy do czynienia z parkinsonizmem, chorobą Parkinsona, czy czymś zgoła innym. To kluczowa kwestia dla leczenia. W wyniku czterech lat trwających badań lekarze podpisali się pod diagnozą: choroba Parkinsona. W „czystej” postaci: G 20.

Jako że wyeliminowano tym samym szereg gorszych schorzeń, uznałem, iż wcale tak źle nie trafiłem. Przede wszystkim z początku chorobie Parkinsona dość długo nie towarzyszy ból. Tzn. jest obecny, ale przy np. stwardnieniu rozsianym, to tak, jakby go nie było. Chorując 15 rok wciąż mam to przekonanie. Młody jestem – pomyślałem sobie – spokojnie dam radę „normalnie” żyć z tym schorzeniem. Po czym dowiedziałem się, że u osób młodszych Parkinson rozwija się szybciej. Tak misternie skonstruowany plan spalił na panewce. Teraz, po 15 latach, twierdzę, że prawda leży gdzieś pośrodku.

Każdy parkinsonik choruje na swój wyjątkowy sposób. Pierwsze objawy zazwyczaj są podobne, ale pojawiają się w różnym wieku (statystycznie – 58 lat), co już może wpłynąć na różny przebieg choroby. Różnie reagujemy na takie same lekarstwa, dość liczni z nas mają wrażenie, jakby bolał ich każdy mięsień. Ja tak nie mam. Zatem to, co napisałem o bólu w akapicie powyżej, jest wyłącznie moim odczuciem. Ale proszę się nie martwić. Jest sprawiedliwość. Cała literatura dotycząca choroby nie pozostawia mi cienia wątpliwości – jeszcze będzie bolało.

Chorować na Parkinsona to nigdy nie była idylla. Wystarczy, że przypomnę sobie stan, w jakim udałem się do szpitala na pierwsze badania diagnostyczne. Był to trzeci rok mojego chorowania. Prawa ręka przy ciele (jakby uschła), szu-

rająca prawa noga, ciągnąca się za lewą. Ciało przechylone w prawo, plus lekkie przodopochylenie (w pakiecie). No i maskowata twarz (wynik zanikających mięśni mimicznych). Wyglądałem jak Robocop potrzebujący warsztatu. Sama diagnostyka trwała u mnie 4 lata, a dość szczęśliwie dobrany zestaw leków skończył spełniać swoją rolę dużo za wcześniej. Jak napisano w ulotce: u osób starszych możliwe omamy. Jeśli sądzić po skutkach ubocznych i ich manifestacjach, to mój wiek biologiczny zobowiązuje mnie do natychmiastowego położenia głowy pod ewangelie.

Cóż to były za manifestacje? A mianowicie zwierzęta. Co noc inny gatunek. Budziłem się w środku nocy i WIDZIAŁEM pajaka (z tych włochatych), jak schodzi z mojego ramienia na poduszkę, szczura, który pod koszulką skradał się do mojego gardła, tygrysa na szafie skaczącego na mnie, skolopendrę, pijawki, szarańczę, wilczurą, kraba, węży itd. Noc w noc wyskakiwałem z łóżka, zapalałem światło i po upewnieniu się, że w łóżku nie ma żadnych zwierząt, kładłem się i sam zamieniałem się... w susła. Lekarstwo, które wywoływało te omamy, odstawiłem z dnia na dzień, jak raz oprócz opuszczenia łóża, wyskoczyłem również z sypialni... przez zamknięte szklane drzwi. Żyję, bo po mojej stronie wisiała bambusowa makatka. Widać już wtedy miałem „parcie na szkło”. A jak czegoś naprawdę bardzo chcemy, to z moich obserwacji wynika, że rzecz ta się spełnia. Albo nie.

Kto się nie rozwija, ten się zwija. Choroba Parkinsona gwarantuje „nosicielowi” stały, nieprzerwany rozwój, do końca. Neurodegeneracji uległo już ponad 80% komórek nerwowych istoty czarnej. O tyle mniej substancja ta produkuje dopaminy. Lekarstwa próbują uzupełnić braki neuroprzekaznika, ale o 100% możemy pomarzyć. Choroba anektuje tymczasem kolejne sprawności. Jej stały rozwój stale zawęża mój świat. Od kilku lat nie prowadzę samochodu, gdyż niektóre objawy (np. problemy z inicjacją ruchową) mogłyby doprowadzić do groźnego wypadku. Teraz moja przestrzeń życiowa zawęża się do miejsc, do których mogę dojść. Dalsze wypadki wymagają znalezienia kierowcy, który mnie podwiezie i odwiezie tam, gdzie jeszcze nie tak dawno sam mogłem się wybrać. To wielki dyskomfort.

Nie przeniosę ciężkich rzeczy, ponieważ zdarzają mi się zaburzenia równowagi. Z tego też powodu nie mogę prasować (przewrócić się z gorącym żelazkiem w ręce – spektakularność takiego upadku pozostawiam Waszej wyobraźni). Czasem mam problemy z obróceniem się pod kołdrą. Nie mogąc wykonać ruchu, muszę spać w pozycji, w jakiej się przykryję. Optymalnie byłoby poprosić kogoś, żeby przykrył mnie, kiedy wybiorę najlepszą pozycję, w której prześpię całą noc. Niestety, mieszkam sam.

Praca. Mając moje ograniczenia, nie sposób znaleźć takiej „normalnej”. Wiem, bo szukałem trzy lata. Sytuacja trochę się zmienia, kiedy stosowna komisja orzeknie o niepełnosprawności. Mając tzw. stopień umiarkowany znalazłem

pracę w zakładzie pracy chronionej. Z przerwami pracuję tam od 2009 roku. I proszę, znowu mam uwagi krytyczne, którymi podzielę się z Państwem. Parkinson obudził we mnie malkontenta. Pracuję w domu przed komputerem, 7 godzin dziennie. W TYM muszę zrobić sobie godzinę przerwy. Jestem operatorem wprowadzania danych (OWD). Czy to plusy dodatnie, czy ujemne? Satysfakcji nie odczułem ni razu (a nawet amputowaną kończynę się odczuwa), choć przyznam, że w umowie o pracę nie ma takiego słowa ani w prawach, ani w obowiązkach pracownika.

Minusy? Orzeczenia o niepełnosprawności wydaje się terminowo. Kończy się jego ważność, ja tracę pracę. To czasem kilka miesięcy bycia na „bezrobotnym”, zanim stanę przed lekarzem orzecznikiem, który przyzna, że nieuleczalna choroba nadal jest nieuleczalna i wg niego będzie taką na pewno jeszcze przez minimum 3 lata. Potem czekam, aż mój ostatni pracodawca będzie potrzebował OWD. Kolejna umowa śmieciowa. Z uporem maniaka szukam słowa „satisfakcja”.

Będzie dobrze. To zdanie-zaklęcie zawsze jest prawdziwe. Tak samo jest z deklaracją, że od jutra nie palę – zdanie zawsze prawdziwe: od jutra. Zaklęcie winno brzmieć: jest dobrze.

Jest dobrze. Co prawda potrzebuję już pomocy drugiej osoby, która np. pomoże mi w posprzątaniu mieszkania. Co prawda jeszcze 10 lat temu wchodziłem do baru mówiąc: to, co zwykle! Teraz tak mówię w aptece. Co prawda muszę kombinować, żeby zawsze starczało na leki, rehabilitację i życie, ale... inni mają jeszcze gorzej. Więc wszystko jest dobrze. A jeśli nie, to na pewno będzie. Pozdrawiam.

NOTY O AUTORACH

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

SEBASTIAN JAN **GALUSZKA** – urodzony w Krośnie, absolwent II LO w Krośnie (matura 1994 r.); w 2000 r. obronił pracę magisterską w Instytucie Filologii Polskiej na Uniwersytecie Jagiellońskim; zawód wyuczony (acz nie wykonywany): nauczyciel języka polskiego. W 2001 r. zachorował na chorobę Parkinsona. Obecnie: rencista, kawaler, przez większość czasu pracujący (zdalnie, w miejscu zamieszkania), w e-handlu. Propagator wiedzy o „Parkinsonie”, bo wiedzieć znaczy móc przewidywać.

TOMASZ **GOSZTYŁA** – adiunkt w Zakładzie Psychologii Wydziału Pedagogicznego w Uniwersytecie Rzeszowskim. Absolwent Socjologii i Psychologii w Katolickim Uniwersytecie Lubelskim Jana Pawła II. Jego zainteresowania naukowe dotyczą funkcjonowania rodziny z dzieckiem z zaburzeniem ze spektrum autyzmu. Prowadzi badania i publikuje artykuły na temat jakości małżeństwa rodziców dzieci z autyzmem, percepcji rodzicielstwa w grupie matek samotnie wychowujących dzieci z autyzmem oraz wsparcia rodzin z zaburzeniem ze spektrum autyzmu.

ALEKSANDRA **KARWOWSKA** – logopeda, pedagog specjalny, dyplomowany specjalista wczesnej interwencji logopedycznej, asystent w Zakładzie Logopedii i Lingwistyki Edukacyjnej Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie. Od 2010 roku związana z Centrum Kompleksowej Diagnostyki i Terapii Logopedycznej Adesse w Warszawie. W jej obszarze zainteresowań znajdują się zagadnienia z obszaru wczesnej interwencji logopedycznej, w tym dotyczące zaburzeń ze spektrum autyzmu.

ALEKSANDRA **KRAWCZYK** – studentka studiów magisterskich; ukończyła studia licencjackie na University of Central Florida, Orlando, Florida (Uniwersytet Centralnej Florydy) – kierunek logopedia oraz filologia angielska. W tym roku jest stypendystką Fulbright i pracuje jako instruktor języka angielskiego na Uniwersytecie w Białymstoku. Umożliwia jej to prowadzenie i uczestnictwo w warsztatach i wykładach na tematy kultury amerykańskiej oraz pedagogiki i logopedii. Partycypuje także w badaniach nad wpływem pisma w zaburzeniach komunikacji. Po powrocie do Stanów planuje podjęcie studiów magisterskich na kierunku logopedia oraz kontynuację badań w aspekcie dwujęzycznej komunikacji.

Wioletta **KOCZAJA-STYKA** – mgr filologii polskiej, logopeda, neurologopeda, terapeuta technik behawioralnych; jako terapeuta współpracuje z dziećmi z całościowymi zaburzeniami rozwoju, niepełnosprawnościami oraz młodzieżą trudną; zainteresowania naukowe wiąże ściśle z wczesną interwencją, rozwojem i zaburzeniami rozwojowymi dzieci i ich wpływem na zdolności komunikacyjne; żona artysty i szczęśliwa mama dwóch dziewczynek.

WANDA **KOSTECKA** – doktor nauk społecznych, absolwentka pedagogiki specjalnej i logopedii; pracuje w Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej 1 Wojskowego Szpitala Klinicznego w Lublinie, a także jako wykładowca na Podyplomowych Studiach Logopedycznych Uniwersytetu Rzeszowskiego. Odebrała kilka staży zagranicznych, m.in. w Anglii w The National Hospital's College Of Speech Sciences; The Michael Palin Centre for Stammering Children oraz The City Lit-Speech Therapy Department. Prowadzi badania naukowe z zakresu zaburzeń płynności mowy u dzieci, młodzieży i osób dorosłych, a także w przypadkach zaburzeń płynności mowy w: afazji, dyzartrii, parkinsonizmie, stwardnieniu rozsianym oraz in. chorobach. Jest autorką kilku książek i kilkudziesięciu artykułów z tego zakresu. Współtworzyła Stowarzyszenie Osób Jąkających się „Ostoja” w Lublinie i jest jego ekspertem merytorycznym. Stale poszukuje nowych sposobów pomocy osobom z zaburzeniami mowy, czytania i pisanía.

ANETA **LEW-KORALEWICZ** – dr nauk społecznych, adiunkt w Zakładzie Pedagogiki Specjalnej Uniwersytetu Rzeszowskiego; neurologopeda, analityk zachowania, terapeuta dzieci z autyzmem i innymi zaburzeniami rozwoju. Prowadzi terapię neurologopedyczną dzieci z autyzmem, całościowymi zaburzeniami rozwoju, alalią, afazją dziecięcą, oligofazją i opóźnionym rozwojem mowy. Zainteresowania naukowe koncentrują się wokół zaburzeń komunikacji językowej oraz zachowań trudnych u osób z niepełnosprawnością.

DOROTA **LIPIEC** – pedagog specjalny, logopeda, adiunkt w Zakładzie Logopedii i Lingwistyki Edukacyjnej Akademii Pedagogiki Specjalnej im. M. Grzegorzewskiej w Warszawie; jej zainteresowania naukowe: artykulacja – norma i patologia (dyslalia o różnej etiologii), profilaktyka logopedyczna, porozumiewanie się osób po laryngektomii całkowitej; obok działań naukowych pracuje jako nauczyciel logopeda z dziećmi z różnymi zaburzeniami mowy

GABRIELA **LORENS** – neurologopeda, międzynarodowy terapeuta koncepcji Castillo Moralesa, posiadający kilkunastoletnie doświadczenie w pracy z dziećmi z mózgowym porażeniem dziecięcym, zespołami genetycznymi, niemowlętami z problemami z karmieniem; asystent w Zakładzie Logopedii i Lingwistyki Edukacyjnej Akademii Pedagogiki Specjalnej im. M. Grzegorzewskiej w Warszawie. Obok pracy naukowej od lat prowadzi terapię logopedyczną dzieci z zaburzeniami mowy o różnym patomechanizmie. Swoje doświadczenia zawodowe zdobyła, pracując.

IZABELA **MARCZYKOWSKA** – dr nauk społecznych, adiunkt na Wydziale Pedagogicznym Uniwersytetu Rzeszowskiego, logopeda i neurologopeda, autorka kilkudziesięciu artykułów naukowych z zakresu pedagogiki opiekuńczej, pomocy dzieciom z niepełnosprawnością, terapii mowy; kierownik studiów podyplomowych: edukacja i rehabilitacja osób z autyzmem.

AGATA **MEŻYK** – pedagog specjalny, logopeda, wykładowca w Zakładzie Logopedii i Lingwistyki Edukacyjnej Akademii Pedagogiki Specjalnej im. M. Grzegorzewskiej w Warszawie. Prowadzi ze studentami ćwiczenia i warsztaty praktyczne z przedmiotów: opóźniony rozwój mowy, dyslalia, metody badań logopedycznych, logopedyczne badania przesiewowe, podstawy logopedii, podstawy neurologopedii – afazja. Zainteresowania zawodowe: dyslalia o różnej etiologii, opóźniony rozwój mowy, bilingwizm, profilaktyka logopedyczna, afazja. Pracuje jako logopeda z dziećmi z wadami wymowy, opóźnionym/zaburzonym rozwojem mowy, a także z dorosłymi pacjentami z afazją.

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

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

MALGORZATA **PÓLTORAK** – adiunkt na Wydziale Pedagogicznym Uniwersytetu Rzeszowskiego. Swoje zainteresowania naukowe ogniskuje wokół problematyki trudności i niepowodzeń szkolnych dzieci, szczególnie zaś diagnozy i terapii dysleksji rozwojowej, a także socjoterapii dzieci i młodzieży. Pracę naukowo-dydaktyczną łączy z praktyką pedagogiczną: ma długoletnie doświadczenie w pracy jako terapeuta pedagogiczny dzieci i młodzieży z zaburzeniami w zachowaniu i specyficznymi trudnościami w uczeniu się, a ostatnio także z młodzieżą gimnazjalną (pedagog szkolny Gimnazjum Sióstr Pijarek w Rzeszowie).

EWA WASIŃSKA-ZDŻALIK – logopeda, pedagog specjalny, surdopedagog, nauczyciel dyplomowany, od 12 lat pracuje z dziećmi z wadą słuchu w Ośrodku Wsparcia przy Polskiej Fundacji Pomocy Dzieciom Niedosłyszącym „Echo” oraz z dziećmi o specjalnych potrzebach edukacyjnych w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Koźlenicach.

KATARZYNA WĘSIERSKA – dr hab. nauk pedagogicznych, logopeda, pedagog, adiunkt w Instytucie Języka Polskiego Uniwersytetu Śląskiego, założycielka Centrum Logopedycznego w Katowicach. Jest pierwszą polską absolwentką Europejskiej Specjalizacji Zaburzeń Płynności Mowy (*European Clinical Specialization in Fluency Disorders* – ECSF). W swojej działalności zarówno naukowej, jak i terapeutycznej koncentruje się przede wszystkim na zagadnieniach związanych z profilaktyką i skutecznością interwencji logopedycznej w przypadkach zaburzeń płynności mowy. Jest współautorką i autorką licznych publikacji z tej dziedziny. W ramach prowadzonych projektów badawczych współpracuje z ośrodkami logopedycznymi w kraju i za granicą. Jest członkinią m.in.: Polskiego Towarzystwa Logopedycznego, American Speech-Language-Hearing Association (ASHA), International Fluency Association (IFA). Pełni funkcję sekretarza International Cluttering Association – ICA (Międzynarodowego Stowarzyszenia Gielkotu).

IZABELA WIĘCEK-POBORCZYK – językoznawca, logopeda, adiunkt w Zakładzie Logopedii i Lingwistyki Edukacyjnej Akademii Pedagogiki Specjalnej im. M. Grzegorzewskiej w Warszawie. Obok pracy naukowej od lat prowadzi terapię logopedyczną dzieci z zaburzeniami mowy (m.in. w Laboratorium Zaburzeń Mowy Czytania i Pisania Zakładu Logopedii APS, w Szkole Podstawowej nr 152 w Warszawie, w Poradni Logopedycznej Pozaszkolnej Placówki Specjalistycznej przy Fundacji Pomocy Ludziom Niepełnosprawnym, w Centrum Kompleksowej Diagnostyki i Terapii Logopedycznej „Adesse”); aktualnie jako logopeda pracuje z dziećmi w Przedszkolu nr 59 w Warszawie.

AGNIESZKA WOŹNIAK – dr nauk społecznych, pedagog specjalny, logopeda, surdopedagog. Przez wiele lat pracowała w placówkach zajmujących się opieką nad dziećmi z wadą słuchu oraz ich rodzinami (m.in. w Klinice Otolaryngologii Akademii Medycznej, Instytucie Fizjologii i Patologii Słuchu oraz Specjalistycznej Poradni dla Dzieci i Młodzieży z Wadą Słuchu PZG w Warszawie). Obecnie jest adiunktem w Zakładzie Logopedii i Lingwistyki Edukacyjnej Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie oraz wychowawcą i pedagogiem specjalnym w Szkole Integracyjnej nr 70 w Warszawie.

