

INTERDYSCYPLINARNOŚĆ W LOGOPEDII — KONIECZNOŚĆ CZY NADMIAR?

Pod redakcją

Izabeli Więcek-Poborczyk
Justyny Żulewskiej-Wrzosek



Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej
im. Marii Grzegorzewskiej

INTERDYSCYPLINARNOŚĆ W LOGOPEDII

—

KONIECZNOŚĆ CZY NADMIAR?

INTERDYSCYPLINARNOŚĆ W LOGOPEDII

—

KONIECZNOŚĆ CZY NADMIAR?

Pod redakcją

Izabeli Więcek-Poborczyk
Justyny Żulewskiej-Wrzosek



Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej
im. Marii Grzegorzewskiej

Warszawa 2020

Recenzent
Dr hab. Olga Jauer-Niworowska

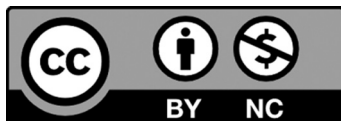
Projekt okładki
Małgorzata Kowalczyk

Redakcja
Monika Bielska-Łach

Korekta
Magdalena Orczykowska

Publikacja finansowana ze środków *Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego* na podstawie umowy nr 762/P-DUN/2019 z dnia 08.08.2019; nazwa zdania: *Ogólnopolska Konferencja – "Interdyscyplinarność w logopedii – konieczność czy nadmiar?"*

Copyright © by
Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej
Warszawa 2020



Uznanie Autorstwa – Użycie Niekommercyjne 3.0 Polska

ISBN 978-83-66010-85-7

Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej
02-353 Warszawa, ul. Szczęśliwicka 40
tel. 22 5893645
e-mail: wydawnictwo@aps.edu.pl

SPIS TREŚCI

Table of Contents	7
Wstęp	9

Część I ZAGADNIENIA OGÓLNE

<i>Mirosław Michalik, Ewa Przebinda</i> – INTER- I TRANSDYSCYPLINARNOŚĆ W OPISIE NIEMOWNOŚCI ORAZ NIEMÓWIENIA	15
<i>Aneta Nott-Bower</i> – LOGOPEDIA I GLOTTODYDAKTYKA POLONISTYCZNA W OPIECE NAD DZIECKIEM DWUJĘZYCZNYM	29
<i>Marlena Kurowska, Elżbieta Sadowska, Joanna Zawadka</i> – WCZESNA DWUJĘZYCZNOŚĆ W KONTEKŚCIE OPÓŹNIEŃ I ZABURZEŃ ROZWOJU MOWY – PROBLEMY DIAGNOZY I TERAPII LOGOPEDYCZNEJ	45
<i>Ewa Bielenda-Mazur, Zdzisława Orłowska-Popek</i> – WYRAŻENIA FRAZEologiczne W ROZWOJU JĘZYKA – PRZEGLĄD NAJISTOTNIEJSZYCH DONIESIEŃ	61

Część II OBSZARY DIAGNOZY I TERAPII LOGOPEDYCZNEJ

<i>Barbara Jamróz, Magdalena Milewska, Joanna Chmielewska-Walczak</i> – WYKORZYSTANIE BADANIA WIDEOFLUOROSKOPOWEGO W DIAGNOSTYCE CICHYCH ASPIRACJI INTRADEGLUTACYJNYCH – WYBRANE PRZYPADKI KLINICZNE	73
<i>Justyna Kackieło-Tomulewicz, Maryla Malinowska-Gleń, Łukasz Magnuszewski</i> – DZIECI Z PORODÓW PRZEDWCZESNYCH – ROLA WCZESNEJ INTERWENCJI LOGOPEDYCZNEJ	85
<i>Dorota Szubstarska, Barbara Bednarska</i> – NATURALNE PROGRAMOWANIE JĘZYKA WE WCZESNEJ TERAPII LOGOPEDYCZNEJ – PARADOKS TERAPEUTYCZNEJ RZECZYWISTOŚCI	99

<i>Zdzisława Orłowska-Popek, Ewa Bielenda-Mazur – O CO CHODZI? – ZWIĄZKI FRAZEOLÓGICZNE W PROGRAMOWANIU JĘZYKA U DZIECI Z ZABURZENIAMI KOMUNIKACJI JĘZYKOWEJ</i>	119
<i>Maria Faściszewska – KIERUNKI DZIAŁAŃ DOTYCZĄCE POTRZEBY PODJĘCIA WCZESNEJ INTERWENCJI TERAPEUTYCZNEJ U DZIECI JĄKAJĄCYCH SIĘ W WIEKU PRZEDSZKOLNYM</i>	129
<i>Aleksandra Jastrzębowska-Jasińska – ANALIZA METOD TERAPII JĄKANIA STOSOWANYCH U DZIECI W WIEKU PRZEDSZKOLNYM I WCZESNOSZKOLNYM</i>	147
<i>Kamila Potocka-Pirosz – PROJEKT ĆWICZEŃ JĘZYKOWYCH DLA OSÓB W PODESZŁYM WIEKU I OSÓB W POCZĄTKOWEJ FAZIE CHOROBY ALZHEIMERA</i>	159
<i>Elżbieta Sadowska – KINESIOTAPING W TERAPII LOGOPEDYCZNEJ – ZARYS PROBLEMATYKI</i>	183

Część III

DONIESIENIA Z BADAŃ ZWIĄZANYCH Z ZABURZENIAMI MOWY

<i>Ewa Jeżewska-Krasnodębska, Jarosław Krasnodębski – DYSFUNKCJE PRZETWARZANIA SENSORYCZNEGO JAKO PROBLEM WYSTĘPUJĄCY U WSZYSTKICH DZIECI Z ZABURZENIAMI MOWY – DONIESIENIA Z BADAŃ ..</i>	193
<i>Agnieszka Kamyk-Wawryszuk – ZABURZENIA PRZETWARZANIA SENSORYCZNEGO U CHŁOPCÓW W MŁODSZYM WIEKU SZKOLNYM Z CHOROBA ŚANFILIPPO A MOŻLIWOŚCI WSPARCIA PEDAGOGICZNO-LOGOPEDYCZNEGO. STUDIA PRZYPADKÓW</i>	205
<i>Marlena Kurowska – ZABURZENIA MOWY U DZIECI I MŁODZIEŻY Z USZKODZENIAMI MÓZGU UDOKUMENTOWANYMI NEUROOBRAZOWANIEM – WSTĘPNY OPIS PROCEDURY BADAŃ</i>	235
<i>Justyna Żulewska-Wrzosek, Agata Mężyk – ŚWIADOMOŚĆ OSÓB STARSZYCH NA TEMAT UDARU MÓZGU</i>	251

TABLE OF CONTENTS

INTRODUCTION	9
--------------------	---

Part I GENERAL ISSUES

<i>Mirosław Michalik, Ewa Przebinda</i> – PEECH THERAPY AND TEACHING POLISH AS A FOREIGN LANGUAGE IN BILINGUAL CHILDREN	15
--	----

<i>Aneta Nott-Bower</i> – SPEECH THERAPY AND TEACHING POLISH AS A FOREIGN LANGUAGE IN BILINGUAL CHILDREN	29
---	----

<i>Marlena Kurowska, Elżbieta Sadowska, Joanna Zawadka</i> – EARLY BILIGUALISM IN THE CONTEXT OF DELAYS AND DISORDERS IN THE DEVELOPMENT OF SPEECH – DIFFICULTIES IN DIAGNOSIS AND SPEECH THERAPY	45
--	----

<i>Ewa Bielenda-Mazur, Zdzisława Orłowska-Popek</i> – PHRASEOLOGICAL EXPRESSIONS IN LANGUAGE DEVELOPMENT - A REVIEW OF THE MOST IMPORTANT REPORTS	61
---	----

Part II DIAGNOSIS AREAS AND SPEECH THERAPY

<i>Barbara Jamróz, Magdalena Milewska, Joanna Chmielewska-Walczak</i> – USE OF VIDEOFLUROSCOPY FOR DETECTION OF SILENT INTRADEGLUTATIVE ASPIRATION – CASE REPORTS	73
---	----

<i>Justyna Kackieło-Tomulewicz</i> – PREMATURE BIRTHS – THE ROLE OF EARLY SPEECH THERAPY INTERVENTION	85
--	----

<i>Dorota Szubstarska, Barbara Bednarska</i> – NATURAL LANGUAGE PROGRAMMING IN EARLY SPEECH THERAPY – A PARADOX IN THERAPY PRACTICE	99
---	----

<i>Zdzisława Orłowska-Popek, Ewa Bielenda-Mazur</i> – WHAT`S GOING ON? - PHRASEOLOGICAL EXPRESSIONS IN LANGUAGE INTERVENTION PROGRAM FOR CHILDREN WITH LANGUAGE DISORDERS	119
---	-----

<i>Maria Faściszewska</i> – TREATMENT GUIDELINES AS REGARDS THE NEED FOR EARLY INTERVENTION IN PRESCHOOL CHILDREN WHO STUTTER	129
<i>Aleksandra Jastrzębowska-Jasińska</i> – ANALYSIS OF STUTTERING THERAPY METHODS USED IN PRESCHOOL AND EARLY SCHOOL AGE	147
<i>Kamila Potocka-Pirosz</i> – LANGUAGE EXERCISES PROJECT FOR THE ELDERLY AND PEOPLE IN THE EARLY STAGE OF ALZHEIMER’S DISEASE	159
<i>Elżbieta Sadowska</i> – KINESIOTAPING IN SPEECH THERAPY – OUTLINE OF THE ISSUES	183

Part III

RESEARCH REPORTS ON SPEECH AND LANGUAGE DISORDERS

<i>Ewa Jeżewska-Krasnodębska, Jarosław Krasnodębski</i> – SENSORY PROCESSING DYSFUNCTIONS AS A PROBLEM REGARDING ALL CHILDREN WITH SPEECH DISORDERS – REPORTS FROM STUDIES	193
<i>Agnieszka Kamyk-Wawryszuk</i> – SENSORY PROCESSING DISORDERS OF YOUNGER SCHOOL AGE BOYS WITH SANFILIPPO SYNDROME AND POSSIBILITIES OF PEDAGOGICAL AND SPEECH THERAPY SUPPORT. CASE STUDIES	205
<i>Marlena Kurowska</i> – SPEECH DISORDERS IN CHILDREN AND YOUTH WITH BRAIN DAMAGE DOCUMENTED NEUROIMAGING - A PRELIMINARY DESCRIPTION OF THE RESEARCH PROCEDURE	235
<i>Justyna Żulewska-Wrzosek, Agata Mężyk</i> – ELDERLY PEOPLE’S AWARENESS OF A BRAIN STROKE	251

WSTĘP

Prezentowany tom, opatrzony tytułem *Interdyscyplinarność w logopedii – konieczność czy nadmiar?*, nawiązuje do XVI Ogólnopolskiej Konferencji Logopedycznej, współorganizowanej przez Zakład Logopedii i Lingwistyki Edukacyjnej Instytutu Wspomagania Rozwoju Człowieka i Edukacji Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie, Sekcję Logopedyczną Towarzystwa Kultury Języka oraz Centrum Logopedyczne Instytutu Polonistyki Stosowanej Uniwersytetu Warszawskiego. Ta cykliczna konferencja logopedyczna od lat dziewięćdziesiątych tradycyjnie współorganizowana była także przez Pomagisterskie Studium Logopedyczne UW.

Było i jest to forum wymiany wiedzy, poglądów i doświadczeń naukowców z różnych ośrodków akademickich, logopedów praktyków, a także pacjentów i rodziców dzieci z zaburzeniami mowy. Obecnie coraz liczniej zapraszani są na nie przedstawiciele innych specjalności naukowych zainteresowanych problematyką zaburzeń mowy. Do tej pory tematyka konferencji poświęcona była: metodologii badań logopedycznych (1993); współczesnym poglądom na istotę jąkania (1994); rozwojowi poznawczemu i językowemu dzieci z trudnościami w komunikacji werbalnej (1996); mowie w mózgowym porażeniu dziecięcym (1997); zaburzeniom głosu u dzieci i dorosłych (1998); afazji i niedokształceniu mowy (1999); teoretycznym metodom usprawniania mowy w afazji oraz w zaburzeniach rozwoju mowy (2000); metodom wspomagającym rozwój mowy w różnych jego opóźnieniach (2002); relacjom zachodzącym między stanem mowy a pismem (2004); trudnościami w porozumiewaniu się językowym jako problemie interdyscyplinarnym (2006); diagnozie i terapii logopedycznej w dysfunkcjach ośrodkowego układu nerwowego (2008); wczesnej interwencji logopedycznej (2010); metodom i narzędziom diagnostycznym w logopedii (2013); metodom i technikom w terapii logopedycznej (2015);

tradycji i perspektywom rozwoju logopedii (2017) oraz problematyce interdyscyplinarności w logopedii (2019).

Ostatnia konferencja pokazała, że konieczna jest pogłębiona refleksja nad zagadnieniem interdyscyplinarności w logopedii. Wychodząc naprzeciw tym oczekiwaniom, prezentowany tom przedstawia różne spojrzenia na to zagadnienie. Do udziału w jego przygotowaniu zaproszeni zostali autorzy będący przedstawicielami różnych dziedzin nauki i dyscyplin naukowych związanych z logopedią.

Ze względu na różnorodność tematyki nadesłanych artykułów monografia została podzielona na trzy części. Pierwszą część tomu *Zagadnienia ogólne* otwiera artykuł **Mirosława Michalika** i **Ewy Przebindy** pt. *Interi transdyscyplinarność w opisie niemowności oraz niemówienia*. W kolejnych dwóch tekstach przedstawione zostały logopedyczne aspekty dwujęzyczności. **Aneta Nott-Bower** porusza problematykę przenikania się logopedii i glottodydaktyki polonistycznej w opiece nad dzieckiem dwujęzycznym, natomiast **Marlena Kurowska**, **Elżbieta Sadowska** i **Joanna Zawadka** przedstawiają trudności diagnozy i terapii logopedycznej dzieci dwujęzycznych w kontekście opóźnień i zaburzeń rozwoju mowy. Część pierwszą monografii zamyka tekst **Ewy Bielendy-Mazur** i **Zdzisławy Orłowskiej-Popek** zawierający przegląd najistotniejszych doniesień dotyczących opanowywania wyrażen frazeologicznych przez dzieci.

W części drugiej zamieszczone zostały teksty prezentujące różne obszary diagnozy i terapii logopedycznej. Opracowanie **Barbary Jamróz**, **Magdaleny Milewskiej** i **Joanny Chmielewskiej-Walczak** ukazuje potrzebę i wartość wykorzystania badania wideofluoroskopowego w diagnostyce logopedycznej dysfagii. Rolę wczesnej interwencji logopedycznej w pracy z dziećmi z porodów przedwczesnych przedstawia **Justyna Kackiełło-Tomulewicz**. Natomiast **Dorota Szubstarska** i **Barbara Bednarska** podkreślają rolę naturalnego programowania języka we wczesnej terapii logopedycznej. Tematykę tę kontynuuje tekst **Zdzisławy Orłowskiej-Popek** i **Ewa Bielendy-Mazur**, w którym autorki koncentrują się na opisie programowania języka wspierającego opanowywanie związków frazeologicznych przez dzieci z zaburzeniami komunikacji językowej. Pracy logopedycznej z dziećmi jąkającymi się poświęcone są dwa kolejne artykuły. **Maria Fańciszevska** charakteryzuje działania związane z wczesną interwencją terapeutyczną dedykowaną jąkającym się dzieciom. **Aleksandra Jastrzębowska-Jasińska** prezentuje wybrane metody terapii jąkania stosowane

u dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym. Propozycję ćwiczeń usprawniających mowę osób starszych i osób w początkowej fazie choroby Alzheimera zawiera tekst **Kamili Potockiej-Pirosz**. W ostatnim z tekstów tej części monografii **Elżbieta Sadowska** nakreśla problematykę stosowania kinesiotapingu w terapii logopedycznej.

Trzecia część tomu obejmuje teksty prezentujące badania, które swym przedmiotem obejmują zagadnienia związane z diagnozą i terapią logopedyczną. Problematykę badań związaną z zaburzeniami przetwarzania sensorycznego u dzieci przedstawiają dwa pierwsze artykuły tej części monografii. **Ewa Jeżewska-Krasnodębska** i **Jarosław Krasnodębski** prezentują doniesienia z badań własnych dotyczących współwystępowania dysfunkcji przetwarzania sensorycznego z zaburzeniami mowy u dzieci. Studia przypadków trzech chłopców z chorobą Sanfilippo, u których obok innych zaburzeń rozwojowych występują zaburzenia przetwarzania sensorycznego, omawia **Agnieszka Kamyk-Wawryszuk**. Zakres i procedurę szeroko zakrojonych badań dzieci i młodzieży z zaburzeniami mowy oraz z uszkodzeniami mózgu (udokumentowanymi obrazowaniem) przedstawia **Marlena Kurowska**. Monografię zamyka tekst **Justyny Żulewskiej-Wrzosek** i **Agaty Mężyk**, w którym autorki omawiają wyniki badań dotyczące świadomości osób starszych na temat udaru mózgu.

Autorzy zaprezentowanych w monografii tekstów rzadko czynią głównym tematem swoich rozważań tytułową *interdyscyplinarność*, nie zawsze jednoznacznie ustosunkowują się do zawartego w tytule monografii dylematu: *konieczność czy nadmiar – interdyscyplinarność w logopedii*. Jednak lektura każdego z tekstów pozwala czytelnikowi rozpoznać stanowisko ich autorów, pozwala też uświadomić sobie złożoność problematyki i trudność jednoznacznych rozstrzygnięć.

CZĘŚĆ I

ZAGADNIENIA OGÓLNE

Mirosław Michalik

Ewa Przebinda

Uniwersytet Pedagogiczny im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie

INTER- I TRANSDYSCYPLINARNOŚĆ W OPISIE NIEMOWNOŚCI ORAZ NIEMÓWIENIA

STRESZCZENIE

W artykule, przyjmując transdyscyplinarną perspektywę opisu faktów, dokonano charakterystyki zjawisk, jakimi są niemowność oraz niemówienie. Poddając krytyce stanowisko interdyscyplinarne, wyodrębniono i zdefiniowano lingwistykę komunikacji alternatywnej i wspomagającej – nową subdyscyplinę w ramach lingwistyki stosowanej, której głównym parametrem jest kompetencja lingwistyczna. Przyjęto i udowodniono również, że lingwistyka komunikacji alternatywnej i wspomagającej, posiadając hierarchiczny układ celów naukowych, prowadzi badania podstawowe, stosowane oraz wdrożeniowe. W treści artykułu podano konkretne przykłady takich badań.

Słowa kluczowe: transdyscyplinarność, interdyscyplinarność, metodologia, lingwistyka komunikacji alternatywnej i wspomagającej, niemowność, niemówienie

Inter- and transdisciplinarity in the description of muteness and selective mutism

ABSTRACT

The article, which utilizes trans-disciplinary perspective in its approach to facts, contains the description of the phenomena of muteness and selective mutism. In the critical approach to the interdisciplinary stance, the linguistics of augmentative and alternative communication has been separated and defined within applied linguistics, with the linguistic competence being its main parameter. It has also been assumed and proven that the linguistics of augmentative and alternative communication – possessing the hierarchical order of scientific aims – performs basic, applied and implemented research. The article contains specific examples of such research.

Keywords: transdisciplinarity, interdisciplinarity, methodology, linguistics of augmentative and alternative communication, muteness, selective mutism

Wprowadzenie

Inter- i transdyscyplinarność to terminy naukowe. Wpisują się one wprost w obszar nauki *sensu stricto*, na którą składa się praca naukowa oraz jej wytwory (por. Grucza, 1983). Patrząc precyzyjniej, tytułowe pojęcia przynależą do porządku wytworów nauki *sensu stricto*, czyli metodologii, będącej częścią teorii nauki opisującej sposoby przeprowadzania analiz naukowych oraz oceniającej wartość poznawczą poszczególnych dyscyplin naukowych (por. Aduszkiewicz (red.), 2004; por. także Czarnecki (red.), 2009). Tym samym terminy te lokują się na poziomie meta-nauki – zdań o nauce, czyli zdań o zdaniach o zdaniach o rzeczywistości (por. Bobrowski, 1993; Życiński, 1983)¹.

Odwołując się do tych ustaleń, przyjmujemy, że pojęcia *inter- i transdyscyplinarności* umożliwiają dokonywanie, po pierwsze, opisów sposobów przeprowadzania analiz naukowych, po drugie, wartościowania poszczególnych dyscyplin i subdyscyplin naukowych. Opis sposobów przeprowadzania analiz naukowych oraz wartościowanie dyscyplin nauki służy wprost procesowi budowania nauki, który ma wymiar dynamiczny i czynnościowy (Hajduk, 2012).

W niniejszym tekście, wykorzystując dwie tytułowe kategorie metodologiczne, tj. *inter- i transdyscyplinarność*, podejmiemy próbę deskrypcji fenomenu niemowności i niemówienia oraz wartościowania subdyscypliny lingwistyki stosowanej określonej mianem lingwistyki komunikacji alternatywnej i wspomagającej (Michalik, 2018).

Niemowność i niemówienie – definiowanie fenomenów

Próbując zgłębić istotę zjawisk zakresowo mieszczących się w ramach terminów *niemowność i niemówienie*, przyjmujemy jako aksjomat niepodważalne prawo osób doświadczających – nazwijmy to roboczo – „braku mowy” do ich w pełni podmiotowego traktowania. Skoro życie osób

¹ Zdania o rzeczywistości to poziom potoczności. Zdania o zdaniach o rzeczywistości – nauki. Zdania o zdaniach o zdaniach o rzeczywistości – metanauki. Gradacja językowego docierania do rzeczywistości o różnym poziomie abstrakcji jest możliwa dzięki temu, że język jest – co podkreślał Józef Życiński (1983, s. 82) – tworem wielopiętrowym.

mówiących jest postrzegane jako *fenomen*² egzystencjalny, w tych samych kategoriach można spoglądać na ludzi pozbawionych możliwości mówienia (por. Michalik, 2012).

Odwołując się do tradycji logopedycznej oraz ustaleń leksykograficznych, za punkt wyjścia przyjmując perspektywę etymologiczną (por. Michalik, 2018), *niemowność* byłaby zaprzeczeniem rzeczownika odprzymiotnikowego *mowność*, który z kolei pochodzi od przymiotnika *mowny* (ang. *verbose, of speech*) (Surowaniec, 2012). Rzeczownik *mowność* i przymiotnik *mowny* współtworzą pole semantyczne z rzeczownikiem *mowa*. Dziś *mowa* definiowana jest w logopedii jako „[...] zespół czynności, jakie przy udziale języka wykonuje człowiek, poznając rzeczywistość i przekazując jej interpretację innym uczestnikom życia społecznego” (Grabias, 2001, s. 11; por. także Grabias, 2015, s. 19). W związku z powyższym *niemownością*, będącą antonimem rzeczownika odprzymiotnikowego *mowność*, pochodzącego od przymiotnika *mowny*, należałoby nazwać stan towarzyszący człowiekowi, w którym nie zachodzi układ czynności, jaki przy udziale języka wykonywany jest w celu poznawania rzeczywistości i przekazywania jej interpretacji innym uczestnikom życia społecznego (por. Michalik, 2018, s. 43).

W znaczenie frazy: „[...] przekazując [...] interpretację innym [...]”, współtworzącej definiens mowy, wpisany jest proces mówienia. Samo *mówienie* – za Renatą Grzegorzczukową – rozumiane jest jako jednostkowy akt nadawczo-odbiorczy, w którym nadawca, chcąc przekazać odbiorcy pewną informację, wybiera z kodu językowego odpowiednie słownictwo i struktury gramatyczne, uruchamia narządy mowne mające zrealizować formę wybranych jednostek językowych, w wyniku czego wysyła fale akustyczne do ucha odbiorcy, w którego narządach odbiorczych dokonuje się recepcja dźwięku i jego interpretacja mentalna (Grzegorzczukowa, 2007). Ściśle nawiązując do lingwistycznej koncepcji mówienia autorstwa Grzegorzczukowej, można zaproponować następującą, wyrosłą z językoznawstwa definicję *niemówienia*: nadawca, (nie?)³ chcąc przekazać odbiorcy

² Podstawowe pojęcie fenomenologii, czyli *fenomen*, rozumieć należy m.in. za Martinem Heideggerem jako „[...] to, co samo na siebie wskazuje”, czyli treść przedmiotową poznania (Aduszkiewicz (red.), 2004, s. 167–168). Pojęcie to nie redukuje – na co może wskazywać potoczne rozumienie – osób pozbawionych mowy do rangi przedmiotowej.

³ Często nie można rozstrzygnąć, czy osoba niemówiąca chce (nie chce) przekazywać odbiorcy informację.

pewną informację, nie wybiera z kodu językowego odpowiedniego słownictwa i struktur gramatycznych, nie uruchamia narządów mownych mających zrealizować formę wybranych jednostek językowych, w wyniku czego nie wysyła fal akustycznych do ucha odbiorcy, w którego narządach odbiorczych nie dokonuje się recepcja dźwięku i jego interpretacja mentalna (por. Grzegorzycowa, 2007; Michalik, 2018).

Dążąc do ujęcia systemowego, posiłkując się tradycyjnymi strukturalistycznymi terminami lingwistycznymi oraz uwzględniając fenomenologiczną perspektywę w postrzeganiu osób pozbawionych możliwości mówienia, opowiadamy się za wyróżnianiem dwóch grup osób:

- 1) dotkniętych niemownością (niemownych), czyli nieposiadających mowy (w znaczeniu *langage*) i w związku z tym niepodejmujących zespołu czynności, jakie przy udziale języka wykonuje człowiek mówiący, niepoznających tym samym rzeczywistości na poziomie osób mownych i nieprzekazujących jej interpretacji innym uczestnikom życia społecznego;
- 2) niemówiących, czyli posiadających system językowy (w znaczeniu *langue*), ale nieprzekazujących odbiorcy informacji, niewybierających z kodu językowego (*langue*) odpowiedniego słownictwa i struktur gramatycznych, nieuruchamiających narządów mownych mających zrealizować formę wybranych jednostek językowych, w wyniku czego nie wysyłających fal akustycznych do ucha odbiorcy, w którego narządach odbiorczych nie dokonuje się recepcja dźwięku i jego interpretacja mentalna (por. Michalik, 2018)⁴.

Interdyscyplinarne próby deskrypcji niemowności i niemówienia

Odwołując się do strukturalistycznego paradygmatu kulturowego, za Małgorzatą Kitą (2012) przyjmujemy, że interdyscyplinarność ma być wyrazem zjawiska integracji, systematyzacji wiedzy, opierających się na koncepcji transferu, fuzji pojęć i metod zachodzących między dyscyplinami.

⁴ Oczywiście mamy świadomość, że poszczególni użytkownicy komunikacji wspomagającej i alternatywnej (ang. *Augmentative and Alternative Communication*, AAC) mogą różnić się między sobą stopniem opanowania systemu językowego (możliwe jest częściowe przyswojenie reguł gramatycznych lub częściowe zawężenie zakresu słownictwa).

Z kolei przechodząc na poziom meta, za Stanisławem Grabiasem m (2019, s. 287) zakładamy, że interdyscyplinarność to „[...] ogląd pola badawczego z wielu metodologicznych perspektyw po to, by zbudować nową metodologię, która jasno zakreśli obszar badań i ukaże problemy we właściwej hierarchii”. Ten sam autor, pisząc już wprost o logopedii, stwierdza: „[...] dyskusja nad interdyscyplinarnością [...] toczy się przynajmniej od osiemdziesiątych lat XX wieku i kończy się konstatacją, że interdyscyplinarność przynosi więcej kłopotów niż korzyści. Nie powstała żadna «intermetodologia logopedyczna» i nie ma szans na to, by kiedykolwiek powstała” (Grabias, 2019, s. 287). Stanowisko to wpisuje się w pogląd, że „[...] współcześnie interdyscyplinarność jako podejście metodologiczne jest coraz częściej postrzegana ambiwalentnie” (Michalik, 2015, s. 39). Można przypuszczać, że dewaluacja interdyscyplinarności jako kategorii metodologicznej ma swe źródło, po pierwsze, w jej nieefektywności poznawczej notowanej na przykład na gruncie pedagogiki (por. koncepcja interdyscyplinarności butikowej i rabunkowej Leszka Koczanowicza z 2011 r.) czy też literaturoznawstwa (por. stanowisko Ryszarda Nycza z 2006 r.)⁵, po drugie, w niepowodzeniach w realizacji procesu budowania dyscyplin naukowych, czego przykładem może być fiasko Kaczmarkowskiej intermetodologii logopedii, która – jak przypomina Grabias (2019, s. 287) – zawiera „[...] dwadzieścia dyscyplin pogranicznych logopedii: od socjolingwistyki poprzez akustykę, okulistykę, naukę o śpiewie i inne”.

Przez lata w sposób interdyscyplinarne próbowano również zgłębić fenomen, jakim jest niemowność i niemówienie. Docierano do tych faktów, wychodząc przede wszystkim od komunikacji wspomagającej i alternatywnej (ang. *Augmentative and Alternative Communication*, AAC), czyli zespołu działań badawczych, klinicznych oraz edukacyjnych dokonujących

⁵ Zdaniem Leszka Koczanowicza dominują dwa typy interdyscyplinarności: rabunkowa, polegająca na bezwzględnym przejmowaniu bez oryginalnego kontekstu przez jedną z dyscyplin pojęć, metod czy koncepcji innej dyscypliny, w wyniku czego pozostają same nazwy, nieprzystające do nowej formuły pojęcia, oraz butikowa, pojawiająca się wtedy, gdy szuka się kategorii, które dają okazję do uwznioślenia płaskich konstatacji lub niemiarodajnych wyników badań, nadając pozorną głębię banalnym tezom (por. Koczanowicz, 2011).

Kryzys interdyscyplinarności dostrzegany jest także przez pryzmat literaturoznawstwa. „Utopię tę – pisze Ryszard Nycz – podszyca łatwo obserwowalna dziś skłonność do swobodnego wykorzystywania narzędzi różnych dyscyplin [...]. Tymczasowym rezultatem interdyscyplinarnych poszukiwań jest wszakże nie tyle zintegrowanie owych wyników poznania uzyskiwanych z różnych punktów widzenia, co raczej pogłębianie się tendencji do rozproszenia” (Nycz, 2006, s. 29–30).

prób badania, a gdy to konieczne – kompensowania przejściowych lub permanentnych trudności, ograniczonych czynności, ograniczeń udziału w komunikacji osób z poważnymi zaburzeniami w zakresie produkcji i rozumienia języka, zarówno w jego aspekcie mówionym, jak i pisanym (Beukelman, Mirenda, 2013, s. 4)⁶. Ponadto głos w sprawie niemowności i niemówienia zabierali logopedzi, psychologowie, psychiatrzy, foniatry, neurologowie, pedagodzy specjaliści, a nawet lingwiści (Michalik, 2018). Cechą wspólną tych dążeń było wykorzystywanie wnioskowania indukcyjnego, czerpiącego z empirii, faktów jednostkowych, wiedzy praktycznej, za pomocą których uprawdopodobniane są zdania ogólne (Bobrowski, 1998). Taka orientacja poznawcza skończyła się fiaskiem – nie udało się stworzyć „intermetodologii niemowności i niemówienia”. Przyczyn niepowodzenia należy szukać przede wszystkim w tym, że prawa indukcyjne mają moc obowiązującą absolutnie tylko wówczas, gdy uwzględnione są wszystkie fakty jednostkowe, które uprawdopodobniają jedynie zdania ogólne, a przecież nie sposób uwzględnić wszystkich faktów współtworzących szerokie i otwarte spektrum zjawiska niemówienia (niemowności). „Indukcja – jak uważa Ireneusz Bobrowski – jest zawsze wnioskowaniem uprawdopodobniającym (nieniezawodnym), ponieważ liczba przesłanek szczegółowych we wnioskowaniu jest zawsze ograniczona (choćby nawet była to liczba bardzo duża)” (Bobrowski, 1998, s. 22).

Transdyscyplinarna propozycja opisu niemowności i niemówienia

Alternatywą dla interdyscyplinarnego i indukcyjnego modelu docierania do niemowności i niemówienia proponujemy uczynić transdyscyplinarność jako kategorię metodologiczną i wiążący się z nią dedukcyjny sposób wnioskowania.

Ideą patronującą transdyscyplinarnemu interpretowaniu faktów jest dążenie do umiejscowienia ich wewnątrz pełnego, nowego, uniwersalnego

⁶ Parafraza własnego tłumaczenia cytatu: „Augmentative and alternative communication (AAC) refers to an of research, clinical, and educational practice. AAC involves attempts to study and when necessary compensate for temporary or permanent impairments, activity limitations, and participation restrictions of individuals with severe disorders of speech-language production and/or comprehension, including spoken and written modes of communication”.

systemu bez stałych granic między naukami (por. Kita, 2012). Fizyk Besarab Nicolescu (2007) tak ujmuje znaczeniowe jądro transdyscyplinarności, kładąc nacisk na semantykę przymiłka *trans*: „Znaczenie »poza naukami« prowadzi nas do bezmiernej przestrzeni nowej wiedzy”⁷. Przywołana koncepcja metodologiczna, znosząca izolacjonizm interdyscyplinarności i jego tendencję do dzielenia bytów, zatomizowanego ich postrzegania, niewidzenia całości, nie może czerpać wyłącznie ze znaczenia przymiłka *trans* jako „za”, „poza”, „z tamtej strony” (por. Kumaniecki, 1990). Bezmierna przestrzeń nowej wiedzy musi się również opierać na znaczeniu „w głąb”. Ostatnia eksplikacja nadaje nowej metodologii trzeci wymiar – głębię, pozwalający na „zanurzenie” przedmiotu poznania w nowej jakości poznania. Transdyscyplinarność – bezkresna przestrzeń zupełnie nowej jakości metodologicznej – umożliwia tym samym reinterpretację faktów zastanych, w naszym przypadku fenomenu niemowności i niemówienia.

Transdyscyplinarność łączymy z dedukcyjną metodą wnioskowania, w której „[...] dochodzimy od zdań ogólniejszych do coraz bardziej szczegółowych, rozbudowując system dedukcyjny” (Bobrowski, 1998, s. 25). To wnioskowanie, w ramach którego, uzasadniając twierdzenia za pomocą dowodów z wcześniejszych zdań uznanych za prawdziwe (przesłanek), możemy zbudować teorię niemowności i niemówienia w postaci sądów. W centrum takiego wnioskowania, w przeciwieństwie do indukcji posługującej się faktami jednostkowymi, znajdują się fakty badawcze, których układ komponentów – jak podaje Grabias (2019, s. 294) – wygląda następująco: „1. zdarzenie sensoryczne, rozpoznane i wykreowane przez umysł badacza, 2. zinterpretowane na tle dotychczasowej wiedzy, 3. przygotowane do przekazu, 4. programujące działania naprawcze”. Faktem badawczym uczyniliśmy pojęcie kompetencji lingwistycznej⁸ będące głównym parametrem lingwistyki komunikacji alternatywnej i wspomagającej, której nadajemy wymiar transdyscyplinarnej, zunifikowanej, homogenicznej przestrzeni nowej wiedzy, w której zanurzone są zjawiska niemowności i niemówienia.

⁷ Tłumaczenie własne: „The meaning »beyond disciplines« leads us to an immense space of new knowledge”.

⁸ Kompetencja lingwistyczna jest przez nas rozumiana za Teodozją Rittel jako „[...] wiedza gramatyczna, sprawność funkcjonalna i wiedza kulturowa rozumiana jako zdolność do uczestniczenia w kulturze” (1994, s. 27)

Lingwistyka komunikacji alternatywnej i wspomagającej jako wyraz transdyscyplinarnego myślenia o niemowności i niemówieniu

Lingwistykę komunikacji alternatywnej i wspomagającej definiujemy jako językoznawstwo z silnymi podstawami metodologicznymi wykorzystujące i rozwijające zbiór uporządkowanych teoretycznie terminów (parametrów), które mogą/powinny być wykorzystywane w opisie nabywania przez osoby niemowne i niemówiące kompetencji lingwistycznej. Parametrem głównym takiej językoznawczej subdyscypliny proponujemy ustanowić kompetencję lingwistyczną, której podstawowymi składnikami są: kompetencja językowa (gramatyczno-leksykalna), komunikacyjna (socjolingwistyczna, komunikatywna, pragmatyczna) i kulturowa (językowo-kulturowa), zwana często poznawczą (por. Rittel, 1994)⁹. Parametry pomocnicze lingwistyki komunikacji alternatywnej i wspomagającej to z kolei, omówione powyżej, niemowność i niemówienie.

Odwołując się do neopozytywistycznego modelu struktury nauki, z pełnym przekonaniem stwierdzamy, że lingwistyka komunikacji alternatywnej i wspomagającej posiada:

- 1) przedmiot badań i określony poziom refleksji metanaukowej;
- 2) hierarchiczny układ celów, tu badania: podstawowe – wzbogacają i porządkują wiedzę teoretyczną; stosowane – rozwijają wyniki badań podstawowych w celach praktycznych; wdrożeniowe – budują techniki realizowania zamierzonych celów praktycznych;

⁹ Patrząc bardziej szczegółowo, można zauważyć, że termin ten zawiera w sobie trzy płaszczyzny: zasadniczą, obejmującą wyróżnione tu trzy składowe-kompetencje, oraz dwie naddane, tj. nadkompetencję i subkompetencję (Rittel i Rittel, 2015). Dodatkowo kompetencję lingwistyczną opisywać można, przywołując skalę jej oceny. Jednostki tej skali to: kompetencja przejściowa, przybliżona i docelowa. Pierwsza z nich – kompetencja przejściowa – może być poprzedzona w procesie nabywania mowy poziomem subkompetencji, charakteryzującym przede wszystkim dyskurs zaburzony, ostatnia – kompetencja docelowa – w pewnych sytuacjach ewoluuje w twórczość językową drugiego stopnia, czyli nadkompetencję (Rittel, 1994). Z punktu widzenia tematu opracowania kluczem do zrozumienia transdyscyplinarnych procesów zachodzących w ramach lingwistyki komunikacji alternatywnej i wspomagającej będą zależności rozgrywane się na poziomie płaszczyzny zasadniczej, tj. kompetencji językowej, komunikacyjnej i kulturowej, oraz płaszczyzny subkompetencji.

3) procedury i narzędzia postępowania badawczego (także praktycznego) (por. Ajdukiewicz, 1960; Grabias, 2019; Ingarden, 1966; Kamiński, 1992; Popper, 1992).

Nawiązując do treści podanych punktów, stwierdzamy, że przedmiotem lingwistyki komunikacji alternatywnej i wspomagającej jest mowa i komunikowanie się osób niemownych oraz komunikowanie się osób niemówiących. Przy czym mowę osób niemownych definiujemy, nawiązując do definicji mowy Grabiasa (2001; 2015), jako układ czynności, jakie przy biernej roli języka naturalnego i aktywnym udziale systemów AAC wykonuje człowiek niemowny, poznając świat i przekazując wiedzę o sobie i o świecie innym uczestnikom życia społecznego. Lingwistyka komunikacji alternatywnej i wspomagającej posiada również poziom refleksji meta-naukowej – jej metodologia, należąc do porządku metanauki, pełni następujące funkcje: krytyczną, konstrukcyjną, poznawczą, gnoseologiczną, prakseologiczną oraz weryfikującą; posiada również wymiar dynamiczny i czynnościowy (Michalik, 2018).

Z kolei jeśli chodzi o hierarchiczny układ celów badawczych, z całym przekonaniem twierdzimy, że lingwistyka komunikacji alternatywnej i wspomagającej prowadzi trzy rodzaje badań: podstawowe, czyli wzbogacające i porządkujące wiedzę teoretyczną; stosowane – rozwijające wyniki badań podstawowych w celach praktycznych; wdrożeniowe – budujące i wdrażające techniki realizowania zamierzonych celów praktycznych.

Badania podstawowe. Dotyczą: 1. niemówienia i niemowności umiejscowionych wewnątrz zunifikowanej, homogenicznej, pełnej, uniwersalnej teorii lingwistyki komunikacji alternatywnej z kompetencją lingwistyczną jako parametrem głównym; 2. teorii kompetencji lingwistycznej zaadaptowanej na potrzeby mowy i komunikowania się osób niemownych oraz komunikowania się osób niemówiących.

Badania stosowane, rozwijając wyniki badań podstawowych w celach praktycznych, skupiają się w ramach:

1. teorii kompetencji językowej na: kompetencji gramatycznej pierwszego stopnia, mocy subkompetencji i kompetencji przejściowej, mocy płaszczyzny gramatycznej, semantycznej i pragmatycznej, systemie językowym jako realizatorze możliwości wykorzystywania kodu AAC, inkorporacji, sytuacji neutralnej, kreatywności, języku wewnętrznym „I” (*I-language*), gramatyce wewnętrznej „I”, syntaktyzacji, konstrukcji składniowej, konotacji, akomodacji, słownictwie

konkretnym, słownictwie konkretnym i abstrakcyjnym z opanowaniem centrum pola, słowniku umysłowym, zakotwiczeniu czasowników w słowniku umysłowym, minimalnym zasobie leksykalnym języka, podstawowym zasobie słów niezbędnych, podstawowym zasobie słów rozbudowanym, przekładzie międzykodowym, podporządkowaniu komunikacyjności;

2. teorii kompetencji komunikacyjnej na: uniwersalnych regułach interakcji komunikacyjnej, tj.: układzie sytuacyjnym, uczestnikach, tematach i celach konwersacji; komponentach kompetencji, tj.: potencjale systemowym, wykonalności, występowaniu, odpowiedniości; wypowiedzi jako jednostce komunikacyjnej, zdarzeniu komunikacyjnym; zdolności używania różnych systemów semiotycznych; zdolności do właściwej interpretacji wypowiedzi; społecznych sieciach komunikacyjnych, sytuacji językowej, domenach (klasach sytuacji); komunikatywności/niekomunikatywności, tj.: kontakcie, który się rozpoczyna i kończy, kontakcie wymuszonym, kontakcie w rzeczywistości wyobrażeniowej, wznawianym, okazjonalnym, domniemanym, dobrowolnym, kontekstowym; konglomeracie kodowym (wyspecjalizowany kod AAC do kodu języka ogólnego); illokucji, perlokucji; asertywach, dyrektywach, ekspresywach; bezpośrednich aktach mowy; rodzajach presupozycji: kontekstowej, konwencjonalnej, kulturowej, zasadach i maksymach konwersacji; kodzie ograniczonym; komunikacyjnych zachowaniach pozajęzykowych; komunikacji przedintencjonalnej/intencjonalnej; sprawności komunikacyjnej: społecznej, sytuacyjnej, pragmatycznej; parafrazowaniu interkodowym, wspólnej uwadze;
3. teorii kompetencji poznawczej na: wiedzy ogólnej, wiedzy na temat zjawisk rzeczywistości, kontekście, doświadczeniu, mobilnym mózgu, nawykach, poznawaniu świata, dokonywaniu jego interpretacji, przekazywaniu interpretacji innym, regułach kulturowych, wartościach.

Badania wdrożeniowe lingwistyki komunikacji alternatywnej i wspomagającej, budując techniki służące realizacji zamierzonych celów praktycznych, służą przede wszystkim bezpośrednio interioryzowaniu u osób niemowców mowy rozumianej jako układ czynności, jakie wykonuje człowiek niemowcy, poznając świat i przekazując wiedzę o sobie i o świecie innym uczestnikom życia społecznego. Mają temu służyć systemy i metody AAC, przy czym stoimy twardo na stanowisku, że z punktu widzenia funkcjonalności, możliwego spektrum wykorzystania oraz stopnia zgodności

z polskim językiem naturalnym najlepszym obecnie systemem AAC w naszym kraju jest proteza mowy MÓWik 2¹⁰.

Podsumowanie

Lingwistyka komunikacji alternatywnej i wspomagającej jako zunifikowana, homogeniczna przestrzeń nowej wiedzy zawierającej pierwiastki logopedyczne, lingwistyczne, lingwoedukacyjne, psycho- i neurolingwistyczne, pedagogiczne, metodyczne, informatyczne umożliwia dokonywanie systemowego i naukowego opisu niemowności i niemówienia. Wyodrębnienie tej lingwistyki stosowanej było możliwe dzięki wdrożeniu transdyscyplinarnej perspektywy metodologicznej niwelującej wady ujęcia interdyscyplinarnego, które przez lata dominowało w próbach

¹⁰ Autorzy artykułu są koncepcyjnie, zawodowo i naukowo związani z protezą mowy MÓWik i firmą „Dico” – jej producentem. Ewa Przebinda to pomysłodawczyni i realizatorka projektu, dr hab. Mirosław Michalik jest konsultantem naukowym w zakresie językoznawstwa i logopedii w firmie produkującej protezę. W czasie prac koncepcyjnych i redakcyjnych nad treścią artykułu firma „Dico” w żadnym stopniu nie pełniła funkcji zleceniodawcy czy sponsora autorów. Treść artykułu nie była uzgadniania z pracownikami firmy i do momentu jego wydania nie mieli oni do niej wglądu.

Funkcjonalność metody osiągnięto, wprowadzając następujące udogodnienia: program jest gotowy do pracy z osobą niepełnosprawną zaraz po uruchomieniu i zainstalowaniu go na urządzeniu, nie wymaga tworzenia tablic, ponieważ są one już dostępne, tablice można dodawać i budować w zależności od potrzeb użytkownika, szybkość opanowania sprzętu zależy od możliwości komunikacyjnych i intelektualnych osoby niepełnosprawnej, program umożliwia dodawanie własnych symboli, obrazków i zdjęć, które mogą usprawnić komunikację, oprogramowanie pozwala na dodawanie w miejsce tablic MÓWika symboli z innych systemów komunikacji, np. Makatona, PCS-ów, piktogramów czy nawet systemu Blissa, dzięki wirtualnej klawiaturze osoby potrafiące pisać mają możliwość pisania. MÓWik w tej wersji umożliwia w znacznym stopniu tworzenie wypowiedzi poprawnych gramatycznie. Tablice posiadają trzy poziomy gramatyki w zależności od zaawansowania świadomości językowej użytkownika. Wybór odpowiedniej formy może zostać dokonany na podstawie wstępnego odsłuchania, o ile użytkownik nie posiada umiejętności czytania. MÓWik umożliwia stopniowe przechodzenie z używania symboli na czynność pisania. Wbudowana tzw. predykcja słów podpowiada te, które są najczęściej wpisywane. Podpowiedź jest widoczna w formie zarówno napisów, jak i obrazków. Zapisany wyraz może zostać od razu głośno odczytany za pomocą syntezatora mowy. Automatycznie jest sprawdzana jego poprawność. Co interesujące z punktu widzenia kompetencji leksykalnej, struktura tablic startowych uwzględnia rozróżnienie na słownictwo rdzeniowe (ang. *core vocabulary*) oraz słownictwo szczegółowe (ang. *fringe vocabulary*). Zasób symboli-leksatów (ok. 10 tys. znaków) można wzbogacać o własne symbole oraz znaki pobierane bezpośrednio z Internetu. Symbole odzwierciedlają pojęcia pochodzące ze wszystkich części mowy, umożliwiają zatem tworzenie konstrukcji o charakterze zdań. Zawierają również gotowe zwroty, wyrażenia ekspresyjne, potoczne itp., dając szansę na jak najbardziej naturalne porozumiewanie się z otoczeniem (Michalik, 2018).

deskrypcji fenomenu zjawiska braku mowy. Z kolei realizacja przez lingwistykę komunikacji alternatywnej i wspomagającej hierarchicznego układu stawionych przez nią celów, tj. badań podstawowych, stosowanych i wdrożeniowych, pozwala z jednej strony rozwijać ją jako naukę *sensu stricto*, z drugiej – zmieniać na lepsze jakość życia osób dotkniętych niemownością i niemówieniem.

Bibliografia

- Aduszkiewicz, A. (red.). (2004). *Słownik filozofii*. Warszawa: Świat Książki.
- Ajdukiewicz, K. (1960). *Język i poznanie*. Warszawa: PWN.
- Czarnecki, K. (red.). (2009). *Nowy leksykon metodologiczny*. Sosnowiec: Oficyna Wydawnicza „Humanitas”.
- Beukelman, D.R., Mirenda, P. (2013). *Augmentative & Alternative Communication. Supporting Children and Adults with Complex Communication Needs*. Baltimore: Paul H. Brookes.
- Bobrowski, I. (1993). *Językoznawstwo racjonalne. Z zagadnień teorii językoznawczej i metodologii opisów gramatycznych*. Kraków: IJP PAN.
- Bobrowski, I. (1998). *Zaproszenie do językoznawstwa*. Kraków: IJP PAN.
- Grabias, S. (2001). Perspektywy opisu zaburzeń mowy. W: S. Grabias (red.). *Zaburzenia mowy* (s. 11–43). Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Grabias, S. (2015). Postępowanie logopedyczne. Standardy terapii. W: S. Grabias, J. Panasiuk, T. Woźniak (red.), *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego* (s. 13–35). Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Grabias, S. (2019). *Język w zachowaniach społecznych. Podstawy socjolingwistyki i logopedii*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Grucza, F. (1983). *Zagadnienia metalingwistyki. Lingwistyka – jej przedmiot, lingwistyka stosowana*. Warszawa: PWN.
- Hajduk, Z. (2012). *Ogólna metodologia nauk*. Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Ingarden, R. (1966). *Przeżycie, dzieło, wartość*. Kraków: Wydawnictwo Literackie.
- Kamiński, S. (1992). *Nauka i metoda. Pojęcie nauki i klasyfikacja nauk*. Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL.
- Kita, M. (2012). Razem. Konsiliencja, interdyscyplinarność, transdyscyplinarność. W: M. Kita, M. Ślawska (red.), *Transdyscyplinarność badań nad komunikacją medialną* (t. 1, s. 11–30). Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Koczanowicz, L. (2011). Interdyscyplinarność – między rabunkiem a dialogiem. W: R. Włodarczyk, W. Żlobicki (red.), *Interdyscyplinarność i transdyscyplinarność pedagogiki – wymiar teoretyczny i praktyczny* (s. 35–42). Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Kumaniecki, K. (1990). *Słownik łacińsko-polski*. Warszawa: Wydawnictwo Szkolne PWN.

- Michalik, M., (2012). Dyzartria i anartria w kontekście wieloaspektowej diagnozy różnicowej. W: M. Michalik, A. Siudak, Z. Orłowska-Popek (red.), *Diagnoza różnicowa zaburzeń komunikacji językowej* (s. 383–406). Kraków: Collegium Columbinum.
- Michalik, M. (2015). Transdyscyplinarność logopedii – między metodologiczną koniecznością a teoretyczną utopią. W: S. Milewski, K. Kaczorowska-Bray (red.), *Metodologia badań logopedycznych z perspektywy teorii i praktyki* (s. 32–46). Gdańsk: Harmonia Universalis.
- Michalik, M. (2018). *Lingwistyczno-logopedyczne podstawy komunikacji alternatywnej i wspomagającej. Ujęcie metodologiczne*. Kraków: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego.
- Nicolescu, B. (2007). *Transdisciplinarity as Methodological Framework for Going Beyond the Science-Religion Debate*. Pobrane z: www.metanexus.net/magazine (dostęp: 19.04.2019).
- Nycz, R. (2006). Kulturowa natura, słaby profesjonalizm. Kilka uwag o przedmiocie poznania literackiego i statusie dyskursu literaturoznawczego. W: M.P. Markowski, R. Nycz (red.), *Kulturowa teoria literatury. Główne pojęcia i problemy* (s. 5–38). Kraków: Towarzystwo Autorów i Wydawców Prac Naukowych Universitas.
- Popper, K.R. (1992). *Wiedza obiektywna. Ewolucyjna teoria epistemologiczna*. Tłum. A. Chmielewski. Warszawa: WN PWN.
- Rittel, T. (1994). *Podstawy lingwistyki edukacyjnej. Nabywanie i kształcenie języka*. Kraków: Wydawnictwo Naukowe WSP.
- Rittel, T., Rittel, S.J. (2015). *Dyskurs edukacyjny. Zagadnienia – znaczenia – terminy. Wybór i opracowanie*. Kraków: Collegium Columbinum.
- Surowaniec, J. (2012). *Logopedyczny słownik angielsko-polski, polsko-angielski*. Kraków: Józef Surowaniec.
- Życiński, J. (1983). *Język i metoda*. Kraków: Znak.

Aneta Nott-Bower

Polski Uniwersytet na Obczyźnie w Londynie

LOGOPEDIA I GLOTTODYDAKTYKA POLONISTYCZNA W OPIECE NAD DZIECKIEM DWUJĘZYCZNYM

STRESZCZENIE

W artykule poruszona została problematyka przenikania się tytułowych dyscyplin w dwujęzyczności. Korzystając z własnych doświadczeń, autorka przedstawia realia pracy z dzieckiem bilingwalnym wymagającym specjalnego wsparcia w zakresie komunikacji w języku polskim. Rozważa, w jakich przypadkach pomocy udziela logopeda, w jakich nauczyciel języka polskiego jako obcego, a kiedy działają wspólnie. Udziela odpowiedzi na pytanie, jak przedstawiciele obu profesji mogą wzajemnie czerpać ze swoich narzędzi i strategii.

Słowa kluczowe: bilingwizm, glottodydaktyka polonistyczna, diagnoza logopedyczna, terapia logopedyczna, rozdział kompetencji, interdyscyplinarność

Speech therapy and teaching Polish as a foreign language in bilingual children

ABSTRACT

The article discusses the issue of the interpenetration of the disciplines in question in the field of bilingualism. Using her own experience, she presents the practicalities of working with a bilingual child requiring special support in the area of communication in Polish. She considers in which cases a speech therapist should lead, in which cases a teacher of Polish as a foreign language can provide help, and when they work together. She answers the question of how both professionals can share their tools and strategies.

Keywords: bilingualism, teaching Polish as a foreign language, diagnosis of speech and language disorders, speech and language therapy, distribution of competences, interdisciplinarity

Wprowadzenie

Relację między logopedią a glottodydaktyką polonistyczną w opiece nad dzieckiem bilingwalnym można rozważać w kategoriach rozdzielności i przenikania. W pierwszym aspekcie chciałabym podkreślić wagę właściwego kwalifikowania przypadków do jednej z poniższych grup:

- 1) neurotypowe dzieci dwujęzyczne, które potrzebują wsparcia w rozwoju kompetencji w drugim języku;
- 2) dzieci dwujęzyczne z zaburzeniami mowy i języka, które potrzebują wsparcia w rozwoju komunikacji.

Drugi aspekt relacji: logopeda a nauczyciel języka polskiego jako obcego dotyczy wzajemnego wzbogacania warsztatu pracy. Wiedza z zakresu glottodydaktyki polonistycznej może poprawić skuteczność terapii logopedycznej dziecka bilingwalnego, a stosowanie niektórych ćwiczeń logopedycznych usprawni pracę nauczyciela języka polskiego jako obcego. Dodatkowo obaj specjaliści mogą pracować wspólnie na rzecz podniesienia sprawności językowej dziecka dwujęzycznego, która jest narzędziem poznawczym niezbędnym do jego prawidłowego funkcjonowania w szkole.

Dwujęzyczność – uściślenie rozumienia terminu

Wiele definicji dwujęzyczności (ang. *bilingualism*) koncentruje się na kompetencji komunikacyjnej. Tak jest w klasycznej definicji bilingwizmu: „W przypadkach, gdy nauce języka obcego nie towarzyszy utrata ani ubytek języka ojczystego, mamy do czynienia z bilingwizmem – ojczysto-podobną znajomością dwóch języków” (Bloomfield, 1935, s. 55–56). Definicja Ewy Lipińskiej (2003, s. 101) jest również maksymalistyczna – autorka definiuje bilingwizm jako „opanowanie przez osobę dwóch języków, w takim stopniu, jak wiekowo i społecznie jej odpowiadający ich rodzimi użytkownicy”. Istnieją także definicje uwzględniające relatywność zjawiska bilingwizmu, na przykład: „Alternatywne używanie dwóch (lub więcej) języków przez jedną i tę samą osobę” (Mackey, 1953, s. 51).

W Wielkiej Brytanii i Irlandii organem zrzeszającym logopedów, wyznaczającym standardy postępowania logopedycznego jest *Royal College*

of Speech and Language Therapists¹. W jednej z oficjalnych publikacji tej instytucji dwujęzyczność osób zdefiniowana została następująco: „Osoby lub grupy osób, które zdobywają umiejętności komunikacyjne w więcej niż jednym języku. Opanowują one te umiejętności w różnym stopniu, w formie ustnej i/lub pisemnej, aby móc porozumiewać się z użytkownikami jednego lub więcej języków w domu i w społeczeństwie. Osoba powinna być uważana za dwujęzyczną bez względu na relatywny poziom biernego lub czynnego opanowania używanych języków” (RCSLT, 2006, s. 268²). W tej definicji podkreśla się, że dwujęzyczność związana jest z procesem zdobywania umiejętności. Aspekt funkcjonalny (użycie języka) oraz aspekt dynamiczny (nabywanie kompetencji) także w doświadczeniu autorki tekstu są kluczowe w rozpatrywaniu zjawiska bilingwizmu. Marzena Błasiak-Tytuła (2011) dwujęzyczność nazywa zjawiskiem językowo-kulturowym, dodając, że poza lingwistami, psychologami, socjologami oraz kulturoznawcami interesują się nim glottodydaktycy i neurolingwiści. Badaczka podkreśla, że „Dwu- i wielojęzyczność dzieci może być rozpatrywana jedynie przez pryzmat użycia i oznaczałaby używanie języków w życiu codziennym” (Błasiak-Tytuła, 2011, s. 60).

W piśmiennictwie opisującym kwestie bilingwizmu stosuje się oznaczenia pochodzące z języka angielskiego L1 (ang. *language 1*), L2, L3. Odnoszą się one do kolejności nabywania języków. I tak: L1 to język pierwszy, przyswojony najwcześniej (do trzeciego roku życia) w sposób naturalny, L2 – drugi w kolejności opanowany język, L3 – trzeci itd. Tradycyjnie, biorąc pod uwagę relacje emocjonalno-kulturowe, stosowano też określenia: język ojczysty/macierzysty i język obcy (Bielawska, 2019). Ze względu na złożoność zjawiska bilingwizmu Józef Porayski-Pomsta (2010) wysuwa propozycję, by stosować terminy język funkcjonalnie pierwszy, język funkcjonalnie drugi itd. Wynika to z faktu, że: „[...] ani kolejność przyswajania języków, ani też emocjonalny stosunek do nich nie zawsze decydują o tym, jaką rzeczywistą funkcję komunikacyjną pełnią one w określonej sytuacji komunikacyjno-językowej” (Porayski-Pomsta, 2010, s. 331). W przypadku rozpatrywania relacji pomiędzy logopedią a glottodydaktyką polonistyczną opisane powyżej podejście funkcjonalne wydaje się jak najbardziej zasadne.

¹ Instytucja ta działa już od 1945 r., nieustannie promując badania naukowe w zakresie różnych specjalności logopedycznych, dbając o wzrost jakości kształcenia przyszłych logopedów oraz dostarczając aktualnych informacji logopedom i ogółowi społeczeństwa.

² Tłumaczenie własne (Nott-Bower, 2014, s. 53).

Rozdział kompetencji logopedy i glottodydaktyka polonistycznego

Rozważając granice kompetencji w zakresie opieki nad dzieckiem dwujęzycznym pomiędzy logopedą a nauczycielem języka polskiego jako obcego, należy zastanowić się nad problemem akwizycji języka i problemem dotyczącym akwizycji języka drugiego. Dzieci dwujęzyczne są tak samo narażone, jak ich jednojęzyczni rówieśnicy, na wystąpienie problemów z rozwojem mowy. Nie ma żadnych naukowych dowodów na to, że zaburzenia mowy mogą zostać wywołane czy pogłębione w wyniku symultanicznego przyswajania dwóch języków (Kent, 2003; Nott-Bower, 2015). Wciąż jednak pozostaje pytanie: jak rozpoznać zaburzenie komunikacji werbalnej, gdy język polski nie jest pierwszym językiem ucznia? Jest to problem niezwykle złożony. Najlepszą praktyką (w idealnej sytuacji) jest ocenianie dziecka bilingwalnego przez logopedę bilingwalnego w zakresie języków dziecka lub przez dwóch logopedów, z których każdy jest rodzimym użytkownikiem języków dziecka. Taka praktyka jest rzadka, nie tylko w Polsce.

W przypadku pracy z dziećmi dwujęzycznymi logopeda staje przed trudnym zadaniem, jak najrzetelniej zidentyfikować:

- dzieci dwujęzyczne z prawidłowym rozwojem mowy w trakcie akwizycji L2 (praca glottodydaktyka polonistycznego);
- dzieci dwujęzyczne przejawiające problemy z mową (terapia logopedyczna).

Identyfikacja dzieci z potrzebami w zakresie mowy jest intuicyjna dla wielu terapeutów. Ale jak zebrać dowody potrzebne do wsparcia intuicji? Jeśli dziecko jest jednocześnie dwujęzyczne i przejawia zaburzenia, trudności pojawią się w obu tych językach. Zapytanie rodziców, jak skutecznie dziecko komunikuje się w języku ojczystym, daje pewien wgląd w jego kompetencje w L1. Tam, gdzie to możliwe, przydatna jest pomoc tłumacza lub znającego język ojczysty dziecka członka zespołu terapeutycznego, aby pomógł logopedzie przeprowadzić wywiad z rodzicami dotyczący rozwoju dziecka w ich pierwszym języku.

Podkreślam szczególne znaczenie wywiadu z rodzicami, gdyż dzięki niemu otrzymamy opis dotychczasowego rozwoju dziecka z uwzględnieniem obu (lub wszystkich) języków. Dodatkowo da nam to szansę

nawiązania kontaktu z opiekunami oraz ocenę ewentualnych różnic kulturowych, które mogą znacząco wpłynąć na proces ewaluacji komunikacji oraz późniejszą terapię. Czasami postrzegane przez nauczycieli i terapeutów trudności w interakcji można wyjaśnić różnicami kulturowymi i należy wykazać się wiedzą i świadomością tych różnic, aby uzyskać pełny obraz zdolności komunikacyjnych dziecka. Należy zachować wrażliwość na zachowania komunikacyjne, które mogą być zakorzenione w kulturze, a nie stanowić przejaw konkretnych trudności.

W trakcie rozmowy do standardowych pytań wywiadu logopedycznego należy dodać pytania o dwujęzyczność:

- który język dziecko poznało jako pierwszy?
- kiedy dołączył drugi język?
- z jakim poziomem rozwoju mowy dziecko rozpoczęło szkołę?
- który język obecnie dziecko zna lepiej i który preferuje?
- średnio, ile godzin dziennie dziecko obcuje z każdym językiem?

Dodatkowo warto zadać pytania dotyczące języka, jakim dorośli posługują się w komunikacji rodzinnej, oraz czasu pobytu w Polsce i planów związanych z pozostaniem w naszym kraju. Przy planach dłuższego pobytu w Polsce lub pozostania na stałe logopeda powinien uświadomić rodzicom, jak ważne jest rozwinięcie języka polskiego dziecka z uwagi na jego szkolną edukację w języku polskim (Bielawska, 2019). Rozwój języka ojczystego należy stymulować ze względów tożsamościowych oraz kognitywnych i emocjonalnych. Logopeda nigdy nie powinien doradzać dzieciom i ich opiekunom, aby porzucili swój język ojczysty, aby ułatwić rozwój mowy w języku polskim. Wręcz przeciwnie – należy szukać możliwości zapewnienia wsparcia dla rozwoju języka ojczystego danej osoby i wspierać rodziny w korzystaniu z języka ojczystego³.

Pierwszym krokiem po zakończeniu wywiadu z rodzicami dziecka dwujęzycznego jest orientacyjne (nieformalne) badanie mowy⁴ w sytuacji kierowanej zabawy.

³ Zob. np. https://naldic.org.uk/Resources/NALDIC/Professional%20Development/Documents/NC19_Pert_SLT_EAL.pdf (dostęp: 3.04.2020).

⁴ Magdalena Bielawska (2019, s. 26) ze swojego doświadczenia w pracy z dziećmi wielojęzycznymi w Polsce poleca stosowanie prostego zadania nazywania obrazków. „Nazywanie obrazków pozwoli na sprawdzenie i zorientowanie się w zasobie słownictwa dziecka zgodnie z etapem jego rozwoju. Badanie to przynosi również ważną informację – w jakim stopniu dziecko opanowało L1. Jest to oczywiście możliwe pod warunkiem, że terapeuta zna podstawy L1 dziecka”.

London SIG Bilingualism (organizacja zrzeszająca brytyjskich logopedów pracujących z uczniami bilingwalnymi) opracowuje wytyczne do najlepszej praktyki w opiece logopedycznej nad dzieckiem dwujęzycznym. Jedną z tych propozycji jest stosowanie nieformalnych metod ewaluacji komunikacji dzieci dwujęzycznych. W metodzie podkreśla się, że nie należy obserwować i analizować używania dwóch języków oddzielnie, tylko notować umiejętności w obu językach. Należy oceniać różne obszary rozwoju dziecka – uwagę, słuchanie, zabawę, umiejętności społeczne, ekspresję, mowę, w tym umiejętności komunikacji funkcjonalnej. *London SIG Bilingualism* rekomenduje podejście holistyczne, czyli objęcie uwagą całego rozwoju dziecka, tzn. aspektów wewnątrzpochodnych (rozwój fizyczny, poznawczy i emocjonalny) oraz zewnątrzpochodnych (rozwój społeczny, środowisko, edukacja)⁵. Do nieformalnej ewaluacji komunikacji najbardziej reprezentatywne próbki do oceny możliwości językowych pozyskuje się w różnorodnych i naturalnych warunkach (np. dom, grupa zabawowa) oraz w kontakcie z co najmniej dwoma różnymi partnerami komunikacyjnymi (np. rodzice lub opiekunowie, pracownicy przedszkola, rodzeństwo) (Martin, 2009).

Formalne metody ewaluacji, inaczej testy standaryzowane, zawierają procedury dotyczące administrowania i punktowania testu (Shipley, McAfee, 2004). Testy, które są standaryzowane w odniesieniu do jednojęzycznych dzieci, nie powinny być stosowane do oceny dwu- i wielojęzycznych dzieci, uczących się języka większości jako drugiego i/lub pochodzących z różnych środowisk kulturowych. Jeśli taka metoda jest wykorzystywana do oceny umiejętności językowych dziecka bilingwalnego, nie należy podawać wyników ilościowych. Zamiast tego wyniki uzyskane przez dziecko należy opisać w sposób jakościowy. Korzystając z formalnych metod ewaluacji, można porównywać wyniki uzyskane przez dziecko w różnych okresach⁶.

Trudne lub wręcz niemożliwe jest znalezienie instrumentów diagnostycznych spełniających wymagania diagnozy dzieci dwu- lub wielojęzycznych (tę obserwację potwierdzają m.in. Dollaghan i Horner, 2011). Podobne zdanie mają polskie badaczki bilingwizmu: „W Polsce nie istnieją narzędzia, które znormalizowane by były na populacji dzieci dwujęzycznych, zatem dostępne normy nigdy nie opisują rozwoju dzieci dwujęzycznych”

⁵ Zob. <http://www.londonsigbilingualism.co.uk/assessment.html> (dostęp: 3.04.2020).

⁶ Zob. <http://www.londonsigbilingualism.co.uk/assessment.html> (dostęp: 3.04.2020).

(Łuniewska i in., 2015, s. 40–41). W tym kontekście ciekawą propozycję stanowi publikacja *Bliźniacze słowa. Test przesiewowy do badania dojrzałości szkolnej w zakresie percepcji i wymowy dzieci wielojęzycznych* Liliany Madelskiej (2010). Test weryfikuje, czy dziecko ma odpowiednio rozwiniętą percepcję mowy i czy prawidłowo wymawia głoski języka polskiego, jak również pozwala na wstępną ocenę dojrzałości szkolnej dziecka pod względem jego rozwoju fonetyczno-fonologicznego. Jest to proste narzędzie, ale na uwagę zasługuje fakt, że „uwzględnia nie tylko problemy typowe dla dzieci wychowanych w Polsce, lecz także specyficzne trudności dzieci wychowywanych w różnych środowiskach językowych” (Madelska, 2010, s. 6). Nadal istnieje potrzeba opracowania bardziej zaawansowanych narzędzi diagnostycznych adresowanych do dzieci dwu- i wielojęzycznych.

Na podstawie danych zebranych w wywiadzie z opiekunami oraz diagnozy komunikacji dziecka, poczynionych podczas nieformalnej lub formalnej ewaluacji, logopeda opracowuje postępowanie terapeutyczne. Dziecko z normatywnie rozwijającym się językiem ojczystym, ale obniżonym poziomem opanowania drugiego języka, będzie wymagało więcej zintensyfikowanej ekspozycji na L2, wówczas zalecana jest pomoc specjalisty – glottodydaktyka polonistycznego. Natomiast u dziecka z opóźnionym lub atypowym rozwojem mowy – zarówno w języku ojczystym, jak i w dodatkowym języku – konieczna jest pomoc specjalisty – logopedy. Pracę z dzieckiem dwu- lub wielojęzycznym, przejawiającym trudności komunikacyjne, powinien prowadzić logopeda znający problematykę bilingwizmu.

W pracy logopedy z dziećmi bilingwalnymi wykorzystywana jest ewaluacja dynamiczna (ang. *dynamic assessment*, DA). Ewaluacja ta ma charakter terapii diagnostycznej, na zasadzie *test-teach-retest*⁷. Ma ona na celu określenie umiejętności, które posiada dziecko, i jego potencjału uczenia się. Jest metodą wysoce interaktywną i zorientowaną na proces⁸. W ewaluacji dynamicznej współwystępuje proces oceniania, nauczania i uczenia się. Dzięki dynamicznej ewaluacji logopeda może określić nie tylko bieżący poziom funkcjonowania dziecka, lecz także najlepsze środki ułatwiające dalszą naukę (Martin, 2009). Ewaluacja dynamiczna jest wykorzystywana

⁷ Zob. [tps://naldic.org.uk/Resources/NALDIC/Professional%20Development/Documents/NC19_Pert_SLT_EAL.pdf](https://naldic.org.uk/Resources/NALDIC/Professional%20Development/Documents/NC19_Pert_SLT_EAL.pdf), (dostęp: 3.04.2020).

⁸ Zob. <https://www.asha.org/practice/multicultural/issues/Dynamic-Assessment>, (dostęp: 3.04.2020).

w ocenie dzieci dwujęzycznych w celu różnicowania zaburzeń językowych od niebędących patologią różnic językowych⁹.

Ewaluacja dynamiczna pozwala skutecznie odróżnić błędy wynikające z wielojęzyczności (różnice językowe) od nieprawidłowości wynikających z opóźnień lub zaburzeń rozwoju mowy. Różnicowanie zaburzeń językowych i różnic językowych u osób dwujęzycznych jest ważne ze względu na konieczność wczesnej i specjalistycznej pomocy logopedycznej. Zdarza się, że zaburzenia rozwoju mowy u dzieci są błędnie postrzegane jako różnice językowe. Zdarzają się też odwrotne sytuacje, w których dziecko dwujęzyczne z objawami różnic językowych jest niepotrzebnie poddawane terapii logopedycznej zamiast wsparciu glottodydaktycznemu. Kwestia różnicowania zaburzeń językowych i związanych z dwujęzycznością i dwukulturowością różnic językowych jest kluczowa dla wszystkich zaangażowanych w opiekę nad dzieckiem specjalistów (Langdon, 1989).

U dzieci, u których widoczny jest znaczący postęp w krótkoterminowych sesjach terapeutycznych lub edukacyjnych, prawdopodobnie występują różnice językowe, a nie zaburzenia językowe – zalecane jest wówczas wsparcie nauczyciela języka polskiego jako obcego. Dzieci, które nie są w stanie dokonać szybkich zmian w swoich zachowaniach językowych, prawdopodobnie przejawiają zaburzenia językowe i wymagają pomocy logopedy.

Elizabeth Peña (2014) zauważa, że oprócz możliwości identyfikacji różnic i zaburzeń językowych drugim istotnym efektem ewaluacji dynamicznej jest kierunek planowanej interwencji. Obserwacja, jak dziecko reaguje na doświadczenie uczenia się za pośrednictwem mediatora, pomoże rozwinąć pewne realistyczne oczekiwania co do tego, co terapeuta jest w stanie zrealizować w interwencji¹⁰.

⁹ Gillespie (2015, s. 1, za: Prezas i Jo, 2017, s. 5) definiuje różnicę językową (ang. *language difference*) jako „wynik normalnego procesu nabywania drugiego języka”. Raul Prezas i Ahyea Jo (2017, s. 5) zaznaczają, że „Chociaż przyswajanie drugiego języka może objawiać się jako opóźnienie w tym języku, dziecko z różnicą językową posiada umiejętności w języku pierwszym, które są współmierne z typowo rozwijającymi się dziećmi”. Jest to zjawisko postrzegane w kategoriach oddziaływań interlingwalnych L1→L2: „Różnica językowa odnosi się do wpływu języka pierwszego na cechy i struktury drugiego języka. Przypominają one formy i struktury typowe dla języka pierwszego” (Yoshinaga-Itano, 1990, s. 20). Z drugiej strony zaburzenie językowe (ang. *language disorder*) będzie przejawiało się w obu językach, jak zauważa Gillespie (2015, s. 1, za: Prezas, Jo, 2017, s. 5–6) „zaburzenie językowe charakteryzuje się brakami w odbiorze i/lub produkcji języka zarówno w języku ojczystym, jak i w drugim języku”.

¹⁰ Zob. <https://www.asha.org/practice/multicultural/issues/outcomes/> (dostęp: 3.04.2020).

Przenikanie warsztatów logopedy i glottodydaktyka polonistycznego

Magdalena Bielawska (2019) podaje elementy nauczania języka polskiego jako obcego, które logopeda powinien zastosować w terapii logopedycznej dziecka dwu- i wielojęzycznego. Jest to wiedza dotycząca kolejności wprowadzania przypadków gramatycznych w języku polskim. Autorka podaje jednocześnie, w jakich sytuacjach komunikacyjnych dziecko może wykorzystać zdobyte kompetencje gramatyczne.

1. Mianownik – wiąże się z nazywaniem, przedstawianiem się, nawiązywaniem kontaktu z innymi (To jest..., Co to jest?, Mam na imię..., Jak masz na imię?).
2. Biernik – używany w konstrukcjach dotyczących zakupów, posiadania, prośb, ubierania (Proszę o..., Mam..., Widzę..., Podaj mi... itp.).
3. Narzędnik – komponuje się z tematami o podróżowaniu, zainteresowaniach, przygotowywaniu posiłków z dodatkami oraz gdy wprowadzane są stosunki przestrzenne wyrażane za pomocą przyimków łączących się z narzędnikiem (z, pod, między, na – Interesuję się... – czym?, Jadę na wakacje... – czym?, Proszę pizzę z... – czym?).
4. Dopełniacz – przydatny na zajęciach o zaprzeczeniach, posiadaniu, poszukiwaniu, podróży, liczeniu (Nie mam... – czego?, Szukam... – czego?, Jadę dokąd?, do... – czego?).
5. Miejscownik omawia się w dalszych etapach, ponieważ w jego formach prawie zawsze występują typowe dla polszczyzny oboczności tematyczne.
6. Z racji rzadkiego użycia jako ostatnie wprowadza się celownik i wołacz (Bielawska, 2019).

Przedstawioną powyżej kolejność wprowadzania przypadków stosowaną w glottodydaktyce polonistycznej warto zestawić z kolejnością pojawiania się przypadków w rozwoju mowy dziecka. Na podstawie przeglądu literatury (m.in. Łuczyński, 2004; 2015; Slobin, 1973; 1980; Smoczyński, 1955; Zarębina, 1965) Iwona Kaproń-Charzyńska i Joanna Kamper-Warejko (2017, s. 14) konstatują, że: „Nie ma wśród badaczy absolutnej zgodności co do kolejności pojawiania się poszczególnych przypadków. Ogólnie można stwierdzić, że jako pierwsze pojawiają się w ontogenezie mianownik, biernik i wołacz, a dopiero w dalszej

kolejności cztery pozostałe przypadki – dopełniacz, narzędnik, miejscownik i celownik”. W tej samej publikacji autorki przytaczają inną kolejność opanowywania przypadków ustaloną w wyniku badań dzieci w wieku szkolnym (Kaproń-Charzyńska i Kamper-Warejko, 2017, s. 12, za: Machowska, 2006): „mianownik, biernik, dopełniacz, miejscownik, narzędnik, celownik, wołacz [...]”. Hierarchie ustalone przez badaczy rozwoju mowy dziecka wykazują częściową zgodność z porządkiem metodycznym ustalonym w glottodydaktyce polonistycznej. Szczególnie jest to widoczne w odniesieniu do celownika, który we wszystkich przytoczonych porządkach znajduje się blisko końca listy, czyli opanowywany jest stosunkowo późno.

Elżbieta Wierzbicka-Piotrowska (2017, s. 3) wśród czynników decydujących o kolejności wprowadzania przypadków na lekcjach języka polskiego jako obcego wymienia: przydatność komunikacyjną, stopień trudności tworzenia form i łączliwość form przypadków z innymi wyrazami. Czynniki te w doświadczeniu autorki tekstu znajdują także odbicie w logopedii dzieci dwujęzycznych i skutecznie uzupełniają często stosowane w logopedii podejście rozwojowe.

Z doświadczeń autorki tekstu (w pracy z dziećmi dwujęzycznymi z językiem angielskim funkcjonalnie pierwszym) wynika, że szczególnie problematyczne jest opanowanie dopełniacza w przeczeniach. Dzieci mają tendencję do używania mianownika, na przykład: *Nie mam mój plecak*. Należałoby zatem te konstrukcje trenować według zasad glottodydaktyki polonistycznej. Bielawska (2019, s. 27) podkreśla, na podstawie swojej praktyki w Polsce, wczesne wprowadzenie trybu rozkazującego: „Z mojej praktyki wynika, że stosunkowo wcześniej należy wprowadzić tryb rozkazujący. Z poleceniami dzieci spotykają się codziennie (Wstań!, Wstańcie!, Jedz!, Umyj ręce!, Usiądź!, Usiądźcie!, Spójrz!, Posłuchaj! itd.), a rozumienie i zastosowanie się do komend nauczyciela i logopedy znacznie ułatwi dziecku funkcjonowanie w grupie”.

Logopeda może również czerpać z metod glottodydaktyki polonistycznej w zakresie kształtowania kompetencji leksykalnej ucznia bilingwalnego. „Słownictwo jest elementem silnie warunkującym płynność, adekwatność i skuteczność wypowiedzi” (Lipińska, Seretny, 2005, s. 79). W pracy z dzieckiem dwujęzycznym logopeda powinien je rozbudowywać planowo, w sposób systematyczny i przemyślany na wzór metodyki nauczania języka polskiego jako drugiego. Dobór materiału leksykalnego

w terapii logopedycznej powinien zatem być uporządkowany według kręgów tematycznych, poczynając od kategorii najbliższych dziecku.

Logopeda dzieci dwujęzycznych powinien wzbogacić swoje kompetencje o wiedzę z zakresu glottodydaktyki polonistycznej lub pracować w zespole z doświadczonym glottodydaktykiem. Relacja logopedia–glottodydaktyka polonistyczna jest relacją dwukierunkową. Poniżej przedstawione zostaną wybrane metody terapii logopedycznej, które w swojej pracy może wykorzystać glottodydaktyk polonistyczny. Są to działania, które mogą obejmować ćwiczenia słuchowe oraz ćwiczenia usprawniające narządy mowy. U dzieci do 7. roku życia wykształcenie wymowy, akcentu i intonacji na poziomie natywnym jest łatwe do osiągnięcia i naturalne. W przypadku dzieci starszych i młodzieży (wiek od 7 do 18 lat) opanowanie L2 na poziomie natywnym jest trudniejsze (szczególnie po 12. r.ż.), choć nadal jest osiągalne (Lipińska, 2003). Przystawianie drugiego języka przez dzieci i młodzież jest z pewnością łatwiejsze niż w przypadku dorosłych, ale z doświadczeń autorki wynika, że nawet u dzieci przełamanie niektórych nawyków artykulacyjnych ustalonych w języku funkcjonalnie pierwszym bywa trudne. Właśnie wtedy niezwykle przydatne okazują się ćwiczenia usprawniające narządy mowy oraz rozwijające kompetencję fonologiczno-fonetyczną. Ich działanie nie tylko przyczynia się do wypracowania prawidłowego akcentu w języku polskim, lecz także ma szersze znaczenie. Umiejętność rozpoznawania dźwięków (zwłaszcza rozróżnianie szeregów polskich głosek dentalizowanych) oraz ich poprawna artykulacja przyczyniają się do lepszego opanowania podstawowych sprawności: rozumienia, mówienia, czytania i pisania (Saran-Pasoń, 2010). Liliana Madelska (2010) wyszczególnia najczęstsze trudności, jakie dotyczą głosek języka polskiego u dzieci dwujęzycznych opanowujących język polski za granicą. Z jej praktyki również wynika, że wysoki odsetek neurotypowych dzieci dwujęzycznych przejawia trudności we właściwym różnicowaniu oraz realizowaniu głosek dentalizowanych języka polskiego. U dzieci tych szereg ciszący i szereg szumiący bywa utożsamiany słuchowo i artykulacyjnie, co ma wpływ na skuteczność komunikacji (mylenie słów, np. *prosię-proszę, czapki-ciapki*). Ćwiczenia słuchowego różnicowania par głosek cisząca: szumiąca oraz sylab i wyrazów je zawierających, najpierw z udziałem kanału wzrokowego, a następnie bez, pomagają dzieciom dwujęzycznym w prawidłowej realizacji tych głosek. Równolegle prowadzone ćwiczenia różnicujące

pozycję języka oraz ułożenie warg dopełniają repertuar ćwiczeń logopedycznych, które w swojej pracy może także wykorzystać nauczyciel języka polskiego jako obcego.

W opiece nad dzieckiem dwujęzycznym przenikają się zatem kompetencje logopedy i glottodydaktyka. Możemy wzajemnie czerpać ze swoich warsztatów, a tym samym poprawiać jakość diagnozy i terapii w bilingwizmie.

Kolejną ważną kwestią, związaną z opieką nad dzieckiem dwujęzycznym jest zróżnicowanie pomiędzy elementarnymi umiejętnościami komunikacyjnymi (ang. *basic interpersonal communication skills*, BICS) a poznawczą sprawnością językową (ang. *cognitive academic language proficiency*, CALP). BICS (zwana przez innych autorów kompetencją konwersacyjną, fluencją powierzchowną) jest kompetencją wymaganą na podstawowym poziomie kontaktów interpersonalnych (rozmowa o przedmiotach konkretnych w sytuacji, gdy kontekst i sygnały pozawerbalne stanowią pomoc w zrozumieniu rozmówcy). CALP (zwana przez innych autorów kompetencją akademicką) jest potrzebna w poznawczo wymagających sytuacjach, kiedy kontekst jest zredukowany, a zrozumienie komunikatu musi się opierać wyłącznie na jego werbalnej części. Do prawidłowego funkcjonowania w szkole niezbędna jest poznawcza sprawność językowa CALP, która jest narzędziem poznawczym, koniecznym do zwerbalizowanego rozumowania, czytania i innych operacji wymagających manipulacji lingwistycznych (Baker, 1993; Nott-Bower, 2014).

Po 6. rok życia w warunkach idealnych potrzeba roku, dwóch lat ciągłego doświadczenia L2, aby opanować elementarne umiejętności komunikacyjne BICS w L2. Natomiast osiągnięcie poznawczej sprawności językowej CALP w L2, w tych samych okolicznościach, trwa pięć, siedem lat dłużej. Rozwój obu kompetencji nie jest równoległy: kompetencja elementarna rozwija się błyskawicznie, kompetencja poznawcza zaś – powoli (Baker, 1993; Nott-Bower, 2014).

Bez świadomości powyższych faktów zarówno logopeda, jak i glottodydaktyk polonistyczny może uznać dziecko dwujęzyczne z niedojrzałą kompetencją poznawczą CALP, które prowadzi płynną konwersację w obu językach, za w pełni dwujęzyczne. Wtedy dziecko to nie otrzyma specjalistycznej pomocy, może nie wykorzystać całego swojego potencjału i osiągać słabsze wyniki w nauce. Jeżeli dzieci dwujęzyczne gorzej radzą sobie z nauką szkolną, warto, żeby nauczyciel skonsultował się z logopedą, aby

sprawdzić, czy nie dzieje się tak właśnie z powodu zbyt niskiego poziomu kompetencji CALP w języku wykładowym szkoły.

W opisanej powyżej sytuacji logopeda powinien ocenić poziom obu kompetencji u dziecka. Można to uczynić pośrednio, badając inne kompetencje zbieżne z BICS i CALP:

- BICS, czyli mówienie i rozumienie, artykulacja, słownictwo, gramatyka, współwystępują z fluencją słowną, normatywnym akcentem (rozumianym jako brak naleciałości z drugiego języka) oraz kompetencją społeczną;
- CALP, na którą składają się: analiza, synteza, twórczość, rozumienie metafor i in. wykazuje wysoką korelację z testami słownictwa, synonimów i dojrzałości syntaktycznej (Baker, 1993; Nott-Bower, 2014).

Jeżeli w procesie diagnostycznym wyniki wskazują na braki w powyższych kompetencjach, logopeda i glottodydaktyk polonistyczny powinni działać wspólnie, aby te braki wyrównać, co przyczyni się do lepszego funkcjonowania poznawczego dziecka.

Podsumowanie

Podejście funkcjonalne (użycie języka) jest priorytetowe w rozważaniu zjawiska bilingwizmu oraz relacji pomiędzy logopedią i glottodydaktyką polonistyczną. Różnicowanie neurotypowych dzieci dwujęzycznych w procesie akwizycji L2 oraz dzieci z zaburzeniami komunikacji jest niezwykle ważne w procesie diagnostycznym. Logopeda w procesie diagnostycznym powinien zwrócić szczególną uwagę na dane z wywiadu z rodzicami, uwzględniając aspekty kulturowe wpływające na komunikację dziecka. W diagnostyce dziecka bilingwalnego wykorzystuje się przede wszystkim ewaluację nieformalną, ewaluację formalną można zaś stosować z pewnymi ograniczeniami. Logopedzi dzieci dwujęzycznych rekomendują ewaluację dynamiczną do różnicowania zaburzeń językowych i różnic językowych. W wyniku procesu diagnostycznego selekcjonuje się grupę dzieci neurotypowych wymagających wsparcia w procesie nabywania języka polskiego jako drugiego oraz grupę dzieci z zaburzeniami mowy. Teoretycznie pierwszą grupą dzieci powinien zająć się nauczyciel języka polskiego jako obcego, drugą grupą zaś – logopeda. Praktyka dowodzi jednak, że największą skuteczność usprawniania w obu grupach osiągnie się poprzez

wspólne działanie obu specjalistów. W grupie dzieci neurotypowych prym wiódł będzie glottodydaktyk w konsultacji z logopedą. W grupie dzieci z zaburzonym lub opóźnionym rozwojem komunikacji terapią pokieruje natomiast logopeda ze wsparciem glottodydaktyka. Przenikający się model opieki logopedy i glottodydaktyka polonistycznego nad dzieckiem dwujęzycznym przyczynia się do szybszego pokonania trudności i osiągnięcia sukcesu szkolnego dziecka.

Bibliografia

- Baker, C. (1993). *Foundations of Bilingual Education and Bilingualism*. Toronto–Sydney: Clevedon, Buffalo.
- Bielawska, M. (2019). Jak wspierać rozwój językowy dzieci wielojęzycznych? Postępowanie logopedyczne w nauczaniu języka polskiego jako obcego. *Logopaedica Lodzienia*, 2, 23–34.
- Błasiak-Tytuła, M. (2011). Kilka uwag na temat bilingwizmu. W: M. Michalik (red.), *Nowa Logopedia. Biologiczne uwarunkowania rozwoju i zaburzeń mowy* (t. 2, s. 57–70). Kraków: Collegium Columbinum.
- Bloomfield, L. (1935). *Language*. London: Allen&Unwin.
- Dollaghan, C.A., Horner, E.A. (2011). Bilingual Language Assessment: A Meta-Analysis of Diagnostic Accuracy. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 54, 1077–1088.
- <http://www.londonsigbilingualism.co.uk/assesment.html>
- https://naldic.org.uk/Resources/NALDIC/Professional%20Development/Documents/NC19_Pert_SLT_EAL.pdf
- <https://www.asha.org/practice/multicultural/issues/Dynamic-Assessment/>
- Kent, R.D. (2003). *The MIT Encyclopedia of Communication Disorders*. Massachusetts: Massachusetts Institute of Technology.
- Langdon, H.W. (1989). Language disorder or difference? Assessing the language skills of Hispanic students. *Exceptional Children*, 56, 160–167.
- Lipińska, E. (2003). *Język ojczysty, język obcy, język drugi. Wstęp do badań dwujęzyczności*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Lipińska, E., Seretny, A. (2005). *ABC metodyki nauczania języka polskiego jako obcego*. Kraków: Towarzystwo Autorów i Wydawców Prac Naukowych Universitas.
- Łuczyński, E. (2004). *Kategoria przypadku w ontogenezie języka polskiego, czyli o wchodzeniu dziecka w rzeczywistość gramatyczną*. Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.
- Łuczyński, E. (2015). Badanie kompetencji gramatycznej osób z zaburzeniami mowy. W: S. Milewski, K. Kaczorowska-Bray (red.), *Metodologia badań logopedycznych z perspektywy teorii i praktyki* (s. 56–63). Gdańsk: Harmonia.

- Łuniewska, M., Kołak, J., Kacprzak, A., Białecka-Pikul, M., Haman, E., Wodniewska, Z. (2015). Wyzwania w diagnozie rozwoju językowego dzieci dwu- i wielojęzycznych. W: A. Myszka (red.), *Głos – Język – Komunikacja*, (t. 2, s. 35–56). Rzeszów: Wydawnictwo Uniwersytetu.
- Machowska, J. (2006). *Nabywanie kategorii przypadku. Wiek wczesnoszkolny*. Kraków: Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej.
- Mackey, W.F. (1957). The description of bilingualism. *Canadian Journal of Linguistics*, 7, 51–85.
- Madelska, L. (2010). *Bliźniacze słowa. Test przesiewowy do badań dojrzałości szkolnej w zakresie percepcji i wymowy dzieci wielojęzycznych*. Lublin: Polonijne Centrum Nauczycielskie.
- Martin, D. (2009). *Language disabilities in culture and linguistic diversity*. Bristol: Multilingual Matters.
- Nott-Bower, A. (2014). Dwujęzyczność a rozwój poznawczy. Szanse i zagrożenia. W: K. Kuros-Kowalska, I. Loewe (red.), *Dwujęzyczność, wielojęzyczność i wielokulturowość. Szanse i zagrożenia na drodze do porozumienia* (s. 49–66). Gliwice: Komlogo.
- Nott-Bower, A. (2015). Diagnoza oraz terapia zaburzeń mowy i języka u osób dwujęzycznych. *Forum Logopedyczne*, 23, 34–40.
- Peña, E., Gillam, R., Bedore, L. (2014). Dynamic Assessment of Narrative Ability in English Accurately Identifies Language Impairment in English Language Learners, *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 57(6), 2208–2220.
- Porayski-Pomsta, J. (2010). Psycholingwistyczne aspekty uczenia się vs. nauczania języka drugiego. W: E. Bem-Wiśniewska (red.), *Zabawy pożyteczne prozą* (s. 326–336). Warszawa: Wydział Polonistyki Uniwersytetu Warszawskiego.
- Prezas, R., Jo, A. (2017). Differentiating Language Difference and Language Disorder: Information for Teachers Working with English Language Learners in the Schools. *Journal of Human Services: Training, Research, and Practice*, 2(1).
- RCSLT (2006). *Communicating Quality 3 RCSLT's Guidelines on best practice in service organization and provision*. London: K. L. Williamson.
- Saran-Pasoń, E. (2010). Kształtowanie się systemu fonetyczno-fonologicznego u dzieci jedno- i dwujęzycznych w wieku od 3. do 5. roku życia. W: M. Michalik, A. Siudak (red.), *Zagadnienia mowy i myślenia* (s. 71–84). Kraków: Collegium Collumbinum.
- Shipley, K.G., McAfee, J.G. (2004). *Assessment in Speech-language Pathology: A Resource manual. 3rd Edition*. San Diego: Plural Publishing, Inc.
- Slobin, D.I. (1980). Poznawcze przesłanki rozwoju gramatyki. W: G.W. Shugar, M. Smoczyńska (red.), *Badania nad rozwojem języka dziecka* (s. 398–451). Warszawa: PWN.
- Smoczyński, P. (1955). *Przyswajanie przez dziecko podstaw systemu językowego*. Łódź: Zakład Narodowy im. Ossolińskich.
- Wierzbicka-Piotrowska, E. (2017). Kolejność wprowadzania przypadków gramatycznych w nauczaniu języka polskiego jako obcego. *Kwartalnik Polonicum*, 26, 3–12.

- Yoshinaga-Itano, C. (1990). Language Difference and Language Disorder in Asian Language Populations: Assessment and Intervention. W: R. Endo (red.), *Contemporary Perspectives on Asian and Pacific American Education* (s. 11–27). South El Monte, California: Pacific Asia Press.
- Zarębina, M. (1965). *Kształtowanie się systemu językowego dziecka*. Wrocław–Warszawa–Kraków: Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wydawnictwo PAN.

Marlena Kurowska
Elżbieta Sadowska
Joanna Zawadka

Uniwersytet Warszawski

WCZESNA DWUJĘZYCZNOŚĆ W KONTEKŚCIE OPÓŹNIEŃ I ZABURZEŃ ROZWOJU MOWY – PROBLEMY DIAGNOZY I TERAPII LOGOPEDYCZNEJ

STRESZCZENIE

W prezentowanym artykule zwracamy uwagę na trudności występujące w procesie logopedycznej diagnozy oraz terapii dzieci, u których splatają się wątki wielojęzycznego i wielokulturowego środowiska wychowania oraz nieprawidłowości rozwoju ogólnego o różnym stopniu nasilenia. Poruszane zagadnienia odnosimy do wybranych własnych doświadczeń klinicznych z pracy z dziećmi przede wszystkim z opóźnionym rozwojem mowy oraz ze spektrum autyzmu.

Słowa kluczowe: dwujęzyczność, zaburzenia rozwoju mowy, diagnoza logopedyczna, terapia logopedyczna

Early biligualism in the context of delays and disorders in the development of speech – difficulties in diagnosis and speech therapy

ABSTRACT

In the article particular attention is directed to difficulties occurring in the process of speech diagnosis and therapy of children with multilingual and multicultural background and abnormalities of general development of various degree. Issues discussed refer to particular clinical experience in work with children, most of all with delayed speech development and symptoms from the autism spectrum.

Keywords: bilingualism, disorders of speech development, speech diagnosis, speech therapy

Wprowadzenie

Globalizacja ekonomiczna i możliwość swobodnego przekraczania granic – z jednej strony, z drugiej zaś – niepokoje i międzynarodowe konflikty prowadzą do przemieszczania się ludności, do ruchów migracyjnych. Konsekwencje tych zjawisk widoczne są również w praktyce logopedycznej. Coraz częściej zdarza się, że do logopedy w Polsce lub za granicą zgłaszane są małe dzieci z rodzin: polskich mieszkających za granicą – na stałe lub też powracających z emigracji do kraju (reemigracja), cudzoziemskich mieszkających w Polsce, „mieszanych” (cudzoziemsko-polskich) mieszkających w Polsce lub za granicą. Głównym powodem poszukiwania logopedycznego wsparcia diagnostyczno-terapeutycznego jest brak lub też znaczne opóźnienia spontanicznego, naturalnego rozwoju mowy u dziecka. Do odstępstw od normatywnego procesu przyswajania mowy dochodzi więc w kontekście wielojęzyczności i wielokulturowości rodziny oraz środowiska dziecka (Cieszyńska, 2010; Kurcz, 2007; Lipińska, 2003, 2015). Wskazana grupa odbiorców działań logopedycznych powiększa się także o rodziny polskie mieszkające w Polsce celowo stosujące u dzieci wychowanie dwujęzyczne, tzn. rodzice posługują się z wyboru językiem obcym w komunikacji domowej i/lub dziecko uczęszcza od najwcześniejszego okresu kształcenia do placówki edukacyjnej z określonym profilem językowym (por. Pearson, 2008). W zależności od uwarunkowań społecznych mamy więc do czynienia z dwujęzycznością – naturalną lub sztuczną – nietywną, zamierzoną (por. Szramek-Karcz, 2016).

Trudności w rozpoznaniu sytuacji językowej dziecka wychowywanego w środowisku dwujęzycznym

Jednym z podstawowych celów diagnozy logopedycznej dziecka jest ocena stopnia opanowania przez nie komunikacji – werbalnej i niewerbalnej. W przypadku dziecka wychowywanego w środowisku dwukulturowym oraz dwujęzycznym rozpoznanie poziomu umiejętności werbalnych staje się wyjątkowo trudne i nierzadko niejednoznaczne. Logopeda musi mieć świadomość, że nie zawsze rodzice są w stanie właściwie ocenić

sytuację językową dziecka – na przykład stwierdzić, czy jest ono istotnie dwujęzyczne, czy miesza języki, który język lepiej opanowało itd.

Wbrew pozorom, odpowiedzi na te pytania nie są oczywiste. Dzieci emigrantów, które nie rozpoczęły jeszcze edukacji i pozostają stale w jednojęzycznym środowisku domowym, nie są de facto dwujęzyczne, ani nawet dwukulturowe, gdyż mają kontakt wyłącznie z jednym językiem, natomiast sytuacje społeczne, w których uczestniczą, są mocno ograniczone i na tyle sporadyczne, że nie dają podstaw do rozwijania kompetencji właściwej osobom dwukulturowym i dwujęzycznym (Sadowska, Kurowska, Zawadka, w druku).

Rozpoznanie poziomu opanowania przez dziecko języka kraju przyjmującego wymaga od logopedy wyjścia poza informacje przekazywane przez rodziców w trakcie wywiadu i przeprowadzenia niezależnej oceny w postaci badania logopedycznego. Opiekunowie mogą nie dysponować wystarczającym poziomem znajomości języka niemacierzystego, by odpowiedzieć na pytania, który język dziecko lepiej opanowało: w którym ma bogatszy zasób słów, w użyciu którego popełnia mniej błędów gramatycznych, który pozwala dziecku rozumieć więcej. Dość często zdarza się, że rodzice zgłaszają się do logopedy zaniepokojeni faktem mieszania języków przez dziecko, które to zjawisko interpretują jako przejaw trudności językowych czy nawet zaburzeń. Podawane przez nich przykłady zwykle nie dają wystarczających podstaw do sformułowania rozpoznania w tym zakresie. Dopiero uważniejsza analiza wypowiedzi dziecka w środowisku domowym ujawnia, czy i w jakim stopniu zjawisko to jest istotnie niepokojące. Przykładowo w czasie badania logopedycznego niespełna trzyletniego dziecka Polaków mieszkających w Niemczech rodzice wskazali, że w czasie codziennej komunikacji dziecko często miesza języki: polski i niemiecki. Obserwacja dziecka wskazała jednak, że posługuje się ono głównie językiem niemieckim, udział języka polskiego ograniczony jest zaś wyłącznie do używania nazw własnych, na przykład niem. *Ala auch* (pol. *Ala też*), niem. *Mama, bitte* (pol. *Mamo, proszę*). W odczuciu rodziców słowa: *Ala* i *mama* są słowami polskimi, *auch* i *bitte* zaś – niemieckimi. Trudno jednak w tym kontekście jednoznacznie mówić o mieszaniu języków – dziecko mogło użyć swojego imienia oraz słowa *mama* jako nazw własnych niepodlegających zmianom ze względu na wybrany język lub też użyło słowa *mama*, wybierając jedną z niemieckich form zwrotu do matki (a raczej mamy, mamusi), zbieżną z formą polską, mówiąc po niemiecku *Mama*

(prócz niej istnieje też *Mutti* i *Mami*). Słowo *mama* mogło nie zostać zidentyfikowane jako niemieckie, właśnie z uwagi na tę zbieżność.

Innym zmartwieniem zgłaszanym przez opiekunów jest przeświadczenie, że dziecko „w ogóle nie mówi”, przy czym opiekunowie w żłobku uważają, że dziecko jest w stanie zakomunikować im podstawowe potrzeby. Biorąc pod uwagę fakt, że dziecko może spędzać w placówce nawet kilka godzin dziennie, to język kraju przyjmującego, a nie język ojczysty rodziców, będzie stawać się dla niego językiem dominującym i funkcjonalnie pierwszym.

Innym problemem jest to, w jakim języku rodzic zwraca się do dziecka – tu również logopeda musi skonfrontować uzyskane w czasie wywiadu informacje z obserwacjami poczynionymi w czasie spotkania z danym dzieckiem i jego rodziną. Rodzic może bowiem deklarować, że mówi do dziecka głównie w języku polskim, zupełnie nie zdając sobie sprawy, że sam miesza języki i przełącza kody, pytając na przykład: *Chcesz wurst?* (czyli *Chcesz kielbasę?*). Ogromnym problemem diagnostycznym są również sytuacje, gdy rodzic dopiero opanowuje język kraju przyjmującego i najczęściej niepoprawnie go używa, przekazując tym samym dziecku błędne wzorce. Przykładowo jeden z rodziców (Polak) chcąc, aby córka wydmuchała nos, zwrócił się do niej, mówiąc: (niem.) *Husten!*, co może być tłumaczone na polski między innymi jako *kaszel* lub *kaszlnąć*. Rodzic najprawdopodobniej błędnie skojarzył słowo niemieckie z chusteczką i tym samym powiązał go z czynnością wydmuchiwanie nosa.

Logopeda nie może również bezkrytycznie przyjmować informacji, że dziecko, chociaż nie rozumie poleceń w języku ojczystym rodziców, to jednak bardzo dobrze radzi sobie z rozumieniem języka kraju przyjmującego, na przykład w żłobku lub przedszkolu. Obserwacja, że dziecko odnajduje się w grupie, realizuje pewne zadania tak jak jego rówieśnicy może dawać mylne wrażenie wysokiej kompetencji językowej, gdy tymczasem podczas wykonywania prac dziecko korzysta ze wskazówek niewerbalnych oraz z informacji o pewnych stałych, przewidywalnych elementach planu dnia (np. dzieci o stałej porze myją ręce, a następnie idą na posiłek). W ten sposób wychowawca dziecka może odnieść wrażenie, że rozumie ono polecenia kierowane do niego, a także do całej grupy.

Mysłąc o rozwoju językowym dziecka, warto pamiętać, że dokonuje się on zarówno na tle zmian dziejących się w innych sferach funkcjonowania, jak i w związku z nimi. O ile okresowe postępy i momenty pozornego

„przeestoju” wpisane w cykl rozwojowy dziecka nie budzą niepokoju rodziców, to sytuacje dłuższego zahamowania rozwoju mowy czy nawet prezentowanie zachowań językowych (i nie tylko) typowych dla dziecka młodszego stanowią jeden z częstszych powodów zgłoszeń do logopedy i psychologa. Pytania, jakie wtedy padają, są kształtowane w pierwszej kolejności przez podejrzenia ujawnienia się u dziecka zaburzeń całościowych i/lub problemów sfery psychologicznej. W kontekście omawianej tu dwujęzyczności i dwukulturowości środowiska warto się zastanowić, na ile właśnie te dwa czynniki mogły w danym przypadku odegrać znaczącą rolę w pojawieniu się trudności językowych dziecka.

Nadal oscylujemy między poglądem o niekorzystnym wpływie dwujęzyczności symultanicznej na tempo rozwoju mowy (w tym języków) – tłumacząc sobie, że dziecko potrzebuje więcej czasu na poznanie obu systemów – a zapewnieniami badaczy, że dzieci te rozwijają się porównywalnie dobrze z ich jednojęzycznymi rówieśnikami (Kohnert, 2013; Wodniecka i in., 2018). Wydaje nam się, że przyjmowanie a priori któregośkolwiek z tak skrajnie przedstawionych stanowisk nie pomaga w odczytaniu aktualnej sytuacji dziecka, bo obciąża nasze spojrzenie na rzeczywistą interakcję, jaka dokonuje się między konkretną jednostką (o indywidualnych możliwościach opanowania języka) a oddziałującym na nią środowiskiem (rodzinnym, społecznym). Typowe tempo rozwoju w przypadku nabywania dwóch języków może być postrzegane jako wolniejsze niż tempo nabywania jednego języka – zakres słownictwa oraz poprawność gramatyczna badane w każdym z języków osobno mogą być mniejsze niż u jednojęzycznych rówieśników, o ile nie uwzględnimy umiejętności dziecka w sposób sumaryczny. Badacze wskazują, że „wyrównanie” poziomu osiągnięć względem dzieci jednojęzycznych następuje około 5. roku życia (Wodniecka, Mieszkowska, Durlak i Haman, 2018). Rozpoznanie opóźnienia mowy na podstawie pomiaru umiejętności językowych dziecka w jednym języku (zwłaszcza jeśli jest to język niedominujący) jest w tej sytuacji bardzo trudne. Nawet badanie przeprowadzone w drugim, dominującym języku również może nie dostarczyć jasnych odpowiedzi diagnostycznych. Dodatkową trudnością jest konieczność uwzględnienia językowego „układu sił”. W dwujęzyczności równoczesnej jest to względnie stała równowaga warunków dla rozwoju obu języków, w dwujęzyczności sekwencyjnej – zwiększenie udziału nowego języka, który jest rozwijany obok opanowanego już w jakimś stopniu języka pierwszego. Zwłaszcza w tym drugim przypadku

możliwe jest spowolnienie rozwoju dotychczas dominującego języka, który schodzi czasowo (lub na stałe) na dalszy plan, tracąc w ten sposób rolę języka funkcjonalnie pierwszego. Przejawem atrycji jednego z języków będzie niewspółmierny do wieku, niski poziom kompetencji językowych.

Słowo komentarza należy poświęcić także tym sytuacjom, w których wzrastanie w środowisku dwujęzycznym i dwukulturowym staje się trudne ze względu na wpływ okoliczności zewnętrznych. Zarówno w przypadku dwujęzyczności kształtowanej „od kołyski”, jak i tej rozwijanej po 3. roku życia, pewne zmiany zachodzące w życiu dziecka przekładają się na destabilizację dotychczasowego układu oddziaływań między środowiskiem a jednostką. W grupie rodzin, które opisujemy w niniejszym artykule, takie sytuacje, jak zmiana miejsca zamieszkania i otoczenia językowego (w tym: posłania dziecka do szkoły obcojęzycznej) nie należą do rzadkości. Można nawet powiedzieć, że choć z założenia są one katalizatorem dla dwujęzyczności, ich skutki dla rozwoju językowego (a niekiedy także innych sfer) nie zawsze są pozytywne i mogą prowadzić do czasowego wycofania się dziecka z komunikacji, regresu opanowanych umiejętności językowych, braku lub spowolnienia postępów w rozwoju mowy.

Przykłady przytoczone wcześniej wskazują, że samo rozpoznanie sytuacji językowej dziecka wychowywanego w środowisku dwujęzycznym i dwukulturowym może być niezwykle trudne. Warto jednak zaznaczyć, że jednym z działań diagnostycznych, które należy podjąć w odniesieniu do dzieci wychowujących się w środowisku współistnienia dwóch języków i dwóch kultur jest ustalenie, czy w konkretnych przypadkach rzeczywiście mamy do czynienia tylko ze zjawiskami wpisującymi się w „naturalny” i „typowy” proces stawiania się osobą dwujęzyczną. Chodzi tu przede wszystkim o ustalenie, które problemy językowe dziecka mogą świadczyć o ewentualnych trudnościach rozwojowych o podłożu organicznym, funkcjonalnym, poznawczym lub społeczno-emocjonalnym. Diagnoza różnicowa powinna zostać przeprowadzona w sposób kompleksowy, co jest możliwe wyłącznie w wielospecjalistycznym zespole składającym się między innymi z logopedy, pedagoga, lekarza pediatry, psychologa, a czasem również laryngologa, neurologa i psychiatry. Niezbędnym elementem jest przeprowadzenie szczegółowych rozmów z wszystkimi osobami sprawującymi opiekę nad dzieckiem: rodzicami, nauczycielami wychowania przedszkolnego, opiekunką itd. Istotnym założeniem postępowania diagnostycznego jest ukazanie zakresu i rodzaju zaburzeń czy opóźnień oraz odkrycie

przyczyn i mechanizmów ich powstania. W diagnozowaniu dzieci pochodzących z rodzin dwujęzycznych ważna jest wnikliwa analiza indywidualnego układu różnych czynników i ich wzajemnych zależności. Zdarza się bowiem, że upatrywanie źródeł problemów dziecka jedynie w dwujęzyczności maskuje jego prawdziwe trudności, które mogą niekiedy wpisywać się w poważne zaburzenia na przykład o charakterze autystycznym (Sadowska, 2011; Sadowska, Kurowska i Zawadka, w druku). Warto wystrzegać się również przyjmowania skrajnie odmiennej perspektywy polegającej na podkreślaniu wyłącznie nieprawidłowości w ogólnym rozwoju dziecka i ignorowania trudności wynikających z wielojęzyczności czy też wielokulturowości najbliższego środowiska (por. Młyński, 2012; Mumford, 1998). Każde z tych podejść może prowadzić do błędnego rozpoznania i wdrożenia nieefektywnych procedur terapii.

Oblicza dwujęzyczności w praktyce logopedycznej

Jedną z konsekwencji wspomnianych na wstępie zjawisk prowadzących do zwiększonej migracji ludności jest ich wpływ na zakres zadań pracy logopedy. Jako specjalista pracujący na terenie Polski logopeda ma do czynienia najczęściej z polskimi dziećmi urodzonymi z polskich rodziców. Jednakże w ostatnich latach w gabinetach logopedycznych coraz częściej pojawiają się także dzieci pochodzące z rodzin „mieszanych” mieszkających w Polsce, dzieci pochodzące z rodzin cudzoziemskich oraz dzieci z rodzin mieszkających na stałe poza granicami naszego kraju, które przyjeżdżają do Polski specjalnie, by otrzymać diagnozę lub krótkoterminowe wsparcie terapeutyczne (Sadowska, Kurowska i Zawadka, w druku). Natomiast logopedzi pracujący poza Polską mogą odnotowywać rosnącą liczbę zgłaszających się do nich dzieci polskich rodziców, a polscy logopedzi podejmujący pracę za granicą mają coraz większy kontakt ze różnicowaną językowo i kulturowo grupą pacjentów, którzy zwracają się do nich o pomoc między innymi w zakresie rozpoznania przyczyn trudności dziecka. Mając na uwadze tak różne sytuacje, z jakimi styka się logopeda, pragniemy przedstawić wyodrębnione na podstawie własnych doświadczeń klinicznych cztery typy najczęściej spotykanych sytuacji diagnostycznych.

Dziecko polskie za granicą

Dziecko polskie trafiające do logopedy za granicą to najczęściej dziecko młodej rodziny, która wybrała emigrację przed kilku laty. Kierunkiem ich emigracji jest często jeden z krajów europejskich¹. Poziom znajomości języka kraju przyjmującego przez rodziców dziecka jest bardzo zróżnicowany. Niejednokrotnie dziecko przychodzi na świat już w kraju emigracji, jednak jest wychowywane w macierzystym języku polskim, pod opieką mamy i nie ma (jak dotąd) kontaktów komunikacyjnych w innym języku. W domu i najbliższym środowisku mówi się po polsku. Stopniowo, wraz z rozwojem dziecka, zaczyna ujawniać się opóźnienie w rozwoju języka macierzystego lub zachowania charakterystyczne dla zaburzeń w rozwoju dziecka, między innymi: ASD, niedokształcenie mowy pochodzenia korowego (Emiluta-Rozya, 2008) i inne. Dziecko nie opanowuje również języka kraju emigracji, a tym samym nie jest przygotowane do podjęcia edukacji w żłobku czy przedszkolu. Wraz z wiekiem dziecka coraz wyraźniejsze stają się trudności w werbalnym porozumiewaniu się. Na tle rówieśników – naturalnych użytkowników języka kraju emigracji – w przedszkolu, w szkole u dziecka zaczynają ujawniać się trudności poznawcze i społeczno-emocjonalne. Często polscy rodzice przekazują logopedzie w kraju emigracji pierwsze niepokojące spostrzeżenia dotyczące rozwoju dziecka, jednak najczęściej logopeda ten nie zna języka polskiego i nie może w sposób adekwatny zbadać dziecka i ocenić stopnia rozwoju jego języka macierzystego. Poziom przyswojenia języka kraju emigracji jest najczęściej bardzo niski w zakresie rozumienia i wypowiedzania. Niejednokrotnie w sytuacji znacznych trudności rozwojowych dziecka rodzice podejmują decyzję o powrocie do Polski. W ten sposób chcą pomóc swojemu dziecku i liczą na właściwe rozpoznanie nieprawidłowości oraz podjęcie skutecznych oddziaływań terapeutycznych. Niekiedy jeszcze przed powrotem na stałe do Polski, w czasie wizyt wakacyjnych czy odwiedzin dziadków, udaje się doraźnie skonsultować dziecko.

¹ W Irlandii Polacy stanowią drugą nację pod względem liczebności.

Dziecko cudzoziemskie w Polsce

Diagnoza dziecka cudzoziemskiego w Polsce – podobnie jak dziecka polskiego za granicą – również może sprawiać trudności. Nasze doświadczenie pokazuje, że problemem jest nie tylko nieznanostwo języka polskiego przez dziecko, lecz także brak znajomości języka macierzystego dziecka przez logopedę. W konsekwencji kontakt logopedy z osobą, która wymaga pomocy w zakresie terapii mowy i języka, będzie znacznie ograniczony. Oznacza to też, że najpewniej przeprowadzenie badania diagnostycznego nie będzie opierało się na wykorzystaniu prób i narzędzi dostępnych w języku polskim. W tej sytuacji logopeda ma również trudność w ocenie stopnia rozwoju języka domowego. Badanie diagnostyczne odbywa się więc często w obecności tłumacza i/lub pracownika socjalnego.

W najwcześniejszym okresie życia dziecko cudzoziemskie dużo czasu spędza ze swoją rodziną w domu, gdzie ma kontakt głównie z językiem ojczystym rodziców. W tym języku również najczęściej wypowiada pierwsze słowa i zdania. W kolejnych latach dziecko, które opanowało w pewnym, nie zawsze zadowalającym stopniu, język pierwszej socjalizacji, trafia do przedszkola, gdzie językiem komunikacji jest polski. Wydawać by się mogło, że w ten sposób dziecko dość płynnie rozwinię znajomość dwóch języków. Niestety nie jest to regułą. W niektórych przypadkach będzie można zaobserwować zarówno opóźnienie w rozwoju języka macierzystego i brak dostatecznego opanowania języka polskiego, jak i – analogiczne jak u dziecka polskiego za granicą – trudności w uczestniczeniu w masowej edukacji. W takiej sytuacji rodzice podejmują różne decyzje dotyczące przyszłości rodziny i dziecka. Niejednokrotnie Polska jest tylko krajem pobytu tymczasowego i wiele rodzin decyduje się na wyjazd na zachód Europy. Zdarza się także, że Polska jest krajem pierwszego wyboru i miejscem stałego pobytu. Warto więc uwzględnić plany rodziny, przystępując do projektowania oddziaływań mających na celu wsparcie rozwoju dziecka. Jeśli Polska jest tylko krajem tranzytowym, prowadzenie terapii logopedycznej wyłącznie w języku polskim nie wydaje się najkorzystniejszym rozwiązaniem.

Dziecko z rodziny cudzoziemsko-polskiej w Polsce i za granicą

W rodzinie „mieszanej” dziecko naturalnie rozwija się w otoczeniu języków i kultur swoich rodziców². W tych przypadkach, tak jak w omawianych wcześniej, istotna jest informacja o kręgu kulturowym, z którego pochodzi drugi rodzic-obcokrajowiec, oraz o języku, którym się on posługuje – czy jest to język europejski, czy też inny. Rodzice często zgłaszają logopedzie trudności dziecka w nabyciu obu języków, nie wspominając już o kłopotach z przyswojeniem języka kraju zamieszkania, jeśli jest on inny niż języki, którymi posługują się rodzice. Przypadki dwujęzyczności (lub wielojęzyczności) zrównoważonej są rzadkie – najczęściej jeden z języków ma silniejszą pozycję. Dzieje się tak ze względu na osobę rodzica, który spędza z dzieckiem najwięcej czasu lub z którym łączy go silniejsza więź, bądź ze względu na prestiż danego języka i możliwości, jakie stwarza posługiwanie się nim w kontaktach społecznych. Z biegiem lat język kraju zamieszkania może zacząć stopniowo dominować w porozumiewaniu się dziecka, stając się funkcjonalnie pierwszym, o czym decydują czynniki takie jak: długość pobytu w danym kraju, doświadczenia edukacyjne dziecka i kontakty z grupą rówieśniczą.

Dziecko pochodzące z rodziny „mieszanej” stopniowo uczy się swobodnego przełączania między danymi językami w zależności od osoby, z którą rozmawia, oraz sytuacji, w której się porozumiewa. Niepokój rodziców wzbudza jednak początkowy brak konsekwencji, mieszanie kodów, posługiwanie się elementami obu języków, błędy fonetyczne, leksykalne i gramatyczne. Zadaniem logopedy w procesie diagnozy jest ocena stopnia przyswojenia obu języków. W prowadzonej terapii z kolei należy uwzględnić potrzebę kształtowania w dziecku tożsamości rodzinnej i kulturowej. Dlatego też słuszne wydaje się zachęcanie rodziców do konsekwentnego porozumiewania się z dzieckiem we własnych językach. Konieczne jest również poznanie planów rodziny, między innymi dotyczących tego, czy rodzina dziecka pozostanie w Polsce, czy dziecko podejmie naukę w szkole polskiej.

² Dla większej jasności wywodu ograniczamy się tu głównie do omówienia sytuacji rodziny, w której rodzice posługują się swoimi językami ojczystymi w komunikacji z dzieckiem. Należy jednak pamiętać, że niekiedy rodzice decydują się na korzystanie w tym celu z innego języka niż ojczysty, np. ojciec Syryjczyk mówi do dziecka po angielsku.

Dziecko polskie w Polsce

Zdarzają się przypadki, gdy w rodzinie polskiej, mieszkającej w Polsce, rodzice przyjmują w stosunku do własnego dziecka założenie wczesnego wprowadzenia nauki języka obcego. Działanie to jest równoległe do procesu opanowywania przez dziecko języka macierzystego. Rodzice, sami nie będąc naturalnymi użytkownikami danego języka, wprowadzają język obcy do komunikacji z dzieckiem w domu lub jest to język wczesnej edukacji dziecka, na przykład w przedszkolu (Olpińska-Szkiełko, 2013). U najmłodszych dzieci można zaobserwować niedostateczny stopień opanowania języka macierzystego i obcego. Trudną sytuacją diagnostyczno-terapeutyczną jest stopniowe ujawnianie się, u niektórych dzieci, na tym tle nieprawidłowości rozwojowych między innymi w nawiązywaniu i utrzymywaniu kontaktu wzrokowego z drugą osobą, w dzieleniu wspólnego pola uwagi, w prowadzeniu zabawy, w naśladowaniu przez dziecko różnych aktywności, pojawianie się stereotypii w zachowaniach ruchowych, językowych, wskazujących na dość poważne trudności społeczno-emocjonalne dziecka (Bobkiewicz-Lewartowska, 2005; Pisula, 2005, 2012). W tej sytuacji logopeda podejmuje diagnozę umiejętności komunikowania się dziecka, której zadaniem jest ocena stopnia rozwoju rozumienia i wypowiedzania w języku polskim. Niejednokrotnie przeprowadza się kompleksową, wielospecjalistyczną diagnozę, w wyniku której logopeda rozpoznaje u dziecka zaburzenia w rozwoju mowy o różnym uwarunkowaniu. W takich sytuacjach rodzice często decydują się na wycofanie języka obcego i rozwój podstawowych umiejętności komunikacyjnych najpierw w jednym języku – polskim.

Logopedyczna diagnoza dziecka dwujęzycznego

Szczegółowa diagnoza logopedyczna w przypadku dziecka dwujęzycznego powinna zostać poprzedzona dokładnym poznaniem sytuacji językowej i kulturowej rodziny, najbliższego środowiska, w którym wychowuje się dziecko. Z jednej strony chodzi o rozpoznanie aktualnego poziomu rozwoju ogólnego dziecka i jego języka macierzystego/pierwszego, z drugiej – o sformułowanie przewidywań dotyczących dalszego funkcjonowania w tych zakresach. Jest to niezwykle istotne, gdyż pozwala zbliżyć się

do odpowiedzi na pytanie, czy trudności w zakresie rozwoju mowy nie są spowodowane poważnymi zaburzeniami rozwojowymi, których zignorowanie lub niedostrzeżenie może doprowadzić do poważnych konsekwencji dla rozwoju jednostki.

Prawidłowe określenie poziomu rozwoju ogólnego dziecka jest bardzo ważne, gdyż między innymi na jego podstawie podejmowana będzie decyzja związana z wycofaniem jednego z języków lub też czasowym odroczeniem jego wprowadzenia. Wydaje się, że logopeda powinien wykazać się szczególną ostrożnością zwłaszcza w formułowaniu zaleceń związanych z wycofaniem jednego języka. Ograniczenie liczby języków w sytuacji, w której miałyby to bezpośrednie przełożenie na relacje i możliwości komunikacji językowej między rodzicem (rodzicami) a dzieckiem, jest inną sytuacją niż rezygnacja z języka, którym dziecko posługuje się na przykład tylko w przedszkolu. Wrażliwość na dobro dziecka i rodziny powinna w tym przypadku poprzedzać prostą kalkulację, która nakazywałaby redukcję językowego „nadmiaru”. Dziecko zna swoich rodziców i rozumie ich między innymi dzięki nagromadzonym wspólnym doświadczeniom uczestniczenia w sytuacjach komunikacyjnych, w których obecny był dany język. Nawet jeśli dziecko opanowało go w niedostatecznym stopniu i znaczna część przekazu pozostaje dla niego niezrozumiała, perspektywa utraty tego niezbędnego minimum potrzebnego do zachowania poczucia więzi i bezpieczeństwa zdaje się być zbyt wysoką ceną. Rezygnacja z jednego języka powinna być poprzedzona dogłębną analizą sytuacji rodziny i wspólną rozmową na temat możliwych konsekwencji dla jej językowego oraz emocjonalnego funkcjonowania. Logopedzi powinni pamiętać także o znaczeniu wypowiedzianych przez siebie uwag diagnostycznych i wskazań terapeutycznych – są bowiem uważani za specjalistów posiadających wiedzę dotyczącą rozwoju językowego dzieci, przez co ich zalecenia traktowane są niezwykle poważnie. A zatem widząc problemy z rozwojem mowy u dziecka pochodzącego ze środowiska dwujęzycznego, logopeda nie powinien pochopnie doradzać matce, by przestała komunikować się z dzieckiem w swoim języku ojczystym, co czyniła przez lata, i wybrała inny język. Takie „porady” świadczą o nieprofesjonalnym i nierzetelnym podejściu osoby, która zamiast pomóc, proponuje rozwiązanie niekorzystne dla rodziny.

Profesjonalnie przeprowadzona diagnoza logopedyczna dziecka dwujęzycznego musi obejmować szczegółowe badanie umiejętności

komunikacyjnych i językowych w każdym z języków, którym się ono posługuje, dlatego też w sytuacji, gdy logopeda nie jest kompetentny (ze względu na nieznaną danego języka macierzystego), aby ocenić na przykład wymowę dziecka, powinien skorzystać z pomocy wykwalifikowanego tłumacza (Langdon, Gaweł i Węsierska, 2018). Czasem, gdy język rodziny jest rzadko spotykany i logopeda nie może skorzystać z pomocy tłumacza, naturalnym rozwiązaniem wydaje się zwrócenie się o pomoc do rodzica dziecka lub starszego rodzeństwa. Nie jest to jednak dobre wyjście, gdyż rodzic, a tym bardziej inne dziecko, nie jest w stanie obiektywnie (ze względu na łączące ich relacje) i szczegółowo (ze względu na własne ograniczenia dotyczące wiedzy metajęzykowej) przetłumaczyć oraz ocenić zaburzonych produkcji słownych danego dziecka. Kwestia precyzyjnego odnotowania wypowiedzi dziecka jest niezwykle ważna między innymi w kontekście tworzenia neologizmów czy używania języka idiosynkratycznego, którym czasem posługują się dzieci z ASD.

Innym warunkiem przeprowadzenia rzetelnej diagnozy logopedycznej dziecka dwujęzycznego jest opanowanie przez logopedę podstawowej wiedzy na temat różnych języków i kultur, co z kolei stawia przed nim wymóg poszerzenia swojego warsztatu o wiedzę z zakresu lingwistyki (między)kulturowej, glottodydaktyki, antropologii kultury (Czaplewska, 2018). Logopeda musi być świadomy kulturowego obciążenia narzędzi diagnostycznych nawet wtedy, gdy zawierają one tylko materiał obrazkowy bez elementów językowych. Dotyczy to również stosowanych w gabinecie pomocy, zabawek (np. kulturowe znaczenie zwierząt w danym kraju).

W celu precyzyjnego rozpoznania sytuacji językowej i kulturowej badanego dziecka proponujemy „Logopedyczny kwestionariusz rozpoznania sytuacji językowej dziecka w perspektywie wielojęzyczności i wielokulturowości” (Zawadka, Kurowska i Sadowska, w druku). Powstał on z myślą o logopedach pracujących przede wszystkim w poradniach psychologiczno-pedagogicznych, placówkach edukacyjnych, gabinetach prywatnych w Polsce i za granicą, do których trafiają dzieci z trudnościami w rozwoju mowy pochodzące ze środowisk dwu- lub wielojęzycznych. Przyjmuje on formę wywiadu – rozmowy z rodzicem dziecka i jest wypełniany przez logopedę. Kwestionariusz nie zawiera gotowych, sformalizowanych pytań, ale wskazuje logopedzie kierunki w tej rozmowie i pozwala

określić specyficzne uwarunkowania rozwoju dziecka na tle językowym i kulturowym jego najbliższego środowiska. Kwestionariusz składa się z sześciu części³:

- A. Podstawowe dane
- B. Historia rozwoju dziecka
- C. Aktualny stan rozwoju dziecka
- D. Dotychczasowe działania diagnostyczne i terapeutyczne
- E. Środowisko wychowawcze dziecka
- F. Umiejętności i zainteresowania, osiągnięcia edukacyjne

Struktura kwestionariusza pozwala na zapoznanie się z uwarunkowaniami rozwoju ogólnego dziecka od najwcześniejszego okresu do aktualnego. Pytania dotyczą zagadnień związanych z kulturą, tradycją rodziny, w której wychowuje się dziecko. Kwestionariusz uwzględnia najistotniejsze sytuacje komunikacyjne, w których kształtują się podstawowe umiejętności językowe dziecka. Zasadniczym celem jest więc poznanie różnych czynników wpływających na rozwój dziecka, ich wzajemne konfiguracje, proporcje.

Na koniec warto wspomnieć o bardzo ważnym etapie diagnozy logopedycznej, jakim jest omówienie z rodzicami wyniku przeprowadzonego badania, dyskusja o trudnościach dziecka i dotychczasowych działaniach podejmowanych wobec ujawniających się problemów językowych. Konieczne jest sprecyzowanie planów dotyczących przyszłych losów rodziny – wyboru kraju na pobyt stały, miejsca edukacji dziecka. Od tych decyzji zależy racjonalne zaplanowanie i modyfikowanie postępowania związanego z nauką języków. Mamy nadzieję, że zebrane przez logopedę informacje ułatwią dalszą organizację procesu diagnostycznego, a następnie pomogą w budowaniu i przygotowaniu procesu terapeutycznego dla dziecka.

Podsumowanie

W praktyce logopedycznej coraz częściej będziemy mieli do czynienia z dziećmi, u których występują nieprawidłowości w kształtowaniu się komunikacji werbalnej, a które pochodzą z wielokulturowych i wielojęzycznych środowisk. W Polsce, dla naszego środowiska logopedycznego,

³ Pełna wersja kwestionariusza zostanie przedstawiona w odrębnej publikacji.

jest to sytuacja stosunkowo nowa. Wydaje się jednak, że w ostatnich latach jej rozwój jest bardzo dynamiczny i konieczne jest uświadamianie sobie tych problemów oraz podejmowanie prób skutecznego działania. Brakuje jeszcze spójnych systemowych rozwiązań, które porządkowałyby procedury logopedycznego postępowania diagnostyczno-terapeutycznego, na przykład możliwość korzystania z tłumacza czy współpracę logopedy z ośrodkami dla cudzoziemców, z nauczycielami i wychowawcami w przedszkolach i szkołach, do których uczęszczają dzieci z rodzin wielojęzycznych. Nie mamy też jeszcze opracowanych odpowiednich narzędzi diagnostycznych, które pozwalałyby na pełną i adekwatną ocenę zachowań wielojęzycznego dziecka. Są to zatem trudności, które stawiają przed logopedami nowe wyzwania. Konieczne jest pogłębianie własnej wiedzy na temat różnych systemów językowych. W diagnostyce należy zawsze uwzględniać szeroki kontekst kulturowy i obyczajowy, w którym jest osadzona dana rodzina.

Bibliografia

- Bobkiewicz-Lewartowska, L. (2005). *Autyzm dziecięcy. Zagadnienie diagnozy i terapii*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Cieszyńska-Rożek, J. (2010). Dwujęzyczność – rozumienie siebie jako Innego. W: J. Cieszyńska, Z. Orłowska-Popek, M. Korendo (red.), *Nowe podejście w diagnostyce i terapii logopedycznej – metoda krakowska* (s. 18–36). Kraków: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego.
- Czaplewska, E. (red.). (2018). *Logopedia międzykulturowa*. Gdańsk: Harmonia Universalis.
- Ellis, R. (2007). Czynniki społeczne w przyswajaniu drugiego języka. W: I. Kurcz (red.), *Psychologiczne aspekty dwujęzyczności* (s. 173–226). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Emiluta-Rozya, D. (2008). Modyfikacja zestawienia form zaburzeń mowy H. Mierzejewskiej i D. Emiluty-Rozya. W: J. Porayski-Pomsta (red.), *Diagnoza i terapia w logopedii* (s. 25–36). Warszawa: Dom Wydawniczy Elipsa.
- Kohnert, K. (2013). *Language disorders in bilingual children and adults*. San Diego: Plural Publishing.
- Kurcz, I. (2007). *Psychologiczne aspekty dwujęzyczności*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Langdon, H., Gawel, K., Węsierska, K. (2018). Diagnostowanie zaburzeń w komunikacji językowej u osób bilingwalnych – praca w zespole logopedy i tłumacza. W: E. Czaplewska (red.), *Logopedia międzykulturowa* (s. 209–232). Gdańsk: Harmonia Universalis.

- Lipińska, E. (2003). *Język ojczysty, język obcy, język drugi. Wstęp do badań dwujęzyczności*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Lipińska, E. (2015). Dwujęzyczność kognitywna. *LingVaria*, 2(20), 55–68.
- Młyński, R. (2012). Dwujęzyczność dziecięca w perspektywie glottodydaktyki i logopedii. Próba syntezy. W: M. Michalik, Z. Orłowska-Popek, A. Siudak (red.), *Nowa logopedia. Diagnostyka różnicowa zaburzeń komunikacji językowej* (t. 3, s. 93–111). Kraków: Collegium Columbinum.
- Mumford, D.B. (1998). The measurement of culture shock. *Social Psychiatry and Epidemiology*, 33(4), 149–154.
- Olpińska-Szkiełko, M. (2013). *Wychowanie dwujęzyczne w przedszkolu*. Tłum. Z. Wodniecka, K. Chlipalski. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Instytutu Kulturologii i Lingwistyki Antropocentrycznej Uniwersytet Warszawski.
- Pearson, B.Z. (2008). *Jak wychować dziecko dwujęzyczne*. Poznań: Media Rodzina.
- Pisula, E. (2005). *Małe dziecko z autyzmem*. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Pisula, E. (2012). *Autyzm. Przyczyny, symptomy, terapia*. Gdańsk: Harmonia Universalis.
- Sadowska, E. (2011). Zaburzenia komunikacji w autyzmie – podstawowe trudności diagnozy i terapii logopedycznej. *Poradnik Językowy*, 9, 36–51.
- Sadowska, E., Kurowska, M., Zawadka, J. (w druku), *Dwujęzyczność a diagnostyka i terapia dziecka z trudnościami językowymi*.
- Szramek-Karcz, S. (2016). The success of non-native bilingualism in Poland. *Lingwistyka Stosowana*, 17(2), 93–102.
- Wodniecka, Z., Mieszkowska, K., Durlik, J., Haman, E. (2018). Kiedy 1+1≠2, czyli jak dwujęzyczni przyswajają i przetwarzają język(i). W: E. Czaplewska (red.), *Logopedia międzykulturowa* (s. 92–131). Gdańsk: Harmonia Universalis.
- Zawadka, J., Kurowska, M., Sadowska, E. (w druku). *Logopedyczny kwestionariusz rozpoznania sytuacji językowej dziecka w perspektywie wielojęzyczności i wielokulturowości*.

Ewa Bielenda-Mazur

Zdzisława Orłowska-Popek

Uniwersytet Pedagogiczny im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie

WYRAŻENIA FRAZEOLÓGICZNE W ROZWOJU JĘZYKA – PRZEGLĄD NAJISTOTNIEJSZYCH DONIESIEŃ

STRESZCZENIE

Wyrażenia frazeologiczne w prawidłowym rozwoju mowy pojawiają się około 4. roku życia, a kompetencja językowa z nimi związana rozwija się przez kolejne lata. Bazę do ich pojawienia się stanowią kompetencje językowe niższego rzędu, jak również zdolności do rozumienia przekonań innych osób (teoria umysłu). Pojawienie się frazeologizmów w języku etnicznym i w języku wyuczonym jest zarządzane przez odmienne mechanizmy. Uwzględnienie prawideł wpływających na opanowywanie frazeologizmów jest ważne w programowaniu terapii logopedycznej dzieci z różnymi zaburzeniami mowy.

Słowa kluczowe: wyrażenia frazeologiczne, wyrażenia idiomatyczne, programowanie terapii, teoria umysłu, kompetencja leksykalna, kompetencja składniowa

Phraseological expressions in language development – a review of the most important reports

ABSTRACT

Idiomatic meanings appear in typical development around the age of 4 and develop over the following years. They are based on many language skills, as well as the ability to understand the mental states (theory of mind). Other mechanisms govern the appearance of idioms in the native language and others in the non-native language. Knowledge of the appearance of idioms in typical development should form the basis of language programming for children with language disorders.

Keywords: phraseological expression, idiomatic expressions, therapy programming, theory of mind, lexical competence, syntactic competence

Wprowadzenie

Pytanie, dlaczego człowiek osiągnął tak wysoką pozycję w hierarchii zwierząt zamieszkujących ziemię, nurtuje przedstawicieli różnych dziedzin i wciąż pozostaje otwarte. Niewątpliwie jedną z bardziej istotnych cech odróżniających ludzi jest wykształcenie w toku rewolucji poznawczej nowych sposobów myślenia i porozumiewania się. Wśród licznych koncepcji tłumaczących pochodzenie niezwykle elastycznego, specyficznego dla homo sapiens języka w filogenezie, na uwagę zasługuje ta, która głosi, że język powstał z potrzeby plotkowania (zob. Dunbar, 2014, 2017; Everett, 2019; Gamble, Gowlett i Dunbar, 2017; Harari, 2018). Pradawny człowiek odczuwał konieczność wymiany wiadomości, „Ale najważniejsze informacje, jakie należało przekazywać, odnosiły się nie do lwów i bizonów, ale do ludzi. Nasz język wykształcił się niejako przy okazji plotkowania. Homo sapiens to zwierzę społeczne. Współpraca społeczna to nasz sposób na przetrwanie i rozmnażanie się. Nie wystarczy, by poszczególni mężczyźni i kobiety znali miejsce przebywania lwów i bizonów. Dużo ważniejsze jest wiedzieć, kto kogo w danej grupie nienawidzi, kto z kim sypia, kto jest prawdomówny, a kto lubi kłamać” (Harari, 2018, s. 33).

Współczesne języki świata są świadectwem rozwoju kultur i ich ilustracją. Wiedza na ich temat daje szansę na zrozumienie prawideł rządzących rozwojem języka zarówno w filogenezie, jak i ontogenezie. Mimo rozwoju alternatywnych metod komunikacji, wciąż tylko język werbalny stwarza możliwość skutecznej komunikacji z niemal wszystkimi jego użytkownikami w obrębie społeczności. Służy on, między innymi, nawiązywaniu więzi społecznych, umożliwia optymalne funkcjonowanie jednostki w świecie. Głębokie deficyty w jego obrębie prowadzą zaś do wykluczenia z grupy społecznej. Aby zapobiec takim konsekwencjom, niezwykle istotna staje się wiedza zarówno na temat normatywnego rozwoju języka, jak i symptomów zaburzeń komunikacji językowej. Staje się ona bowiem podstawą do wczesnej diagnostyki i interwencji, a – co za tym idzie – skutecznych oddziaływań zmierzających do nawrócenia rozwoju zaburzonego na właściwą trajektorię. We wszystkich językach świata, mimo ich odmienności, daje się zauważyć identyczne etapy ich rozwoju, dzięki czemu wnioski z badań dotyczących odmiennych kodów językowych stają się wzajemnie przydatne.

Ze względu na różnorodność i złożoność wpływów, współczesny język ujmować można w różne ramy, w zależności od przyjętej optyki, obejmującej

jego związek z innymi dziedzinami wiedzy, takimi jak na przykład: filozofia, matematyka, fizyka, biologia, kulturoznawstwo, socjologia czy psychologia (zob. Nowak, 2011). Wieloaspektowa analiza kształtu współczesnych języków pozwala na stwierdzenie, że nie są one jedynie systemami komunikacji, lecz również ilustracją myślenia, natury człowieka, wytworów jego kultury, co ma odzwierciedlenie nie tylko w specyfice danego języka, lecz także w jego zasobach semantycznych i gramatycznych.

Wspomniana żądza przekazywania odczuć, uczuć, refleksji, sądów była w dużej mierze motorem zmian w zakresie każdego podsystemu języka, w szczególności zaś semantyczno-leksykalnego, w rozwoju którego niezwykle istotną rolę odgrywa frazeologia. Za związek frazeologiczny uważa się „[...] społecznie utrwalone połączenia wyrazów wykazujące nieregularność pod jakimś względem, np. w ich składzie występują wyrazy lub formy wyrazów niewchodzące w swobodne związki składniowe; znaczenie frazeologizmu nie wynika ze znaczeń komponentów; naruszone bywają zasady łączliwości wyrazów” (Lewicki, Pajdzińska, 2001, s. 315). Frazeologia stanowi „[...] najbardziej malowniczą, kolorową i ekspresyjną część słownictwa językowego, jest to rodzaj galerii obrazów, w której zbierane są żywe i zabawne szkice zwyczajów, tradycji i uprzedzeń narodu, wspomnienia o jego przeszłości, strzępy pieśni ludowych i bajki” (Antrushina i in., 2001, za: Goshkheteliani, 2019)¹.

Pochodzenie wielu związków frazeologicznych nie jest współcześnie znane. Liczne z nich ulegały przekształceniom w procesie rozwoju danego języka. Choć współcześnie trudno odnaleźć pierwowzory wielu spośród nich, pozostają i utrwalają się ich formy wynikowe (zob. Muldner-Nieckowski, 2004). Wiele tych form obecnych jest w podobnym kształcie w różnych językach świata, co wskazuje na ich wspólne źródła kulturowe czy doświadczenia ludzkie. W wielu językach europejskich istnieją frazeologizmy charakteryzujące się tożsamą strukturą i zbliżonym składem leksykalnym, ich etymologię wywieść można ze wspólnego dziedzictwa kulturowego, na przykład Biblii (*zbląkana owieczka; ciemności egipskie*), mitologii greckiej i literatury antycznej (*pięta Achillesa; syzyfowe prace; łabędzi śpiew*), z doświadczeń historycznych (*pyrrusowe zwycięstwo; udać się do Kanossy*), zwyczajów, arcydzieł literatury światowej (*brzydkie kaczątko; sceny dantejskie*), powszechnie znanych anegdot (*jajo Kolumba;*

¹ Tłumaczenie własne.

kości zostały rzucone; węzeł gordyjski) oraz wspólnych ludziom obserwacji rzeczywistości (*pływać jak ryba; być komuś solą w oku*) (Szerszunowicz, 2009, przykłady własne).

Badania powstałe na gruncie psychologii i językoznawstwa ujawniają, jak ważną rolę wyrażenia frazeologiczne odgrywają w codziennej komunikacji, warto więc uwzględnić je również w terapii logopedycznej, a wnioski z przywoływanych badań wykorzystać do programowania oddziaływań rewalidacyjnych.

Wyrażenia frazeologiczne w rozwoju mowy dziecka

Badania porównawcze ujawniające różnice pomiędzy poszczególnymi językami świata oraz ich zakorzenienie w historii i kulturze ich użytkowników próbują też dać odpowiedź na pytanie o różnice ujawniające się nie tylko w filogenezie, lecz także w ontogenezie. Mimo odmienności wynikających ze specyfiki danego języka w każdym z nich można wyodrębnić charakterystyczne etapy, cechujące prawidłowy rozwój mowy, nie tylko w zakresie struktur gramatycznych, lecz także dla słownictwa – w tym również dla pojawiania się związków frazeologicznych.

Komunikacyjne czynności socjalizacyjne, które przybrały wyrazistą formę w rozwoju gatunku około 70–30 tysięcy lat temu, zauważyć można na wczesnym etapie rozwoju osobniczego. Ich początków dopatrywać się można choćby w dążności do komunikacji dzieci w okresie pierwszych tygodni życia postnatalnego, kiedy to komunikują się głównie za sprawą krzyku i płaczu (zob. Porayski-Pomsta, 2015), kiedy koncentrują wzrok na osobie dorosłej, naśladują jej mimikę (Meltzoff, 1977), stosują reguły naprzemienności (zob. Ninio i Snow, 1996)². Zdobywając stopniowo kompetencje semantyczno-leksykalne, morfologiczne i składniowe, a także nabywając reguły konwersacyjne, dzieci już w wieku przedszkolnym prezentują dość skuteczne umiejętności transakcyjne (związane z wymianą informacji), dynamicznie rozwijają umiejętności interakcyjne (związane z prowadzeniem niezobowiązującej rozmowy),

² O komunikacji hormonalnej i behawioralnej można mówić nawet w odniesieniu do okresu prenatalnego (zob. Kornas-Biela, 2000).

choć te drugie pojawiają się nieco później (Ninio, Snow, 1996). Można przyjąć, że choć kompetencje językowe doskonalą się przez całe życie, to podstawowy ich zasób powstaje w ciągu pierwszych sześciu lat. Dziecko w tym okresie staje się zdolne do skutecznej komunikacji z innymi użytkownikami języka etnicznego, do dynamicznego poszerzania swojej wiedzy i kontaktów społecznych za jego pośrednictwem, jest bowiem zdolne do opowiadania o zjawiskach złożonych, interpretowania ich, wyrażania swoich opinii, emocji, idei. Istotnym elementem kompetencji słownikowych jest nie tylko znajomość słów, lecz także związków, w jakie one wchodzi, i zdolność odkodowywania znaczeń w zależności od tych związków. Zdaniem Moniki Sułkowskiej (2015, s. 49) odbiór znaczenia związków frazeologicznych „[...] nie jest bezpośredni, ponieważ nie rządzi się ono prawami kompozycyjności, bądź addytywności, tak jak dzieje się to zwykle w przypadku typowych związków wyrazowych”.

Współcześnie tematowi pojawiania się związków frazeologicznych w rozwoju mowy poświęca się sporo uwagi. Jedne z najbardziej reprezentatywnych badań z udziałem dzieci w wieku od 2 do 15 lat ogłoszono już w 1980 roku przez Annalies Buhofer. Wykazały one, że dzieci od 4. do 6. roku życia przejawiają rozumienie wyrażen frazeologicznych, ich użycie pojawia się zaś u dzieci w wieku od 12. do 15. r.ż. (Sułkowska, 2015). Nabywanie związków frazeologicznych jest procesem zależnym niewątpliwie od środowiska językowego, w którym dojrzewa dziecko. To bogactwo językowe otoczenia staje się bazą, z której czerpie człowiek w okresie wczesnego i średniego dzieciństwa, zanim istotną funkcję w tym zakresie zacznie pełnić edukacja szkolna. W zdobywaniu kompetencji w zakresie rozumienia związków frazeologicznych niezwykle istotny jest kontekst ich użycia. Już od lat siedemdziesiątych badacze wskazywali na rolę kontekstu jako elementu znacznie ułatwiającego rozumienie znaczenia figuratywnego, nawet u dzieci 9-letnich. Wyniki niektórych analiz dowodzą, że nawet u osób dorosłych kontekst odgrywa niezwykle istotną rolę (zob. Sułkowska, 2015).

Grupa frazeologizmów, których znaczenie nie wynika wprost ze znaczenia ich komponentów, ale jest znaczeniem metaforycznym, bywa nazywana w literaturze związkami idiomatycznymi (Sułkowska, 2015). Pośród nich wyróżnić można struktury rozkładalne i nierozkładalne (Titone, Connine, 1994, 1999, za: Sułkowska, 2015). Struktury rozkładalne to takie, których sens przenośny rozumiany jest dzięki znaczeniu dosłownemu, na

przykład: *stać na głowie; mieć ręce pełne roboty; mieć dach nad głową*. Struktury nierozkładalne zaś to frazeologizmy idiomatyczne, których rozumienie wynika jedynie z interpretacji metaforycznej, na przykład: *mieć muchy w nosie; urwanie głowy*. Struktury rozkładalne są znacznie łatwiejsze do opanowania przez rozwijające się dzieci, dzięki możliwości myślenia przez analogię. Struktury nierozkładalne zaś wymagają zdecydowanie większego zaangażowania słuchacza oraz wnioskowania, znaczącą rolę odgrywa podczas ich odkodowywania kontekst rozmowy.

Niewątpliwie warunkiem rozumienia związków frazeologicznych jest odpowiedni poziom zasobów słownikowych i gramatycznych. Z badań francuskich naukowców Stephanie Caillie i Sandrine Le Sourn-Bissaoui (2008) wynika, że dzieci w wieku pięciu lat są w stanie z łatwością rozumieć wyrażenia rozkładalne wówczas, gdy pojawiają się one w kontekście, a rozumienie ich niedosłownego znaczenia jest zależne od kompetencji werbalnych. W wieku 6 lub 7 lat ujawnia się rozumienie idiomów nierozkładalnych, ono zaś jest zależne od kompetencji werbalnych i przekonań drugiego rzędu (przekonań o czyichś przekonaniach) tożsamych z teorią umysłu (Caillie, Le Sourn-Bissaoui, 2008). Pojęcie teorii umysłu wprowadzone zostało przez Davida Premacka i Guya Woodruffa (1978) w latach 70. XX wieku, obecnie zaś odnosi się do zdolności rozumienia stanów mentalnych innych osób. Trajektoria rozwoju teorii umysłu w rozwoju osobniczym przebiega podobnie w różnych kulturach, choć mogą na nią wpływać oddziaływania środowiska (Liu i in., 2008, za: Pluta, 2012). Badania Simona Baron-Cohena i współpracowników (2000, za: Pluta, 2012, s. 8) dowodzą, że dzieci około czwartego roku życia zaczynają „[...] rozumieć, że stany mentalne drugiej osoby mogą się różnić nie tylko od ich własnych, lecz również od stanu rzeczywistości”. Wielu badaczy jest przekonanych, że teoria umysłu polega na rozumieniu, że inna osoba może żywić fałszywe przekonania (Białecka-Pikul, 2002, za: Pluta, 2012).

W rozwoju dziecka teoria umysłu uwarunkowana jest następującymi po sobie, zależnymi od siebie umiejętnościami. Już w wieku niemowlęcym, pomiędzy 9. a 12. miesiącem życia dziecka wykształca się umiejętność dzielenia wspólnego pola uwagi (por. Tomasello, 2002). Kolejno, około 18.–24. miesiąca w rozwoju dziecka pojawia się zdolność odróżniania obiektów rzeczywistych od mentalnych (np. myśli). Od około 24. miesiąca życia dzieci wykazują rozumienie związków pomiędzy pragnieniami

a zachowaniem ludzi. Około 5. roku życia zdają sobie sprawę, że inni ludzie mogą posiadać fałszywe przekonania na temat rzeczywistości. Około 6.–7. roku życia są w stanie rozumieć znaczenia niedosłowne: ironię, metafory, odróżniać kłamstwo od żartu, około 9.–11. roku życia rozumieją zaś tzw. faux pas (Pluta, 2008). Korelacja, na którą wskazują Caillie i Le Sourn-Bissaoui (2008), pomiędzy teorią umysłu a rozumieniem frazeologizmów wydaje się cennym tropem w identyfikowaniu trudności dzieci z zaburzeniami komunikacji językowej. W kontekście badań Martina J. Doherty'ego (2009, za: Pluta, 2012) Agnieszka Pluta wskazuje istotną korelację stanów mentalnych i kompetencji językowych, zgodnie z którymi „Język stanowi narzędzie do przekazywania wiedzy dotyczącej stanów mentalnych innych osób, z kolei skuteczna komunikacja wymaga monitorowania stanów mentalnych słuchacza” (Pluta, 2012, s. 15). Autorka przytacza również badania Janet Wilde Astington i Jennifer M. Jenkins (1996, za: Pluta, 2012), wskazujące korelację między umiejętnością rozwiązywania testu fałszywych przekonań a rozwojem kompetencji językowych, w tym między innymi konstrukcji gramatycznych. Wskazuje na badania dowodzące, że rozwój teorii umysłu jest opóźniony w wyniku deficytów językowych również u dzieci z niedosłuchem i SLI (ang. *Specific Language Impairment*).

W autyzmie, w którym zarówno zaburzenia teorii umysłu, jak i deficyty językowe są znaczne, zauważa się głęboką trudność rozumienia wyrażen frazeologicznych, zarówno rozkładalnych, jak i nierozkładalnych. Ujawnia się też ona, co zrozumiałe, w przypadku dzieci z zespołem Aspergera (ZA), u których występują zakłócenia lub zaburzenia rozwoju mowy³. Przewaga procesów analizy nad syntezą uniemożliwia dzieciom z ZA rozumienie kontekstowe, tak istotne w procesach przyswajania mowy, odczytywanie znaczeń rzadko zatem wykracza poza rozumienie dosłowne, co skutkuje głębokimi trudnościami w rozumieniu związków idiomatycznych, żartów, ironii, metafor (zob. Attwood, 2012; Korendo, 2013).

Wnioski z badań Anny Cieśliskiej (2006, za: Sułkowska, 2015) pozwalają twierdzić, że rozumienie związków frazeologicznych w języku przyswajającym (pierwszym) różni się od ich rozumienia w języku wyuczonym. W drugim przypadku użytkownicy w znacznie większym stopniu

³ Korzystanie ze skomplikowanych struktur gramatycznych, rozbudowanego słownictwa, niejednokrotnie inkrustowanego wyszukanyimi terminami o niskiej frekwencji w mowie dziecięcej sprawia pozory nadkompetencji, jest natomiast jedynie nadkompetencją wybiórczą.

aktywują znaczenie literalne. Doświadczenia kliniczne ujawniają, że wiele dzieci z zaburzeniami komunikacji językowej bazuje wyłącznie na dosłownym znaczeniu. Pomiędzy terapią logopedyczną mającą na celu budowanie języka w umyśle a nauczaniem języka obcego daje się zauważyć liczne paralele. Zadaniem terapeuty musi być zatem wprowadzenie do języka dziecka – najpierw biernego, potem czynnego – tych elementów, które nie pojawiły się samoistnie, uzupełnienie braków dzięki strategiom wypracowanym na gruncie glottodydaktyki, z uwzględnieniem szczególnych potrzeb, uwarunkowanych deficytami wpisanymi w zaburzenie oraz indywidualnymi ograniczeniami dziecka. Zdaniem Sułkowskiej (2015, s. 59) „Przyswajanie jednostek frazeologicznych, a zwłaszcza posługiwanie się nimi na poziomie produkcji językowej wymaga jednak od użytkownika zdolności abstrakcyjnego posługiwania się symbolami oraz sporej wiedzy pragmatycznej koniecznej do używania wyrażeń ambiwalentnych”.

Podsumowanie

W kontekście tych rozważań trudno rozstrzygnąć, czy rozumienie przekonań drugiego rzędu, czy też kompetencje językowe (m.in. bogactwo słownika, znajomość reguł gramatycznych) mają prymarne znaczenie dla rozumienia wyrażeń frazeologicznych, w szczególności wyrażeń nierozkładalnych. Niewątpliwie jest jednak, że wyrażenia te stanowią istotny element kompetencji językowych zarówno odbiorczych, jak i nadawczych. Deficyty rozumienia frazeologizmów powinny być przedmiotem terapii logopedycznej. Warto jednak pamiętać, że w przypadku wprowadzania ich do komunikacji werbalnej należy uwzględniać ćwiczenia w rozumieniu fałszywych przekonań, budowania teorii umysłu, poszerzania kompetencji leksykalnych i składniowych. Dopiero wówczas możliwe będzie zoptymalizowanie efektów kształcenia językowego, a kompetencje dziecka staną się jego kluczem do rozumienia otaczającego świata.

Bibliografia

Attwood, T. (2012). *Zespół Aspergera. Kompletny Przewodnik*. Tłum. A. Sawicka-Chrapkiewicz. Gdańsk: Harmonia Universalis.

- Caillies, S., Le Sourn-Bissaoui, S. (2008). Children`s understanding of idioms and theory of mind development. *Developmental Science*, 11(5), 703–711.
- Dunbar, R. (2014). *Nowa historia ewolucji człowieka*. Tłum. B. Kucharzyk. Kraków: Copernicus Center Press.
- Dunbar, R. (2017). *Pchły, plotki a ewolucja języka. Dlaczego człowiek zaczął mówić?*. Tłum. T. Pańkowski. Kraków: Copernicus Center Press.
- Everett, D.L. (2019). *Jak powstał język. Historia największego wynalazku ludzkości*. Tłum. A. Tuz. Warszawa: Prószyński i S-ka.
- Gamble, C., Gowlett, J., Dunbar, R. (2017). *Potęga mózgu. Jak ewolucja życia społecznego kształtowała ludzki umysł*. Tłum. R. Kosarzycki. Kraków: Copernicus Center Press.
- Goshkheteliani, I. (2019). Culture as reflected in somatic idioms. *Filolog*, 20(20), 17–33.
- Harari Noah, Y. (2018). *Sapiens. Od zwierząt do bogów*. Tłum. J. Hunia. Kraków: Wydawnictwo Literackie.
- Karpińska, D. (2011). Deficyt teorii umysłu w autyzmie. Symptomy i uwarunkowania. *Annales Academiae Medicae Stetinensis – Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie*. Sympozja I: *Neurokognitywistyka w patologii i zdrowiu 2009–2011*, 60–67.
- Korendo, M. (2013). *Językowa interpretacja świata w wypowiedziach osób z zespołem Aspergera*. Kraków: Centrum Metody Krakowskiej.
- Kornas-Biela, D. (2000). Okres prenatalny. W: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki*. T. 1.: *Podstawy psychologii* (s. 147–171). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Lewicki, A., Pajdzińska, A. (2001). Frazeologia. W: J. Bartmiński (red.), *Współczesny język polski* (s. 315–333). Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Meltzoff, A. (1977). Imitation of Facial and Manual Gestures by Human Neonates. *Science*, 198(4312), 75–78.
- Muldner-Nickowski, P. (2004). *Wielki słownik frazeologiczny języka polskiego*. Warszawa: Świat Książki.
- Ninio, A., Snow, C. (1996). *Dzieci jako rozmówcy*. W: B. Bokus, G.W. Shugar (red.), *Psychologia języka dziecka. Osiągnięcia, nowe perspektywy* (s. 310–334). Tłum. E. Haman et al. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Nowak, T. (2011). *Język w świecie odkryć nauki*. Kraków: Wydawnictwo Petrus.
- Orłowska-Popek, Z. (2017). *Programowanie języka w terapii logopedycznej (na przykładzie rozwoju języka dzieci niesłyszących)*. Kraków: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego.
- Pluta, A. (2008). Co kryje się pod pojęciem teorii umysłu oraz jak ją badać?. *Rocznik Kognitywistyczny*, 2, 53–60.
- Pluta, A. (2012). Mechanizmy poznawcze teorii umysłu. *Roczniki Psychologiczne*, 15(1), 7–30.
- Porayski-Pomsta, J. (2015). *O rozwoju mowy dziecka. Dwa studia*. Warszawa: Dom Wydawniczy Elipsa.
- Premack, D., Woodruff, G. (1978). Does the Chimpanzee Have a Theory of Mind?. *Behavioral and Brain Sciences*, 4, 515–526.

- Reuter, M. (2013). Rozwój teorii umysłu u dzieci – uwarunkowania neurobiologiczne i społeczno-kulturowe. *Annales Academiae Medicae Stetinensis – Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie*, Sympozja I: *Neurokognitywistyka w patologii i zdrowiu 2011–2013*, 67–75.
- Sułkowska, M. (2015). Percepcja, rozumienie i przyswajanie związków frazeologicznych. *Problemy Frazeologii Europejskiej*, 10, 49–66.
- Szerszunowicz, J. (2009). Quasi-ekwiwalenty związków frazeologicznych w teorii, frazeografii i translatoryce. *Białostockie Archiwum Językowe*, 9, 323–346.
- Tomasello, M. (2002). *Kulturowe źródła ludzkiego poznawania*. Tłum. J. Rączaszek. Warszawa: PIW.

CZĘŚĆ II

OBSZARY DIAGNOZY I TERAPII LOGOPEDYCZNEJ

Barbara Jamróz

Magdalena Milewska

Joanna Chmielewska-Walczak

Warszawski Uniwersytet Medyczny

WYKORZYSTANIE BADANIA WIDEOFLUOROSKOPOWEGO W DIAGNOSTYCE CICHYCH ASPIRACJI INTRADEGLUTACYJNYCH – WYBRANE PRZYPADKI KLINICZNE

STRESZCZENIE

Badanie wideofluoroskopowe należy do „złotego standardu” w diagnostyce dysfagii ustno-gardłowej. Pozwala ono na wykrycie cichych aspiracji, które niosą ryzyko rozwoju zachyłkowego zapalenia płuc, a w ok. 30% – ryzyko zgonu pacjenta. W niniejszym artykule przedstawiono cztery odmienne przypadki kliniczne z zakresu dysfagii – pacjent leczony z powodu mnogich przyzwojaków głowy i szyi; chory po urazie głowy; chory po udarze pnia mózgu oraz dziecko z wadą wrodzoną w obrębie krtani. Na podstawie przeprowadzonego u chorych badania wideofluoroskopowego możliwe było rozpoznanie mechanizmu zaburzeń połknięcia oraz stwierdzenie obecności cichych aspiracji, co pozwoliło na zastosowanie skutecznego leczenia.

Słowa kluczowe: wideofluoroscopia, dysfagia ustno-gardłowa, cicha aspiracja

Use of videofluoroscopy for detection of silent intradeglutative aspiration – case reports

ABSTRACT

Videofluoroscopy is a gold standard for diagnosis of oropharyngeal dysphagia. There is possibility of detection of silent aspiration during examination. Silent aspirations are cause of aspiration pneumonia and in 30% can lead to death. Article presents 4 case reports of oropharyngeal dysphagia – multiple head and neck paragangliomas, brainstem stroke, head injury and child with congenital larynx deformation. VFSS examination gives information about dysphagia mechanism and treatment options.

Keywords: videofluoroscopy, oropharyngeal dysphagia, silent aspiration

Wprowadzenie

Zaburzenia połykania stanowią istotny problem kliniczny, prowadząc do odwodnienia, niedożywienia, rozwoju zachłystowego zapalenia płuc oraz możliwości zadławienia się większym kęsem pokarmowym. Dlatego tak istotne jest przeprowadzanie testów przesiewowych w grupach ryzyka (np. wśród chorych neurologicznych; leczonych z powodu nowotworów głowy i szyi; populacji geriatrycznej) (Belafsky i in., 2008; Clavé i in., 2008; Suiter i Leder, 2008). W wybranych przypadkach diagnostykę należy poszerzyć o pełne badanie kliniczne z oceną nerwów czaszkowych (V, VII, IX, X, XII), wydolności oddechowej, koordynacji oddechowo-fonacyjnej oraz diagnostykę instrumentalną (Chmielewska i in., 2017; Jamróz i in., 2018; Langmore, 2017).

Obecnie za „złoty standard” w diagnostyce instrumentalnej dysfagii ustno-gardłowej uważa się badanie endoskopowe połykania (FEES) oraz wideofluoroskopię (VFSS) (Langmore, 2017; Martin-Harris i in., 2008). Oba badania pozwalają na ustalenie mechanizmu zaburzeń połykania, aczkolwiek jedynie w wideofluoroskopii można ocenić występowanie aspiracji intradeglutacyjnych, do których dochodzi w czasie trwania fazy gardłowej połykania. W czasie badania endoskopowego w momencie transportu bolusa przez gardło występuje tzw. *white-out*, ze względu na ruch inwersji nagłośni (z tego powodu w czasie endoskopii nie można w pełni ocenić, co się dzieje na poziomie przedsionka kratni, przedsionek jest zasłonięty przez opadającą nagłośnię). Wideofluoroskopia pozwala na dokładną analizę elewacji krtani i kości gnykowej, stopnia domknięcia nagłośni oraz wystąpienia ewentualnych penetracji i aspiracji intradeglutacyjnych. Jeżeli nie towarzyszą temu odruchy obronne ze strony krtani – stwierdza się tzw. ciche zaburzenia (penetracje lub aspiracje) (Jamróz, Chmielewska-Walczak i Milewska, 2019).

Dalej zostaną przedstawione przypadki kliniczne, w których wykorzystanie badania VFSS pozwoliło na rozpoznanie groźnych dla zdrowia i życia aspiracji intradeglutacyjnych i wprowadzenie odpowiedniego leczenia.

Do oceny stopnia penetracji/aspiracji wykorzystuje się 8-stopniową skalę PAS (ang. *Penetration Aspiration Scale*): im wyższy stopień uzyskuje pacjent, tym większy stopień nasilenia zaburzenia. Skala PAS 1 oznacza, że materiał nie dostaje się do dróg oddechowych (norma), PAS 2–5 oznacza penetracje, a PAS 6–8 – aspiracje (Rosenbeck i in., 1996).

W celu standaryzacji zaleceń dietetycznych wykorzystuje się z kolei stopnie diet opracowane przez IDDSI (ang. *International Dysphagia Diet Standardisation Initiative*) (<http://iddsi.org/>, Jamróz i in., 2017). Rama zawiera po pięć poziomów konsystencji dla płynów i pokarmów, przy czym płyny niezagęszczone to stopień 0, a dieta regularna to stopień 7. Płyny mogą być zagęszczone od stopnia 1 do 4, a pokarmy stałe – rozdrobnione od stopnia 3 do 6.

Do najczęstszych objawów zaburzeń połykania zgłaszanych przez pacjentów należą: unikanie konkretnych konsystencji, kaszel i krztuszenie w czasie jedzenia, uczucie zalegania pokarmu w gardle, konieczność kilkukrotnego połykania kęsa, spadek masy ciała, zmniejszenie ilości przyjmowanych posiłków, wydłużenie czasu posiłków.

Przypadek 1.

39-letni pacjent, leczony z powodu mnogich przyzwojaków głowy i szyi: stan po embolizacji i usunięciu przyzwojaka szyi strona lewa (III i IV 2019) – powikłanego niedowładem nerwu X po stronie lewej; stan po rehabilitacji oddechowo-fonacyjnej; stan po embolizacji i usunięciu guza po stronie prawej (V i VII 2019); stan po embolizacji przyzwojaka otworu żyły szyjnej po stronie prawej (X 2019) – powikłanej porażeniem nerwów: IX, X, XII po stronie prawej. Sposób żywienia (zalecenia po badaniu FEES): zgłębnik nosowo-żołądkowy od czasu ostatniej embolizacji (powikłanej niedowładem nerwów: IX, X, XII po stronie prawej); próby oralne trzy razy dziennie po 15–20 ml płynu zagęszczonego do stopnia 2 (ST. 2: w porcjach po 5 ml), z przywiedzeniem brody do klatki piersiowej (KLP) i uniesieniem krtani; ze względu na podejrzenie penetracji intradeglutacyjnych – zlecono VFSS.

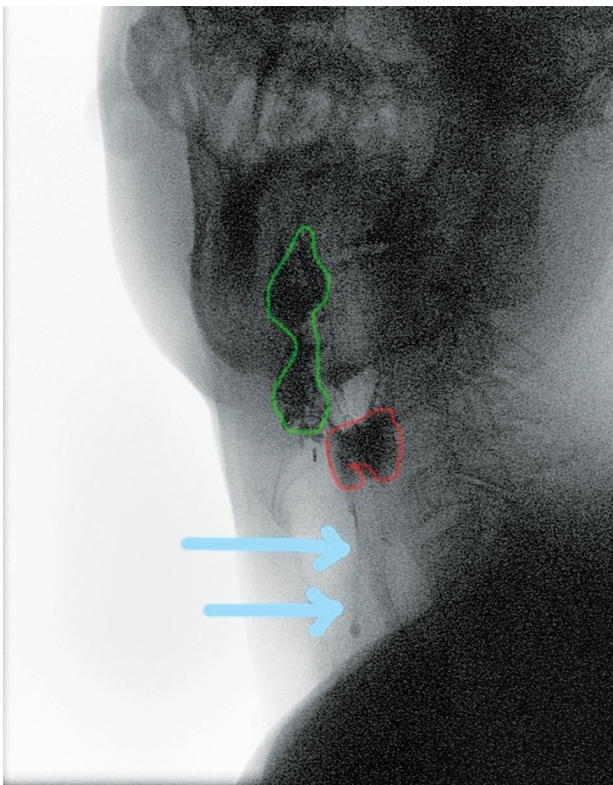
W czasie VFSS pacjentowi podano jedną konsystencję płynów/pokarmów: ST. 2 – płynną umiarkowanie gęstą; sprawdzano manewry terapeutyczne: obrót głowy w stronę prawą oraz przywiedzenie brody do klatki piersiowej; rate: 30 ramek/s;

Zaburzenia stwierdzone w czasie badania:

- kontrast po embolizacji (Zdjęcie 1 – zielony kontur);
- przedwczesny wyciek płynów do poziomu dołków nagłośniowych;
- łagodnie nasilone ruchy pompujące języka;
- obniżony kontakt podstawy języka z tylną ścianą gardła, aczkolwiek wystarczający do wyzwolenia odruchu połykowego (odrzuch opóźniony);

- nieistotne klinicznie zalegania w dołkach nagłośniowych;
- znaczne zalegania na poziomie zachyłków gruszkowatych (Zdjęcie 1 – czerwony kontur) – stałe, o znacznym nasileniu, nieoczyszczające się po przełknięciu na pusto, także z obrotem głowy na stronę prawą;
- brak pełnego domknięcia nagłośni w czasie połykania – śladowy ruch inwersji, co wpływa na wysokie ryzyko penetracji i aspiracji intradeglutacyjnych;
- otwarcie górnego zwieracza przełyku (ang. *upper esophageal sphincter*, UES) głęboko zaburzone;
- w badaniu odnotowano ciche aspiracje podanych treści, także dla sprawdzanych manewrów (PAS: ST. 2 – 8; Zdjęcie 1 – niebieskie strzałki);
- multipołknięcia;
- głęboko zaburzony odruch kaszlu;
- zmiana jakości głosu po połknięciu trudna do oceny (dysfonia porażenna).

Zdjęcie 1. Aspiracje i zalegania – projekcja boczna z obrotem głowy w stronę prawą



Źródło: opracowanie własne.

ZALECENIA:

1. Brak możliwości bezpiecznego i efektywnego żywienia doustnego, konieczne założenie przezskórnej gastrostomii endoskopowej (PEG); dieta przemysłowa; opieka dietetyczna.
2. Badanie endoskopowe połykania (FEES) – jako badanie kontrolne – po około 6 miesiącach terapii.
3. Stała opieka foniatryczna.
4. Kontrola masy ciała i stanu nawodnienia.
5. Konsultacja dietetyczna.
6. Dalsza terapia logopedyczna w trybie ambulatoryjnym po wypisie ze szpitala – próby oralne tylko dla wody zagęszczonej do stopnia 2, z przywodem brody do klatki piersiowej oraz uniesieniem krtani.

Przypadek 2.

24-letni pacjent skierowany do poradni foniatrycznej: stan po urazie głowy (2018 r.); ewakuacji krwiaka okolicy czołowo-skroniowo-ciemieniowej prawej; stan po tracheotomii (chory dekaniulowany po trzech miesiącach od urazu); padaczka pourazowa. Niedowład nerwu X po stronie prawej; chory pierwotnie zakwalifikowany do tyreoplastyki medializacyjnej (brak zwarcia fonacyjnego), ostatecznie zdyskwalifikowany ze względu na częściowy powrót ruchomości prawego fałdu głosowego. W kwietniu 2019 roku wykonano badanie, w którym stwierdzono – penetracje intradeglutacyjne, zalecono zagęszczanie płynów do stopnia 2, bez konieczności stosowania manewrów terapeutycznych.

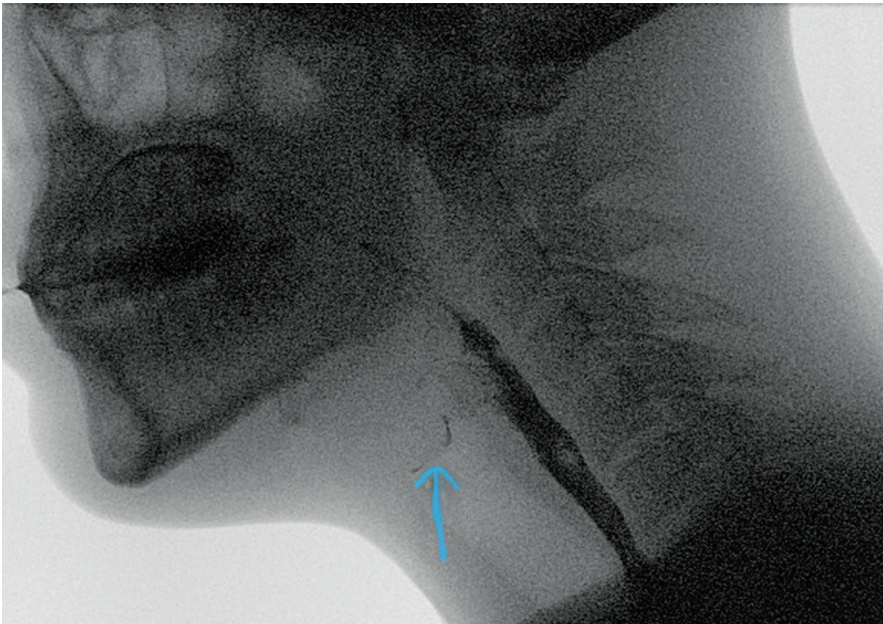
Chory zgłosił się na badanie kontrolne VFSS w listopadzie 2019 roku. Sposób żywienia: doustne bez zagęszczania płynów (ST. 0), dieta regularna (ST. 7), bez manewrów terapeutycznych. W czasie badania pacjentowi podano trzy konsystencje płynów/pokarmów: ST. 0 – płynną niezagęszczoną; ST. 2 – nieznacznie gęstą; ST. 7 – dietę regularną. Sprawdzano manewr przywodu brody do klatki piersiowej – bez wpływu na poprawę bezpieczeństwa i efektywności połykania; rate: 30 ramek/s.

Zaburzenia stwierdzone w czasie badania:

- znacznie nasilone trudności z formowaniem bolusa dla pokarmu stałego, bolus nieprawidłowy;
- pokarm zbiera się w przedniej części przedsionka jamy ustnej;

- fragmentaryczne przełknięcia dla pokarmu stałego, o łagodnym nasileniu;
- obniżony kontakt podstawy języka z tylną ścianą gardła, aczkolwiek wystarczający do wyzwolenia odruchu połkniętego;
- nieistotne klinicznie zalegania w dołkach nagłośniowych; bez zalegania na poziomie zachyłków gruszkowatych;
- brak pełnego domknięcia nagłośni w czasie połknięcia; ruch inwersji nagłośni opóźniony, co prowadzi do cichych penetracji intradeglutacyjnych do poziomu głośni, a potem wtórnie do aspiracji intra- i postdeglutacyjnej dla płynu niezagęszczonego (skala PAS – 8, Zdjęcie 2. – niebieska strzałka);
- bez penetracji i aspiracji dla płynu zagęszczonego oraz pokarmu stałego (skala PAS – 1);
- multipołknięcia;
- odruch kaszlu głęboko zaburzony (bez mechanizmów obronnych ze strony krtani);
- zmiana jakości głosu po połknięciu.

Zdjęcie 2. Penetracja od strony okolicy międzynałekowej do poziomu fałdów głosowych dla płynu niezagęszczonego (ST. 0)



Źródło: opracowanie własne.

ZALECENIA:

1. Możliwe żywienie doustne, konieczność zagęszczania płynów do konsystencji ST. 2; dieta regularna (ST. 7), bez konieczności stosowania manewrów; dokładna obróbka oralna dla pokarmu stałego.
2. Badanie kontrolne za rok lub wcześniej w razie potrzeby (FEES).
3. Stała opieka foniatryczna.
4. Konsultacja dietetyczna.
5. Kontrola masy ciała i stanu nawodnienia.
6. Dalsza terapia logopedyczna z włączeniem ćwiczeń mięśni nadgnykowych; manewr Masako; ćwiczenia usprawniające mięśnie języka i gardła.

Przypadek 3.

64-letni pacjent skierowany do poradni foniatrycznej: stan po udarzeniu mózgu; stan po tracheotomii i założeniu PEG (obecnie pacjent dekanulowany po sześciu tygodniach od udaru, żywienie przez PEG przez 2,5 miesiąca). Niedowład nerwów: VII, IX, X, XII po stronie prawej. Sposób żywienia: doustne, płyny niezgęszczone (ST. 0), dieta regularna (ST. 7), bez stosowania manewrów terapeutycznych. Niezamierzony spadek masy ciała (20 kg) w ciągu trzech miesięcy.

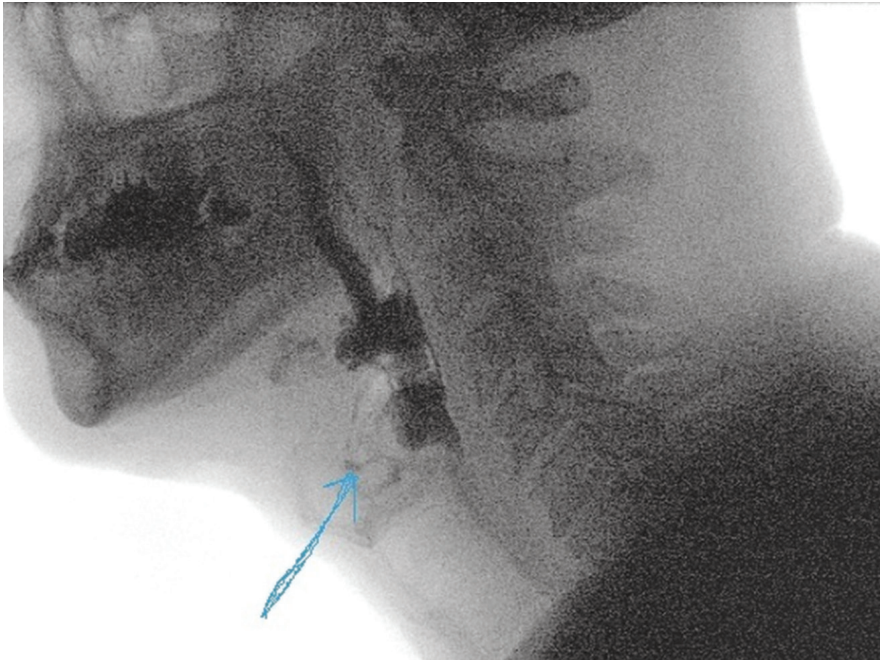
W czasie badania VFSS pacjentowi podano trzy konsystencje płynów/pokarmów: ST. 0 – płyn niezagęszczony; ST. 2 – płyn nieznacznie gęsty; ST. 7 – dietę regularną. Sprawdzone manewr przywodzenia brody do klatki piersiowej – skuteczny; brak możliwości sprawdzenia połykania nadgłosniowego i nadnadgłosniowego – kaszel nieefektywny; rate: 30 ramek/s.

Zaburzenia stwierdzone w czasie badania:

- trudności z formowaniem bolusa o łagodnym nasileniu;
- fragmentaryczne przełknięcia dla pokarmu stałego;
- obniżony kontakt podstawy języka z tylną ścianą gardła, wystarczający do wyzwolenia odruchu połykowego;
- zalegania w dołkach nagłosniowych dla pokarmu stałego (łagodnie nasilone), bez zalegania w zachyłkach gruszkowatych;
- bez pełnego domknięcia nagłosni w czasie połykania;
- w badaniu odnotowano ciche penetracje intradeglutacyjne (do poziomu fałdów głosowych) dla płynu niezgęszczonego (PAS – 5, Zdjęcie 3 – niebieska strzałka);

- połykanie płynu zagęszczonego z manewrem przywodzenia brody do klatki piersiowej – ciche penetracje intradeglutacyjne powyżej poziomu fałdów głosowych (PAS – 3), o mniejszym nasileniu, związane głównie z opóźnionym i spowolnionym opadaniem nagłośni;
- multipołknięcia;
- kaszel znacznie zaburzony;
- zmiana jakości głosu po połknięciu.

Zdjęcie 3. Penetracja intradeglutacyjna



Źródło: opracowanie własne.

ZALECENIA:

1. Możliwe żywienie doustne; płyny zagęszczone do konsystencji ST. 2, dieta miękka i rozmiar kęsa (ST. 6), z wykorzystaniem przywodzenia brody do klatki piersiowej; unikanie konsystencji trudnych, mieszanych, kleistych, włóknistych, sypkich.
2. Zachowanie zasad bezpiecznego jedzenia (np. małe kęsy, małe łyki).
3. Wskazane wykonanie badania FEES po około 4–5 miesiącach terapii.
4. Regularne osłuchiwanie klatki piersiowej.
5. Konsultacja dietetyczna.

6. Kontrola wagi i stanu nawodnienia.
7. Terapia logopedyczna: poprawa motoryki mięśni jamy ustnej i gardła; manewr Masako; manewr Shakera (po konsultacji ortopedy); ćwiczenia z oporem; stymulacje termiczne i smakowe; ćwiczenia mięśni nadgnykowych; ćwiczenia efektywnego kaszlu; terapia oddechowo-fonacyjna (np. Lax Vox).

Przypadek 4.

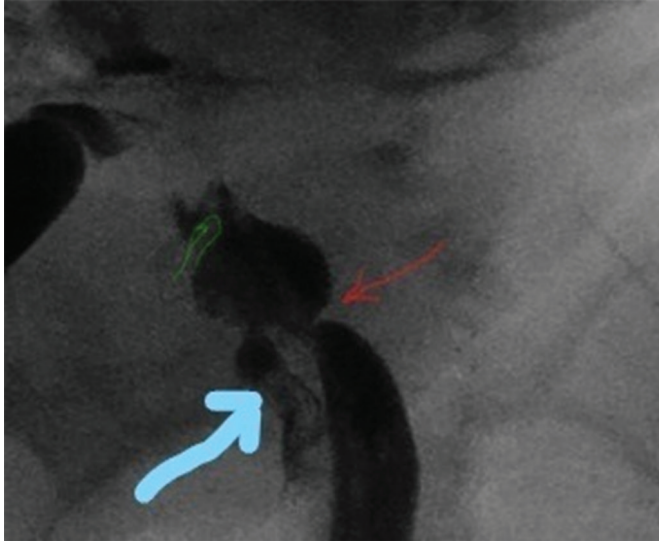
Sześciotygodniowa pacjentka w trakcie diagnostyki z powodu wielowodzia. Wada kręgosłupa szyjnego; wady kończyn; obserwacja w kierunku rozszczepu podśluzówkowego podniebienia – ocena negatywna. Zaburzenia połykania, w bronchoskopii oraz RTG przełyku z kontrastem – wykluczono obecność przetoki tchawiczno-przełykowej. Sposób żywienia: zgłębnik nosowo-żołądkowy; w próbach karmienia drogą naturalną (butelka) obserwuje się krztuszenie.

Dziecko skierowane na badanie wideofluoroskopowe. W czasie badania pacjentowi podano około 15 ml płynu niezgęszczonego (ST. 0); rate: 15 ramek/s.

Zaburzenia stwierdzone w czasie badania:

- odnotowano regurgitacje treści pokarmowych do jamy nosa, brak szczelnego domknięcia podniebienia miękkiego w trakcie połykania;
- kontakt podstawy języka z tylną ścianą gardła trudny do oceny (wydaje się nie w pełni zachowany);
- brak inwersji nagłośni (Zdjęcie 4 – zielona strzałka i zielony obrys kształtu nagłośni), nagłośnia wydaje się nieruchoma (podejrzenie wady wrodzonej), nie domyka wejścia do krtani w czasie połykania, co skutkuje intradeglutacyjną cichą aspiracją podanych treści pokarmowych do dolnych dróg oddechowych (Zdjęcie 4 – niebieska strzałka);
- zalegania w dołkach nagłośniowych o łagodnym nasileniu; stałe, o znacznym nasileniu w zachyłkach gruszkowatych, związane ze zwężeniem przełyku na wysokości C4-C5 (wada kręgosłupa) (Zdjęcie 4 – czerwona strzałka); są one przyczyną penetracji i aspiracji postdeglutacyjnych;
- odruch kaszlu głęboko zaburzony, stwierdzono nieefektywny kaszel z poziomu tchawicy.

Zdjęcie 4. Aspiracja podanego bolusa do tchawicy; brak inwersji nagłośni; modelowanie przełyku przez zmiany kręgosłupa



Źródło: opracowanie własne.

ZALECENIA:

1. Brak możliwości żywienia doustnego; dalsze żywienie jedynie przez NGT.
2. Wskazana ocena krtani w czasie badania endoskopowego oraz wykonanie direktoskopii¹ (wykluczanie ewentualnej wady rozwojowej).
3. Regularne osłuchiwanie klatki piersiowej.
4. Konsultacja dietetyczna.
5. Kontrola wagi i stanu nawodnienia.
6. Dalsza terapia logopedyczna.

Podsumowanie

Przytoczone powyżej przypadki kliniczne prezentują, jak ważne dla skutecznego i efektywnego leczenia chorych jest poznanie mechanizmu zaburzenia połykania, co pozwala na wykorzystanie odpowiedniego sposobu leczenia – rehabilitacji, chirurgii, leczenia zachowawczego. Jedynie

¹ W wykonanej później (zgodnie z zaleceniami) direktoskopii stwierdzono: zwężenie chrząstki pierścieniowatej; rozszczep krtani I/II stopnia; anomalie dużych naczyń z ich uciskiem na tchawicę.

badania instrumentalne, w tym wideofluoroscopia, pozwalają na wykluczenie cichych aspiracji i ich konsekwencji. Należy pamiętać, że u około 30% osób, u których obserwuje się aspiracje, rozwija się zachyłstowe zapalenie płuc, które może nawet w 30% przypadków prowadzić do zgonu. Zależy to od wieku i ogólnego stanu zdrowia danej osoby, chorób współistniejących, stanu odżywienia, czy stopnia higieny jamy ustnej. Należy również pamiętać, że aspiracja zakażonej śliny może skutkować rozwojem zachyłstowego zapalenia płuc. Do głównych grup ryzyka rozwoju powikłań wynikających z zaburzeń połykania należą pacjenci geriatryczni, neurologiczni oraz leczeni z powodu nowotworów głowy i szyi (Clave i Shaker., 2015; Rofes i in., 2013).

Bibliografia

- Belafsky, P.C., Mouadeb, D.A., Rees, C.J., Pryor, J.C., Postma, G.N., Alln, J., Leonard, R.J. (2008). Validity and reliability of the Eating Assessment Tool (EAT-10). *Annals of Otolaryngology, Rhinology and Laryngology*, 117(12), 919–924.
- Calve, P., Shaker, S. (2015). Dysphagia: Current reality and scope of the problem. *Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology*, 12(5), 259–270.
- Chmielewska, J., Jamróz, B., Gibiński, K., Sielska-Badurek, E., Milewska, M., Niemczyk, K. (2017). Badanie wideofluoroskopowe – procedura badania z oceną kwestionariuszową. *Polski Przegląd Otolaryngologiczny*, 6(1), 12–20.
- Clavé, P., Arreola, V., Romea, M., Medina, L., Palomera, E., Serra-Prat, M. (2008). Accuracy of the volume-viscosity swallow test for clinical screening of oropharyngeal dysphagia and aspiration. *Clinical Nutrition*, 27(6), 806–815.
- Jamróz, B., Szałańska, M., Chmielewska, J., Milewska, M., Przekop, Z., Niemczyk, K. (2017). Wykorzystanie terapii adaptacyjnej w rehabilitacji zaburzeń połykania. *Polski Przegląd Otolaryngologiczny*, 6(4), 25–28.
- Jamróz, B., Chmielewska-Walczak, J., Milewska, M., Niemczyk, K. (2018). Endoskopowa ocena zaburzeń połykania – FEES: procedura badania z oceną kwestionariuszową. *Polski Przegląd Otolaryngologiczny*, 7(3), 1–8.
- Jamróz, B., Chmielewska-Walczak, J., Milewska, M. (2019). *Instrumentalne metody badania zaburzeń połykania. Atlas z materiałem wideo*. Warszawa: Wydawnictwo Medyk.
- Langmore, S.E. (2017). History of Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing for Evaluation and Management of Pharyngeal Dysphagia: Changes over the Years. *Dysphagia*, 32(1), 27–38.
- Marin-Harris, B., Bordsky, M.B., Michale, Y., Castell, D.O., Schleicher, M., Standidge, J., Maxwell, R., Blair, J. (2008). MBS Measurement Tool for Swallow Impairment – MBSImp: Establishing a Standard. *Dysphagia*, 23(4), 392–405.

- Palmer, J.B., Kuhlemeier, K.V., Tippett, D.C., Lynch, C. (1993). A Protocol for the Video-fluorographic Swallowing Study. *Dysphagia*, 8(3), 209–213.
- Suiter, D.M., Leder, S.B. (2008). Clinical utility of the 3-ounce water swallow test. *Dysphagia*, 23(3), 244–250.
- Rofes, L., Clave, P., Ouyang, A., Scharitzer, M., Pokieser, P., Vilardell, N., Ortega, O. (2013). Neogenic and oropharyngeal dysphagia. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1, 1–10.
- Rosenbeck, J.C., Robbins, A., Roecker, B., Coyle, J.C., Wood, J.L. (1996). A Penetration-Aspiration Scale. *Dysphagia*, 11(2), 93–98.

Justyna Kackieł-Tomulewicz

Maryla Malinowska-Gleń

Łukasz Magnuszewski

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

DZIECI Z PORODÓW PRZEDWCZESNYCH – ROLA WCZESNEJ INTERWENCJI LOGOPEDYCZNEJ

STRESZCZENIE

Termin wcześniactwo wprowadzony został przez Komitet Ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia w 1950 roku. Jako wcześniaka określa się noworodka urodzonego przed zakończeniem 37. tygodnia ciąży, bez względu na masę ciała dziecka. Noworodki urodzone przedwcześnie zmagają się z problemami wynikającymi z niedojrzałości organizmu. Dzieci urodzone przedwcześnie są narażone także na ryzyko wystąpienia nieprawidłowości w zakresie kształtowania się mowy. Wczesna interwencja logopedyczna powinna koncentrować się nie tylko na wspomaganiu rozwoju mowy dziecka, lecz także całościowo obejmować jego rozwój poznawczy i motoryczny.

Słowa kluczowe: wcześniak, logopeda, terapia logopedyczna, rozwój mowy, neonatologia

Premature births – the role of early speech therapy intervention

ABSTRACT

The term prematurity was introduced by the Committee of Experts of the World Health Organization in 1950. A premature baby is a newborn born before the end of the 37th week of pregnancy, regardless of the child's weight. Infants born prematurely struggle with problems resulting from the immaturity of the body. Premature babies are also at risk of developing speech abnormalities. Early speech therapy intervention should focus not only on supporting the child's speech development, but also comprehensively cover his cognitive and motor development.

Keywords: premature baby, speech therapist, speech therapy, speech development, neonatology

Wprowadzenie

Termin *wczesniactwo* wprowadzony został przez Komitet Ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) w 1950 roku. Szacuje się, że co roku na świat przychodzi od 3500 do 4000 dzieci z bardzo małą masą urodzeniową (Chrzan-Dętkoś, 2012; Gacka, 2016; Sochocka, 2017). W Polsce odsetek przedwczesnych porodów utrzymuje się na poziomie 6,5%. Jako wczesniaka określa się noworodka urodzonego przed zakończeniem 37. tygodnia ciąży, bez względu na masę ciała dziecka. Noworodki urodzone przedwcześnie zmagają się z problemami wynikającymi z niedojrzałości organizmu (Sochocka, 2017). Pacjenci z porodów przedwczesnych są narażeni na wystąpienie zaburzeń rozwoju ze względu na uszkodzenie i/lub niedojrzałość układów czy też narządów. Te nieprawidłowości mogą mieć odbicie w rozwoju fizycznym i psychicznym dziecka (Marczykowska, 2017). Przedwczesny poród sprawia, że fizjologiczne procesy dojrzewania układów: nerwowego, oddechowego, krążeniowego, pokarmowego, a także pozostałych ulegają zakłóceniu. Wiąże się to z ryzykiem wystąpienia uszkodzeń tych układów i/lub narządów, a także zaburzeń w ich funkcjonowaniu.

Ważną rolę w rozwoju dzieci z porodów przedwczesnych odgrywiają specjaliści z zespołów wczesnej interwencji. Organizowanie interdyscyplinarnej pomocy dla dzieci zagrożonych nieprawidłowym rozwojem pozwala na wczesne wykrywanie, ograniczanie lub niwelowanie problemów rozwojowych.

W 2005 roku w Polsce wydano dwa akty prawne świadczące o wadze wczesnej profilaktyki w rozwoju dzieci w różnych dyscyplinach życia społecznego (Cytowska, 2016). Jeden z nich to program rządowy: „Wczesna, wielospecjalistyczna, kompleksowa, skoordynowana i ciągła pomoc dziecku zagrożonemu niepełnosprawnością lub niepełnosprawnemu oraz jego rodzinie”¹. Przez wczesną, wielospecjalistyczną, kompleksową i skoordynowaną pomoc rozumiane jest równoczesne, uzupełniające się wzajemne oddziaływanie medyczno-rehabilitacyjno-terapeutyczne (wczesna interwencja) oraz rewalidacyjno-wychowawcze (wczesne wspomaganie rozwoju) objęte jednym programem (Cytowska, 2016). W skład zespołu wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka (WWR) wchodzi psycholog, fizjoterapeuta,

¹ menis.gov.pl (dostęp: 17.02.2020).

pedagogzy, terapeuci integracji sensorycznej i logopedzi. Podstawowym warunkiem wczesnej interwencji jest wielospecjalistyczna diagnoza, na którą składają się diagnozy wymienionych specjalistów (Regner, 2016).

Idea wczesnej interwencji logopedycznej nie jest związana tylko i wyłącznie z pomocą dziecku zaraz po narodzeniu czy w trakcie jego pobytu na oddziale patologii noworodkowej. Specjalistyczną opiekę kontynuuje się w ramach WWR, które obowiązuje od momentu wykrycia niepełnosprawności do rozpoczęcia edukacji szkolnej (Skrzek, 2016).

Celem artykułu jest ukazanie roli logopedy w rozwoju mowy dziecka z porodu przedwczesnego. Wieloletnia neurologopedyczna praktyka zawodowa autorów umożliwiła obserwację zmieniających się potrzeb terapeutycznych dzieci.

Wcześniactwo – definicja

Zgodnie z definicją WHO za noworodka urodzonego przedwcześnie (wcześniaka) uważa się dziecko urodzone po 22. tygodniu ciąży (t.c.), a przed ukończeniem 37. t.c. Przez pojęcie „skrajne wcześniactwo” rozumie się noworodki urodzone przed ukończeniem 28. t.c. (Tabela 1.).

Tabela 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: Marczykowska i Koczaja-Styka, 2017, s. 166.

Grupę noworodków – wcześniaków można podzielić, ze względu na masę urodzeniową, na podgrupy (Gadzinowski, 2014):

- noworodki z małą masą ciała < 2500 g,
- noworodki z bardzo małą masą ciała < 1500 g,
- noworodki ze skrajnie małą masą ciała < 1000 g.

Według raportów WHO współczynnik noworodków z małą masą urodzeniową (ang. *Low Birth Weight*, LBW) wynosi, w zależności od regionu świata, od 5% do 20%. Noworodki ze skrajnie niską masą ciała (ang. *Extremely Low Birth Weight*, ELBW) stanowią 0,6% wszystkich żywo urodzonych dzieci w Polsce (Gadzinowski, 2014). Pomimo postępów technologicznych i wysiłków ekspertów ds. zdrowia, jakie miały miejsce w ostatnim pokoleniu, dzieci poniżej 28. tygodnia ciąży ze skrajnie niską masą urodzeniową (< 1000 g) pozostają w grupie wysokiego ryzyka śmierci i niepełnosprawności².

Etiologia porodów przedwczesnych jest złożona i często trudna do ustalenia. Nie ma jednej przyczyny, która tłumaczyłaby przedwczesny poród³. W literaturze medycznej najczęściej podawane są dwie podstawowe przyczyny: natury medycznej – związane z matką lub dotyczące płodu i natury społecznej – mające swoje źródło w środowisku zewnętrznym (Gacka, 2016) (Tabela 2.).

Tabela 2. Najczęstsze przyczyny porodów przedwczesnych

Przyczyny społeczne	Przyczyny medyczne
<ul style="list-style-type: none"> • Uciążliwości wynikające z pracy • Nadmierny wysiłek fizyczny • Wysoki poziom stresu • Stojąca pozycja ciała podczas pracy, hałas, narażenie na oddziaływanie czynników szkodliwych • Świadomość zdrowotna • Status społeczny rodziców • Trudna sytuacja rodzinna • Niedożywienie ciężarnej • Ograniczony dostęp do oświaty zdrowotnej 	<ul style="list-style-type: none"> • Niewydolność ciśnieniowo-szyjkowa • Zakażenie wstępujące prowadzące do infekcji wewnątrzmacicznej • Nieprawidłowości w obrębie błon płodowych i łożyska (wady macicy, łożysko przodujące) • Choroby matki: nadciśnienie tętnicze, niewyrównana cukrzyca, zakażenia dróg rodnych, zakażenia wstępujące albo uogólnione, zakażenia dróg moczowych, urazy • Ciąża wielopłodowa, stan przedzruciawkowy, łożysko przodujące oraz wady płodu • Wcześniejsze porody przedwczesne, porody martwego płodu, poronienia, przerwania ciąży • Wiek matki < 18 lat i > 40 lat • Uzależnienie od alkoholu, nikotyny, narkotyków i leków

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Chrzan-Dętkoś, 2012, s. 20; Oleszczuk, 2009, s. 21.

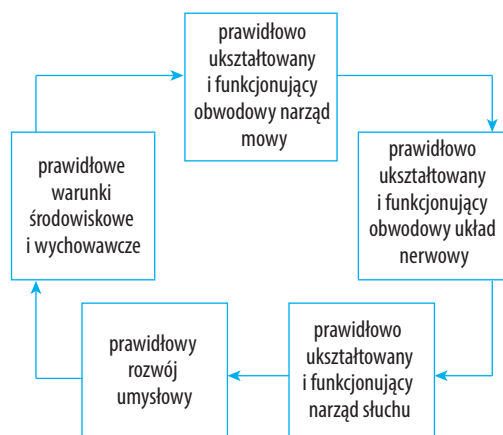
² Wprowadzenie m.in. CPAP (ang. *Continuous Positive Airway Pressure*), wentylacji mechanicznej, zwiększyło przeżycie i stymulowało rozwój intensywnej terapii noworodków w latach 70. i na początku lat 90. XX wieku (Glass, 2015).

³ Podaje się, że w 30% przypadków nie ma możliwości podania rodzicom powodu zaistniałej sytuacji (Chrzan-Dętkoś, 2012).

Prawidłowy rozwój mowy – czynniki warunkujące

Pojęcie mowy jako złożonej czynności realizowanej przy użyciu języka, opartej na sferze biologicznej, psychicznej i społecznej, wskazuje jednocześnie na czynniki warunkujące jej prawidłowy rozwój (Gacka, 2016). Czynniki warunkujące prawidłowy rozwój mowy prezentuje Rycina 1.

Rycina 1. Czynniki warunkujące prawidłowy rozwój mowy



Źródło: Gacka, 2016, s. 21.

Rozwój mowy obejmuje interakcje zachodzące pomiędzy procesami biologicznymi a środowiskowymi doświadczeniami dziecka. Okres przygotowawczy stanowi czas kształtowania się narządów mowy i układów biorących udział w procesie nadawania i odbierania mowy. Elżbieta Stecko (2002) podkreśla, że:

- rozwój każdej funkcji (w tym mowy) trwa od poczęcia;
- po urodzeniu rozwój dziecka jest ciągły, chociaż przebiega skokami;
- każda sprawność zależy od gotowości i dojrzałości układu nerwowego do jej nauczenia się (pojawienie się funkcji przed dojrzałością do niej układu nerwowego jest niemożliwe);
- każde dziecko w tej samej kolejności przechodzi przez wszystkie etapy rozwoju.

Noworodki urodzone o czasie przychodzą na świat z podstawowymi umiejętnościami niezbędnymi do opanowania języka na przykład zdolnością słyszenia dźwięków mowy. Według koncepcji Nayeli Gonzalez-Gomez

(za: Chrzan-Dętkoś, 2016) dla rozwoju mowy dziecka ważny jest już etap wewnątrzmacicznej wrażliwości na prozodyczne cechy języka⁴: akcent i iloczas, związany później z różnicowaniem długości trwania sylab i głosek. Późniejsze rozróżnianie dźwięków mowy pochodzących z otoczenia oraz wytwarzanie wczesnych dźwięków mowy tworzą podstawę rozwoju komunikacji werbalnej.

Do czynników ryzyka wystąpienia nieprawidłowości w rozwoju mowy wcześniaków zalicza się (Gacka, 2016, s. 92):

- krwawienia okołokomorowe,
- hiperbilirubinemię,
- zespół zaburzeń oddychania,
- dysplazję oskrzelowo-płucną,
- niską punktację w skali Apgar,
- zaburzenia ssania i połykania,
- ciężką postać retinopatii.

Do najczęstszych przyczyn zaburzeń mowy dzieci przedwcześnie urodzonych zalicza się (Gacka, 2016, s. 92):

- uszkodzenie układu nerwowego i opóźnienie rozwoju psychoruchowego (umysłowego),
- opóźnienie rozwoju psychoruchowego,
- dysfunkcje w obrębie narządu mowy,
- uszkodzenie słuchu i opóźnienie rozwoju psychoruchowego,
- etiologia nieznana (prawdopodobny czynnik genetyczny lub patologia rozwoju mózgowego).

Praca z dzieckiem urodzonym przedwcześnie wymaga szczególnej wiedzy dotyczącej rozwoju dziecka w życiu płodowym. Znajomość poszczególnych etapów dojrzewania struktur nerwowych pozwala na dokładne zaplanowanie pracy terapeutycznej, a także na wcześniejsze rozpoznanie występujących problemów. Proces dojrzewania ośrodkowego układu nerwowego (OUN) podczas życia prenatalnego przebiega intensywnie. Powstawanie neuronów trwa do 20. tygodnia ciąży. Szacuje się, że około 20. tygodnia życia płodowego następuje proces zaniku nadwyżki komórek nerwowych oraz glejowych – umożliwiający pracę synaps. Destabilizacja

⁴ Judit Geravin (2018) w swoim artykule dotyczącym roli doświadczenia prenatalnego w rozwoju języka podkreśla, że słuch działa już w trzecim trymestrze ciąży, a niemowlęta po raz pierwszy spotykają mowę w łonie matki. Można określić to jako wstęp do późniejszej nauki języka.

przemieszczania się komórek nerwowych oraz glejowych pomiędzy 2. a 6. miesiącem ciąży może powodować niepełnosprawność intelektualną oraz różne postacie padaczki. Kora mózgowa formuje się między 5. a 9. miesiącem życia płodowego, synaptogeneza i mielinizacja mają zaś początek w 8. miesiącu ciąży i trwają do kilkunastu lat po urodzeniu dziecka (Kurowska, 2018). W kontekście wymienionych na rycinie oraz opisanych czynników warunkujących prawidłowy rozwój mowy można stwierdzić, że dzieci urodzone przedwcześnie są narażone na ryzyko wystąpienia nieprawidłowości w zakresie kształtowania się komunikacji językowej (Gacka, 2016). Należy podkreślić, że rozwojowi dziecka nie sprzyjają doświadczenia związane z wielomiesięcznym pobytem w szpitalu, izolacją od najbliższego otoczenia oraz procesem leczenia.

Wczesna interwencja logopedyczna wobec dzieci z porodów przedwczesnych

Wczesna interwencja logopedyczna to podejmowanie działań, które będą zapobiegały powstawaniu nieprawidłowości związanych z rozwojem mowy w późniejszych stadiach rozwoju dziecka. Wskazana jest współpraca logopedy z innymi specjalistami, którzy jako pierwsi mają kontakt z noworodkiem: neonatologiem, pediatrą, neurologiem, położną, doradcą laktacyjnym (Skrzek, 2016). Wczesną wielospecjalistyczną opieką objęte są najczęściej dzieci zagrożone niepełnosprawnością i niepełnosprawne. Katarzyna Kaczorowska-Bray (2012) podkreśla, że znaczną część wskazanej grupy ryzyka stanowią pacjenci:

- urodzeni z powikłaniami ciążowymi i okołoporodowymi, narażeni na niepełnosprawność, ze względu na czynniki dziedziczne bądź choroby matki;
- przedwcześnie urodzeni – gdy poród nastąpił między 22. a 37. tygodniem ciąży;
- z wadami genetycznymi – aberracjami chromosomowymi, których ryzyko wzrasta wraz z wiekiem matki.

Wieloletnia praca z dziećmi przedwcześnie urodzonymi na różnych etapach ich rozwoju (od urodzenia do czasu rozpoczęcia nauki w szkole) pozwoliła na obserwację zmieniającej się roli logopedy w rozwoju ich mowy. Poniższe opracowanie przedstawia najczęstsze problemy

w rozwoju mowy występujące u wcześniaków, a także propozycję działań neurologopedycznych mających na celu zmniejszenie występujących nieprawidłowości.

Opieka logopedyczna/neurologopedyczna rozpoczyna się już na oddziale noworodkowym. Pracę w zespole wraz z neonatologami i pediatrami rozpoczyna się od obserwacji i oceny podstawowych funkcji życiowych dziecka, ze szczególnym zwróceniem uwagi na umiejętność połykania, wydolność oddechową oraz motorykę spontaniczną (Pusz, 2016). Charakterystyczne dla dziecka urodzonego przedwcześnie jest występowanie uogólnionego osłabienia napięcia mięśniowego, co w konsekwencji prowadzi do problemów w przyjmowaniu pokarmu. W sytuacjach, kiedy żywienie drogą doustną jest niemożliwe, stosuje się odżywianie pozajelitowe, podając dożylnie, zazwyczaj do naczyń centralnych, roztwory glukozy, aminokwasów, tłuszczów, witamin. W tym przypadku wskazane jest również podawanie niewielkich ilości pokarmu dożołądkowo (żywienie troficzne) (Gadzinowski, 2014; Pusz, 2016). Kolejnym etapem jest karmienie przez sondę, kiedy mleko matki lub mieszanka są podawane niemowlęciu przez rurkę wprowadzoną przez usta lub nos bezpośrednio do żołądka. Ostatnim etapem jest karmienie piersią/butelką. Logopeda ocenia gotowość dziecka do przyjmowania pokarmu doustnie. Wcześniaki urodzone przed 32.–34. tygodniem ciąży mają trudności z przyjmowaniem pokarmu. Wiąże się to z niepełnym rozwojem umiejętności koordynacji ssania, połykania i oddychania (Pusz, 2016). Brak skoordynowanego ssania – oddychania – połykania powoduje problemy z karmieniem. Wraz z dojrzewaniem struktur neurologicznych, a przede wszystkim mielinizacji centralnego generatora wzorców (ang. *Central Pattern Generator*, CPG) dopiero około 34.–35. tygodnia życia dojrzewa koordynacja ssania – połykania – oddychania (Machoś, 2019). Pełna koordynacja tych procesów jest dowodem osiągnięcia przez wcześniaka dojrzałości neuromotorycznej i wydolności oddechowo-kръżeniowej. Marzena Machoś (2019) wymienia trzy bardzo istotne aspekty oceniające gotowość wcześniaka do pierwszego karmienia: stan kliniczny, stan neuromotoryczny, stan behawioralny. Nieprawidłowości w którymś z wymienionych obszarów mogą zakończyć się: spadkiem saturacji, bezdechem, zakrzepieniem lub aspiracją mleka do płuc. Tabela 3. przedstawia parametry medyczne, które są brane pod uwagę przy ocenie drogi podawania pokarmu.

Tabela 3. Parametry medyczne a czas karmienia drogą doustną

Parametr medyczny	Wpływ na czas karmienia drogą doustną
Wiek urodzeniowy	Wcześnieśnik poniżej 29–30 tygodnia ciąży karmiony jest przez sondę; im wcześniejszy tydzień urodzenia dziecka, tym dłużej dojrzewa gotowość do karmienia.
Masa urodzeniowa	Im niższa, tym częściej wcześniak wymaga wentylacji mechanicznej lub wsparcia oddechowego (co opóźnia inicjację karmienia).
Wydolność krążeniowa	Zaburzenia układu krążeniowego, wady serca, przetrwały odruch Botalla wpływają na późniejszą gotowość do karmienia.
Wydolność oddechowa	Zespół zaburzeń oddychania wymagający tlenoterapii lub wsparcia oddechowego wpływa na czas gotowości do karmienia.
Układ trawienny i wydalniczy	Niedojrzały układ trawienny będzie wpływał na proces rozszerzania diety.
Stan chorobowy	Komplikacje, np. martwicze zapalenie jelit, dysplazja oskrzelowo-płucna, krwawienia (do- i okołokomorowe), wady twarzoczaszki, leukomalacja okołokomorowa (uszkodzenie istoty białej mózgu, napady padaczkowe) – opóźniają pierwsze próby karmienia doustnego.

Źródło: Machoś, 2019.

Role logopedy jest szczegółowe badanie reakcji odruchowych: Babkina, ssania, połykania, szukania, zwierania warg, kąsania, żucia, nasylenia, żuchwowej, otwierania ust, wypychania języka, lizania, optyczno-twarzowej, akustyczno-twarzowej, wymiotnej (Bernatowicz-Łojko, 2013). Ocena logopedyczna niemowlęcia prowadzona jest najczęściej na podstawie „Protokołu oceny umiejętności odruchów ssania” (Nehring-Gugulska i Rubik-Żukowska, 2014). Protokół został opracowany przez lekarzy oraz specjalistów neurologopedów. Narzędzie może być stosowane w ocenie dzieci urodzonych między 37.–42. tygodniem ciąży, a także dzieci przedwcześnie urodzonych. Protokół obejmuje między innymi ocenę budowy narządów jamy ustnej, ocenę odruchowych reakcji ustno-twarzowych, ocenę ssania piersi, ocenę prawidłowej pozycji do karmienia dziecka (Czajkowska, 2016).

Dzieci z porodów przedwcześnie często są nadwrażliwe oralnie. Objawy nadwrażliwości sensorycznej objawiają się często już w okresie niemowlęcym i nierzadko towarzyszą dzieciom przez cały okres opieki WWR.

Do najczęstszych przyczyn nadwrażliwości oralnej u wcześniaków zalicza się (Jakóbiak i Lorens, 2015):

- skrócony czas zdobywania doświadczeń okresu życia płodowego;
- zbyt wczesną aktywność ruchową przeciwko sile grawitacji i mierzenie się ze złożonymi zadaniami oraz z bodźcami zewnętrznymi;
- niedostateczną zdolność samoregulacji poszczególnych układów i ich współdziałania wobec większych wymogów w porównaniu z życiem płodowym;
- czynniki zewnętrzne związane z leczeniem szpitalnym, na przykład sonda, CPAP;
- brak możliwości penetracji wewnątrz jamy ustnej.

Nadwrażliwość oralna może przyczynić się do problemów z odgryzaniem, gryzieniem i żuciem. Jednym z działań terapeutycznych stosowanych w celu minimalizowania nadwrażliwości oralnej jest masaż logopedyczny, na przykład z zastosowaniem koncepcji Castillo Moralesa. Celem tych działań jest między innymi pobudzenie obszarów istotnych dla reakcji mięśniowych, które mają za zadanie wywołanie odruchów, dzięki którym możliwa jest prawidłowa funkcja ssania, połykania, żucia, odgryzania (Jakóbiak, Lorens, 2015). Zaburzeniami wynikającymi z nadwrażliwości oralnej są także: nieprawidłowa praca języka i warg, która skutkować może zaburzeniami artykulacji. Opisane nieprawidłowości wymagają pracy z terapeutą na każdym etapie WWR – od pierwszych miesięcy życia do podjęcia nauki w szkole, a nierzadko towarzyszą dzieciom na dalszych etapach edukacji.

Pacjenci z porodów przedwczesnych mogą mieć również nadwrażliwość słuchową. Nadmierny hałas, którego zwykle doświadczają niemowlęta z Oddziałów Intensywnej Opieki Medycznej (OIOM), naraża je na problemy ze słuchem, językiem i funkcjami poznawczymi. Przedwcześnie urodzone noworodki są szczególnie wrażliwe na hałas, ponieważ ich układ słuchowy znajduje się w krytycznym okresie rozwoju neurologicznego, a nie jest już chroniony przez tkanki matczyne (McMahon, 2012).

U większości przypadków dzieci urodzonych przedwcześnie mowa rozwija się w sposób zaburzony bądź opóźniony i wymaga wczesnych działań terapeutycznych. Ich kontynuacją są zajęcia w ramach WWR. Opóźnienie lub zaburzenie w rozwoju mowy widoczne jest już w 1. roku życia, dlatego ważna jest praca nad komunikacją i rozwijaniem mowy biernej i czynnej.

Podsumowanie

Przedstawione w pracy deficyty wskazują na konieczność objęcia dzieci z porodów przedwczesnych specjalistyczną opieką neurologopedyczną przez cały okres edukacji. Jak podkreśla Magdalena Chrzan-Dętkoś (2016), wczesna interwencja logopedyczna powinna nie tylko koncentrować się na rozwoju zdolności związanych z rozumieniem mowy, przetwarzaniem bodźców językowych i artykulacją, lecz także całościowo obejmować rozwój poznawczy i motoryczny. Objęcie dzieci wczesną interwencją logopedyczną pozwala na wcześniejsze zniwelowanie deficytów rozwojowych. Istnieje potrzeba poszerzania wiedzy dotyczącej rozwoju dzieci z porodów przedwczesnych przez wszystkich specjalistów pracujących w zespołach wczesnej interwencji.

Bibliografia

- Bernatowicz-Łojko, U., Brzozowska-Misiewicz, I., Twardo, M. (2013). Wczesna interwencja – opieka logopedyczna od pierwszych dni życia. W: J. Błęszyński (red.), *Medycyna w logopedii. Terapia, wspomaganie, wsparcie. Trzy drogi – jeden cel* (s. 40–51). Gdańsk: Harmonia Universalis.
- Błęszyński, J., Baczała, D. (2015). *Wczesna interwencja w logopedii*. Gdańsk: Harmonia Universalis.
- Chrzan-Dętkoś, M. (2012). *Wcześnieiki. Rozwój psychoruchowy w pierwszych latach życia*. Gdańsk: Harmonia Universalis.
- Chrzan-Dętkoś, M. (2016). Rozwój dzieci urodzonych przedwcześnie. W: K. Kaczorowska-Bray (red.), *Wczesna interwencja logopedyczna* (s. 162–174). Gdańsk: Harmonia Universalis.
- Cieszyńska, J., Korendo, M. (2014). *Wczesna interwencja terapeutyczna*. Kraków: Wydawnictwo Edukacyjne.
- Cytowska, B., Winczura, B. (2016). *Wczesna interwencja i wspomaganie rozwoju małego dziecka*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Cytowska, B. (2016). Idea wczesnej interwencji i wspomaganie rozwoju małego dziecka. W: B. Cytowska, B. Winczura (red.), *Wczesna interwencja i wspomaganie rozwoju małego dziecka* (s. 15–27). Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Czajkowska, M. (2016). Współpraca fizjoterapeuty i specjalisty wczesnej interwencji logopedycznej w terapii niemowląt z grupy ryzyka. *Forum Logopedyczne*, 24, 153–167.
- Emiluta-Rozya, D. (2007). Opóźniony rozwój mowy a opóźnienie rozwoju mowy. *Poradnik Językowy*, 8, 54–65.
- Gacka, E. (2016). *Zaburzenia rozwoju mowy u dzieci z porodów przedwczesnych*. Gdańsk: Harmonia Universalis.

- Gadzinowski, J., Szymankiewicz, M., Gulczyńska, E. (2014). *Podstawy neonatologii*. Poznań: Oddział Wielkopolski Polskiego Towarzystwa Medycyny Prenatalnej.
- Geravin, J. (2018). The role of prenatal experience in language development. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 21, 62–67.
- Glass, H., Costarino, A., Stayer, S. (2015). Outcomes for Extremely Premature Infants. *Anesthesia&Analgesia*, 120(6), 1337–1351.
- Gonzales-Gomez, N., Nazz, T. (2012). Phonotactic in Healthy Preterm Infants. *Developmental Science*, 15, 886–894.
- Gyoung, Y., Byung-Mo, O. (2019). Association of uncoordinated sucking pattern with developmental outcome in premature infants: A retrospective analysis. *BMC Pediatrics*, 19(1), 1–7.
- Jakóbiak, A., Lorens, G. (2015). Rola wczesnej interwencji logopedycznej w zminimalizowaniu lub zapobieganiu nadwrażliwości oralnej u dzieci przedwcześnie urodzonych. W: J. Bleszyński, D. Baczała (red.), *Wczesna interwencja w logopedii* (s. 71–83). Gdańsk: Harmonia Universalis.
- Kaczorowska-Bray, K., Milewski, S. (2016). *Wczesna interwencja logopedyczna*. Gdańsk: Harmonia Universalis.
- Kaisten, S. (1959). Language Development Among Survivors of Premature Birth. *AMA Archives of Otolaryngology*, 69(2), 131–133.
- Kurowska, K. (2018). Nieprawidłowy rozwój psychomotoryczny dzieci. *Pediatrics i Medycyna Rodzinna*, 14(2), 143–150.
- Machoś, M. (2016). *Ssanie bez tajemnic*. Zabrze: Wydawnictwo GooGoo.
- Marczykowska, I., Koczaja-Styka, W. (2017). Opóźniony rozwój mowy na tle skrajnego wcześniactwa – studium przypadku. *Głos – Język – Komunikacja*, 4, 164–181.
- Masgutowa, S., A. Regner, A. (2009). *Rozwój mowy dziecka w świetle integracji sensomotorycznej*. Wrocław: Continuo.
- McMahon, E., Wintermark, P., Lahav, A. (2012). Auditory brain development in premature infants: The importance of early experience. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 1252(1), 17–24.
- McQuiston, S., Kloczk, N. (2011). Rozwój mowy i języka – monitorowanie przebiegu zaburzenia. *Pediatrics po Dyplomie*, 15, 31–46.
- Nehring-Gugulska, M., Rubik-Żukowska, M. (2014). Protokół oceny umiejętności ssania piersi. *Postępy Neonatologii*, 1(2), 53–65.
- Oleszczuk, O. (2009). Wcześniactwo jako problem medyczny, rodzinny i społeczny. W: A.B. Pilewska-Kozak (red.), *Opieka nad wcześniakiem* (s. 17–26). Warszawa: Wydawnictwo PZWL.
- Pilewska-Kozak, A.B. (2009). *Opieka nad wcześniakiem*. Warszawa: Wydawnictwo PZWL.
- Pusz, B. (2016). Wczesna interwencja i stymulacja rozwoju dziecka na oddziale neonatologicznym. W: K. Kaczorowska-Bray, S. Milewski (red.), *Wczesna interwencja logopedyczna* (s. 300–306). Gdańsk: Harmonia Universalis.
- Regner, A. (2016). Wczesna interwencja logopedyczna zapobiegająca zaburzeniom ustno-twarzowym. W: K. Kaczorowska-Bray, S. Milewski (red.), *Wczesna interwencja logopedyczna* (s. 286–333). Gdańsk: Harmonia Universalis.

- Skrzek, J. (2016). Diagnostyka i terapie funkcji pokarmowych w obrębie okolicy orofacjalnej – połykania, gryzienia i żucia. W: K. Kaczorowska-Bray, S. Milewski (red.), *Wczesna interwencja logopedyczna* (s. 337–354). Gdańsk: Harmonia Universalis.
- Sochocka, L., Kędra, E., Bensch, D. (2017). Planowanie opieki pielęgniarstwa nad urodzonym przedwcześnie noworodkiem z zaburzeniami oddychania wentylowanym mechanicznie. Studium przypadku. *Pielęgniarstwo Polskie*, 2(64), 338–342.
- Stecko, E. (2002). *Zaburzenia mowy dzieci*. Warszawa: Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego.
- Strassmeier, W. (2014). *Interwencja wczesnodziecięca*. Tłum. M. Wojdak-Piątkowska. Gdańsk: Harmonia Universalis.

Dorota Szubstarska

Barbara Bednarska

Specjalistyczny Ośrodek Diagnostyki i Rehabilitacji Dzieci i Młodzieży z Wadą Słuchu Polskiego Związku Głuchych w Gdańsku

NATURALNE PROGRAMOWANIE JĘZYKA WE WCZESNEJ TERAPII LOGOPEDYCZNEJ – PARADOKS TERAPEUTYCZNEJ RZECZYWISTOŚCI

STRESZCZENIE

Najważniejszym zadaniem wczesnej terapii logopedycznej jest wspieranie procesu rozwoju mowy dziecka. Konieczne jest ustalenie paradygmatu postępowania i określenie podstawowych zasobów językowych w zakresie sprawności systemowych i komunikacyjnych dziecka. W proponowanej koncepcji naturalnego programowania języka takim sposobem postępowania logopedycznego jest wychowanie językowe. Zostało ono oparte na autorskiej metodzie *Dialogu i Narracji*, a także wydanych pomocy dydaktycznych o charakterze minimum leksykalnego sygnowane znakiem *Świat Opowiadany*.

Słowa kluczowe: wczesna terapia logopedyczna, programowanie języka, wychowanie językowe, narracja, dialog

Natural language programming in early speech therapy – a paradox in therapy practice

ABSTRACT

The most important task in the early speech therapy is to support the child's speech development. It is essential to establish the paradigm of conduct and to conceptualize the primary language resources of systemic and communicative skills. This paper describes language education as the paradigm of conduct in speech therapy in the concept of natural language programming. The author has developed the original program of language education within the Dialogue and Narrative method accompanied by the original published lexical materials entitled *Świat Opowiadany (The World as We Tell It)*.

Keywords: early speech therapy, language programming, language education, narrative, dialogue

Wprowadzenie

We współczesnym świecie wielodyscyplinarność w logopedii jest faktem i zarazem perspektywą holistycznego podejścia do pacjenta. We wczesnej interwencji logopedycznej wydaje się ona w oczywisty sposób koniecznością. Wczesna interwencja dotyczy okresu intensywnego rozwoju psychoruchowego dziecka, czyli wieku od narodzin do 6. roku życia. Sfer rozwojowych rozdzielić się nie da i każda wczesna terapia musi ten fakt uwzględnić. Jednocześnie jednak owo wielospecjalistyczne postępowanie powinno odbywać się w poszanowaniu kompetencji poszczególnych specjalistów.

Podstawowym zadaniem logopedy we wczesnej terapii logopedycznej, obejmującej pracę z dziećmi do 6. roku życia jest szeroko rozumiana pomoc w nabywaniu mowy. Takie też są zazwyczaj oczekiwania rodziców. Małe dziecko trafia pod opiekę logopedy po to, by czuwał on nad procesem rozwoju mowy, czyli, powtarzając metaforycznie za profesor Plutą-Wojciechowską (2011) nad procesem „rodzenia się dziecka mówiącego”. Szczegółowo określone cele i zadania logopedy w obszarze wczesnej pomocy logopedycznej są zależne od wstępnej diagnozy logopedycznej, stanu i poziomu rozwoju dziecka. Wydaje się jednak, że bez względu na te różnice należałoby ustalić jeden wspólny paradygmat programowania językowego jako standardu postępowania. Powinien on być na tyle szeroki i uniwersalny, by pomieścić rozmaite modyfikacje wynikające z różnych patomechanizmów i uwarunkowań zaburzeń mowy oraz indywidualnych potrzeb dzieci. Jest to możliwe jedynie pod warunkiem odniesienia paradygmatu programowania językowego do naturalnych mechanizmów i etapów rozwoju mowy. Wobec tak postawionej tezy rodzą się dwa pytania.

Po pierwsze: czy we wczesnej terapii logopedycznej w ogóle potrzebne jest programowanie, szczególnie wtedy, gdy mówimy o tak wyjątkowym procesie, jakim jest rozwój mowy dziecka? Po drugie zaś: jeśli konieczne jest programowanie językowe, to czy może (paradoksalnie) być ono naturalne?

Programowanie języka

Programowanie terapii to stosowanie określonych standardów i strategii postępowania, „[...] ma wyzwolić logopedę od intuicyjnej postawy, niestety obecnej w praktyce, a zawartej choćby w często stosowanej

formule: ‘jak się pracuje z człowiekiem, to zawsze coś się zrobi’” (Grabias, 2015, s. 14). Jedną z ważniejszych strategii logopedycznych jest *programowanie języka*. Łatwo nam zastosować ten termin w glottodydaktyce. W odniesieniu do procesu nabywania mowy pojęcie to nabiera nieco paradoksalnego brzmienia. Choćby dlatego, że proces ontogenezy języka mimo wielu wysiłków badawczych wymyka się spod pełnej możliwości jego zrozumienia. „Język pojawia się w umyśle ludzkim bez udziału świadomości i funkcjonuje niezauważalnie. Stosujemy go jak dane nam w prezencie narzędzie i trzeba doprawdy głębokiego namysłu, by zauważyć, że istnieją mechanizmy jego funkcjonowania” (Grabias, 1994, s. 284). Przystawianie mowy jest czymś naturalnym wówczas, gdy rozwój dziecka przebiega w niezakłócony sposób. Wówczas wystarczające jest w pełni intuicyjne działanie. Dorosły dostraja się do poznawczych potrzeb dziecka. Stosuje przy tym nieuświadomione i kulturowo przyjęte strategie językowe. „Dorosły jest zatem niezwykłym nauczycielem, gdyż w toku interakcji z dzieckiem udostępnia mu swoje intencje i umysł, co umożliwia małemu człowiekowi rozpoczęcie aktywnego przyswajania języka” (Pluta-Wojciechowska, 2011, s. 202).

W opozycji do naturalnych mechanizmów mowy stawia się programowanie języka. Termin jako pierwszy zastosowano w surdologopedii (zob. Grabias, 1994). Według Ewy Muzyki-Furtak (2015, s. 202) „[...] programowanie języka oznacza [...] ułożenie takiego programu kształcenia językowego, który umożliwiłby opanowanie języka, czyli poszczególnych znaków z różnych poziomów jego organizacji wraz z zasadami rządzącymi ich łączeniem. Celem zabiegów dydaktycznych jest nauczenie budowania zdań poprawnych”. Do tej definicji autorka dodaje jeszcze weryfikację sprawności językowych, czyli kształcenie kompetencji komunikacyjnych.

Obecnie programowanie językowe coraz częściej jest postrzegane w znacznie szerszym aspekcie. Z praktycznego punktu widzenia programowanie języka jest szczególnie ważną strategią postępowania logopedycznego w przypadku zaburzeń mowy związanych z niewykształconymi sprawnościami percepcyjnymi oraz rozpadem kompetencji językowej i komunikacyjnej (zob. Grabias, 2015). Posługując się typologią opracowaną przez Halinę Mierzejewską i Danutę Emilutę-Roza, programowanie języka można przypisać do postępowania w przypadkach przede wszystkim: niedokształcenia mowy pochodzenia korowego, niedokształcenia mowy towarzyszącego niepełnosprawności intelektualnej, niedokształcenia mowy w autyzmie,

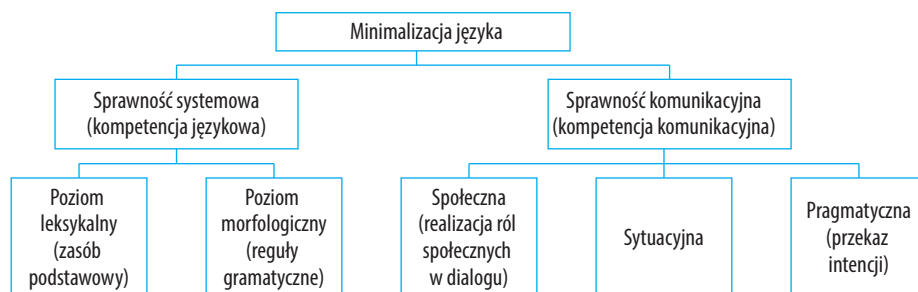
niedokształcenia mowy z powodu niedosłuchu, środowiskowego ograniczenia mowy (zob. Emiluta-Rozya, 2008).

Programowanie językowe odnosi się do okresu rozwoju mowy. Termin jest często stosowany w terminologii logopedycznej, należy jednak zauważyć, że brak jest jasnej i spójnej definicji, brak również określonego uniwersalnego modelu postępowania.

Minimalizacja zasobów językowych

W literaturze przedmiotu podaje się konkretne, istotne wytyczne co do programowania językowego jako strategii postępowania logopedycznego (Cieszyńska-Rożek, 2013; Grabias, 1994; Muzyka-Furtak, 2015). Najważniejsze i najobszerniej opisane są zasady minimalizacji zasobów językowych. W ujęciu Stanisława Grabiasa (1994) minimalizacja dotyczy wszystkich poziomów zorganizowania systemu językowego, poza poziomem fonologicznym (którego z oczywistych względów nie można w żaden sposób ograniczyć). Ważne jest ustalenie minimum leksykalnego uwzględniającego społeczny kontekst użytkowania języka oraz towarzyszących owemu minimum najbardziej typowych struktur fleksyjnych i składniowych. Za równie istotne uznaje Grabias (1994) zminimalizowanie językowych układów interakcyjnych w zakresie sprawności społecznej, sytuacyjnej i pragmatycznej.

Schemat 1. Minimalizacja języka według Stanisława Grabiasa



Źródło: opracowanie własne na podstawie: Grabias, 1994.

Posiadanie minimalnych zasobów językowych w znaczeniu konkretnego materiału dydaktycznego, czyli konkretnego programu językowego

do wykorzystania w praktyce, jest marzeniem logopedów pracujących z małym dzieckiem. Dlatego temat ten od lat pojawia się w pracach teoretycznych oraz w konkretnych rozwiązaniach praktycznych. W postulatach dotyczących ustalenia minimum językowego dla celów wczesnej logopedii przywołuje się doświadczenia glottodydaktyków, szczególnie w odniesieniu do wczesnej nauki języka obcego przez dzieci. Z uwagi na różnice w nabywaniu języka prymarnego i uczeniu języka obcego przydatność tych doświadczeń ma swoje ograniczenia, chociaż niewątpliwie są one zbieżne w wielu aspektach (zob. Ciszewska-Psujek, 2018). Mniej przydatne dla logopedów praktyków są odesłania do słowników, korpusów językowych, list frekwencyjnych (zob. Muzyka-Furtak, 2015). Należy pamiętać, że język jest bytem żywym i kryterium frekwencyjności ulega pewnej dezaktualizacji (szczególnie w dzisiejszym, szybko zmieniającym się świecie). Obecnie w dostępie sieciowym znajdują się aktualne korpusy języka polskiego stanowiące rodzaj językowego minimum. Z całą pewnością takie narzędzia są niezbędne dla badaczy, jednak w codziennej praktyce logopedycznej nie znajdują bezpośredniego zastosowania.

Pośród sprawdzonych w praktyce pozycji pomocy o charakterze minimum leksykalnego wymienić należy przede wszystkim przemyślany metodycznie i bogaty słownikowo zbiór: *Od obrazka do słowa* (Rodak, Nawrocka, 1995). Zawiera on obrazki ilustrujące różne części mowy (z przewagą rzeczowników) uporządkowane tematycznie oraz plansze do opowiadania. Pozycja była wielokrotnie wznawiana i wciąż cieszy się wśród praktyków zasłużoną popularnością.

Programowanie językowe jest elementem Metody Krakowskiej (zob. Cieszyńska-Rożek, 2013). „Programowanie języka jest techniką kształtowania początków komunikacji językowej w oparciu o paradygmat słownikowy, gramatyczny i składniowy” (Cieszyńska-Rożek, 2013, s. 324). Programowanie rozumiane jest w tym ujęciu jako określony porządek wprowadzania słów i gramatyki, czyli budowania minimum gramatycznego i leksykalnego.

Dotychczasowe próby opisanie i praktycznej weryfikacji zasobów językowych przydatnych we wczesnej terapii logopedycznej nie wyczerpują spojrzenia na minimalizację proponowaną przez Stanisława Grabiasa (1994). Większość z nich koncentruje się na sprawności systemowej i segmentalnej warstwie językowej.

Perspektywa naturalnych dróg rozwoju

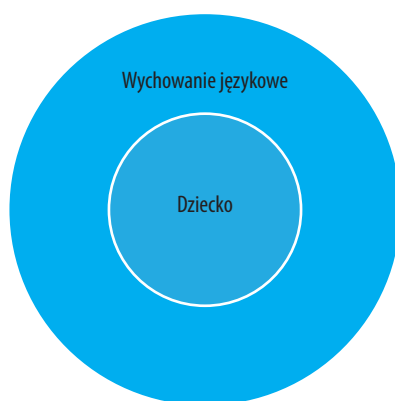
Inną perspektywę dla programowania językowego przedstawia Jolanta Panasiuk (2015). „Zasadą w programowaniu języka dziecka jest odwołanie się do praw warunkujących jego przyswajanie przez dzieci zdrowe” (Panasiuk, 2015, s. 354). Ta zasada kieruje uwagę ku podstawom komunikacji prewerbalnej opartej na czytelnym kontekście, mowie ciała oraz bogatej prozodii mowy. Istotny staje się dialog z dzieckiem, zabawy naśladujące czynności znane z codziennego życia, tworzenie szerokiego polimodalnego kontekstu dla mowy. W postępowaniu terapeutycznym ważna jest semantyczność (praca na językowym materiale znaczącym) oraz posługiwanie się przekazem kulturowym – tematyką odwołującą się do poznawczych i emocjonalnych potrzeb dziecka.

Podobny kontekst odniesienia znajdujemy w koncepcji „rodzenia się dziecka mówiącego” Pluty-Wojciechowskiej (2011, s. 196). „Terapię logopedyczną można [...] rozumieć jako rodzaj uczenia kulturowego, które naśladując naturalną drogę przyswajania języka, jednocześnie wykorzystuje specjalne zabiegi ułatwiające ten proces, ponieważ naturalna droga jest niewystarczająca”. Ta niezwykle trafna definicja uwzględnia paradoks terapeutycznej rzeczywistości, wpisując programowanie językowe – jako „specjalny zabieg” postępowania logopedycznego – w perspektywę naturalnych dróg rozwoju mowy. W tym miejscu należy przywołać pojęcie *wychowania językowego*, które w przeciwieństwie do terminu *programowanie języka* nie jest obecnie popularne. Pojęcie wychowania językowego w literaturze przedmiotu wiąże się z Janiną Wójtowiczową (1997), która propagowała ideę wychowania językowego jako świadomego postępowania dorosłych wobec dzieci – kształtowania prawidłowych wzorców językowych, kultury słowa, bogacenia słownictwa. Wójtowiczowa postulowała stosowanie wychowania językowego w odniesieniu do wszystkich dzieci, by zapobiegać powstawaniu opóźnień i zaburzeń w rozwoju mowy.

Nieco inaczej definiuje to pojęcie Kazimiera Krakowiak (2012, s. 54), określając wychowanie językowe jako jeden z podstawowych filarów surdologopedii. Według tej badaczki „[...] wychowanie językowe jest to całość działań pedagogicznych i logopedycznych zmierzających do stworzenia warunków, które umożliwiają dziecku z uszkodzeniem słuchu przyswojenie języka prymarnego (pierwszego, ojczystego, macierzystego, rodzimego”. Ta definicja jest bardzo bliska naszemu rozumieniu

wychowania językowego, trafnie oddaje filozofię postępowania terapeutycznego w metodzie *Dialogu i Narracji*. Pojęcie wychowania językowego stawia dziecko w centrum działań dorosłych, traktowane jest ono jako podmiot (zob. Schemat 2.). Dorośli kształtują środowisko językowe dziecka, aby było najbardziej optymalne do rozwoju mowy. Ma ono umożliwić rozwój na tyle, na ile jest on możliwy w odniesieniu do konkretnego dziecka. Pojęcie wychowania językowego ma w sobie dużo logopedycznej pokory, dużo więcej niż pojęcie programowania języka. Jednocześnie pokazuje obszar działania – „tworzenia warunków” do nabywania języka przez dziecko.

Schemat 2. Dziecko w centrum wychowania językowego



Źródło: opracowanie własne.

Należy przy tym pamiętać, że sam proces nabywania mowy wymyka się spod pełnej kontroli logopedycznej. Oznacza to, że logopeda towarzyszący dziecku w procesie rozwoju językowego (w zależności od stanu mowy dziecka, patomechanizmów, głębokości zaburzeń rozwojowych) ma większy lub mniejszy udział w stymulacji rozwoju mowy. W praktyce zdarza się, że w pewnym momencie terapii logopedycznej rozwój mowy wkracza na naturalne tory i rola logopedy jako „niezwykłego nauczyciela języka” zmienia się lub kończy. Specyficzna, indywidualna dynamika rozwoju mowy dziecka często nie poddaje się programowaniu języka z zastosowaniem sztywnych reguł. Poza tym w pojęciu wychowania językowego akcentuje się istotę świadomej postawy językowej osoby dorosłej – logopedy. Dziecko powinno rozwijać język intuicyjnie, spontanicznie. Nawet wtedy, gdy rozwój ten przychodzi z trudem. Dzieci „[...] rozumieją, kiedy

wchodzisz z nimi w autentyczną interakcję, a kiedy chodzi ci tylko o to, by skłonić je do mówienia. [...] Motywacja do komunikacji jest wewnętrzna, bierze się z pragnienia kontaktu z innymi ludźmi i dążenia do satysfakcji, która z tego wynika” (Weitzmann i Greenberg, 2014, s. 78). Fakty powyższe należy uwzględnić w programowaniu terapii logopedycznej.

Z punktu widzenia praktyka we wczesnej terapii logopedycznej (dotyczącej dzieci z różnymi zaburzeniami w zakresie rozwoju mowy) naturalne procesy i programowane strategie działania łączą się ze sobą. Wychowanie językowe, a więc tworzenie warunków do rozwoju mowy powinno mieć każdorazowo charakter uniwersalnego postępowania. Ta teza prowadzi do koncepcji naturalnego programowania języka w znaczeniu wychowania językowego jako uniwersalnej strategii postępowania logopedycznego, przy czym kwestie terminologiczne z całą pewnością wymagają uporządkowania, uściślenia i zdefiniowania.

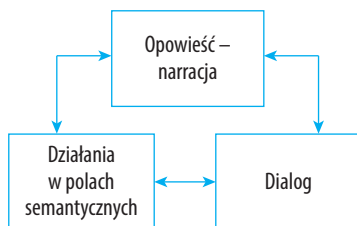
Naturalne programowanie języka – autorska koncepcja wychowania językowego oparta na metodzie *Dialogu i Narracji*

Autorska koncepcja wczesnej terapii logopedycznej opartej na *Dialogu i Narracji* (DiN) (Szubstarska i Bednarska, 2015; Szubstarska, 2019) stosowana jest w Specjalistycznym Ośrodku Diagnostyki i Rehabilitacji Dzieci i Młodzieży z Wadą Słuchu Polskiego Związku Głuchych w Gdańsku od końca lat 90. XX wieku. Ma rodowód surdologopedyczny, ale od wielu lat stosowana jest w terapii zaburzeń mowy, które występują w okresie rozwoju mowy dziecka. Na podstawie tej metody powstała seria publikacji – konkretnych pomocy dydaktycznych, które stanowią zbiór językowy o charakterze minimum leksykalnego. Materiały zostały wydane przez gdańskie Wydawnictwo Harmonia i mają swój tytuł oraz logo – Świat Opowiadany. Program językowy metody został opisany w podręczniku *Dialog i Narracja. Co się mieści w opowieści. Praktyczny podręcznik wychowania językowego zapisany w 12 opowieściach* (Szubstarska, 2019).

Metodyka pracy logopedycznej DiN opiera się na założeniu, że prymarny wobec działań językowych jest aspekt poznawczy rozwoju

dziecka. Przystawanie mowy macierzystej odbywa się poprzez działanie i aktywne poznawanie świata. Założenie takie zaczerpnięte zostało z eksperymentu pedagogicznego francuskiej terapeutki mowy Danielle Bouvet opisanego w książce *Mowa dziecka. Wychowanie dwujęzyczne dziecka niesłyszącego* (1996). Sposób postępowania w metodzie DiN to trzy komponenty paradygmatu (Schemat 3.), dzięki którym planowanie zajęć przekłada się na wychowanie językowe, czyli naturalne programowanie językowe. Istotną jest ich spójność tematyczna, a zarazem językowa. Dodatkową wartością jest sprzężenie modelu z **jednoczesnym** oddziaływaniem w obrębie trzech głównych kompetencji użytkownika języka – językowej (systemowej), komunikacyjnej oraz kulturowej (zob. Grabias, 1994).

Schemat 3. Schemat naturalnego programowania językowego – komponenty paradygmatu wychowania językowego



Źródło: opracowanie własne.

Komponent pierwszy – opowieść, czyli narracja

Narracja jako narzędzie językowe jest bezcennym, choć naszym zdaniem zdecydowanie niedocenianym elementem wczesnej terapii logopedycznej. W zasobach *Świata Opowiadanego*¹ znajduje się obecnie 46 różnych scenariuszy obrazkowych do opowiadania dzieciom. Opowieści są krótkie, jednowątkowe i różnorodne gatunkowo i treściowo. Dzięki czytelnym obrazkom łatwo je opowiedzieć. Dla dzieci najmłodszych

¹ Przez pojęcie *Świata Opowiadanego* w niniejszym artykule rozumiemy zbiór publikacji sygnowanych tym znakiem wydanych przez Wydawnictwo Harmonia w latach 2014–2019 (pełna bibliografia pod tekstem).

lub dzieci ze znacznymi deficytami językowymi opowiadanie musi być krótkie, z dużą liczbą powtórzeń. Minimalizacja środków językowych w mowie opowieściowej jest konieczna z punktu widzenia możliwości małego partnera – słuchacza. Do wszystkich scenariuszy obrazkowych *Świata Opowiadanego* dołączono zapis propozycji mowy opowieściowej w najbardziej uproszczonej/zminimalizowanej formie. Należy przy tym zauważyć, że jest to minimalizacja zgodna z zasadą sformułowaną przez Kazimierę Krakowiak (2012, s. 363) „jak najmniej, ale wszystko, co konieczne”. Istotą wychowania językowego jest tworzenie właściwego środowiska językowego i warunków do jego przyswajania. „Chodzi bowiem o to, aby dziecko mogło od samego początku poznawać pełny, tj. zawierający wszystkie składniki, system językowy [...], a zarazem o to, aby mogło znaleźć dostęp do tego systemu, nauczyć się rozpoznawać elementy i operować nimi” (Krakowiak, 2012, s. 363). Te warunki zapewnia właściwie zorganizowana narracja. Treści scenariuszy, w ich narracyjnym kształcie, powinny być czytelne dla małych dzieci, nawet tych z ograniczeniami w rozumieniu mowy. Czytelność przekazu opiera się dodatkowo na kontekście obrazkowym oraz na pozawerbalnych środkach przekazu i bogatej prozodii mowy, czyli środkach charakterystycznych dla komunikacji prewerbalnej. Bazując na takiej formie przekazu, dziecko ma łatwiejszy dostęp do segmentalnej warstwy językowej.

Mowa opowieściowa jest pewnego rodzaju soczewką skupiającą wszystkie aspekty mowy. Zachowuje przy tym duże podobieństwo do potocznego języka. Zawiera elementy trudne do zaprogramowania w ćwiczeniach językowych, na przykład wyrażenia, onomatopeje wyrażające uczucia, zwroty potoczne lub konstrukcje zdań złożonych, charakterystyczne dla mowy potocznej. Opowieść, czyli narracja ma duży ładunek emocji. Angażuje uwagę opowiadającego i słuchacza w doświadczenie narracyjne, podobne do tego, jakiego doświadczamy, czytając powieść lub oglądając film. Wytwarza się przy tym związek między słuchającym i opowiadającym oraz tworzy się naturalne pole wspólnej uwagi.

Różnorodność tematyczna i gatunkowa proponowanych scenariuszy przekłada się na ich językową formę. Są w *Świecie Opowiadanych* bajki i baśnie, adaptacje obrazkowe tekstów literatury dziecięcej, wymyślone historie i opowieści z codziennego życia. Opowieści, minimalistyczne w formie, pozwalają na przekaz trudniejszych treści. Są to często treści ważne z wielu punktów widzenia, także kulturowych.

Przykładem scenariusza obrazkowego jest opowieściowa adaptacja wiersza Aleksandra Fredry *Paweł i Gawł*, która znajduje się w publikacji *Nowy Świat Opowiadany* (Szubstarska i Bednarska, 2015). Proste ilustracje zostały zobrazowane za pomocą dwóch kolorów: ubranie i mieszkanie Pawła jest niebieskie, Gawła – czerwone. Dzięki takiemu zbiegowi obrazki są dla dzieci bardzo czytelne.

Oto opowieściowa adaptacja znanego wiersza Aleksandra Fredry *Paweł i Gawł* (wersja zminimalizowana)

To jest Paweł, a to Gaweł. Mieszkają w jednym domu. Paweł mieszka na górze **O!** tutaj. (wskazujemy na obrazku) Gaweł mieszka na dole. Tu. (wskazujemy na obrazku)

Paweł siedzi sobie spokojnie i czyta. Ale co to? Jak głośno. **Ojej!** Jaki hałas... A tam na dole... **Bum, bum!** Gaweł biega, tupie, **tup, tup, tup...** Gaweł przewraca meble **bach, bach...**, strzela **pif-paf...** **Oj** jak głośno!

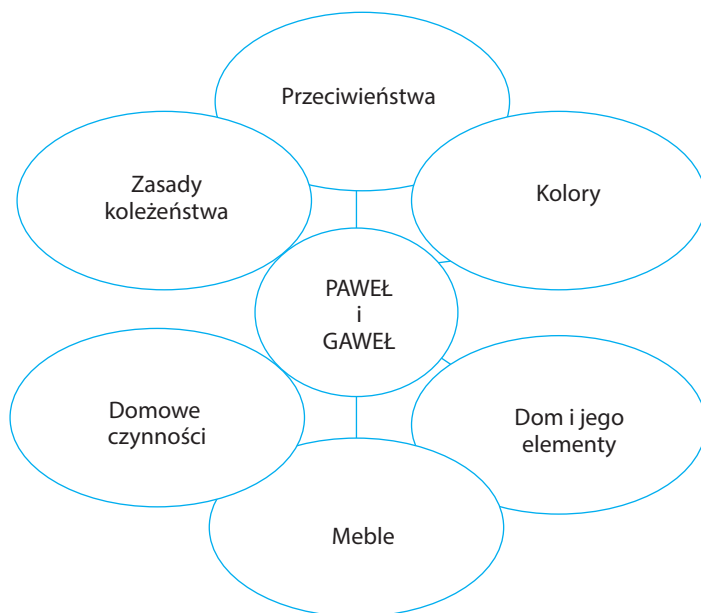
Paweł schodzi na dół i puka: **puk, puk**. Paweł mówi do Gawła: „Proszę, bądź cicho. Głowa mnie boli”. Ale Gaweł mówi: „Nie będę cicho, to mój dom i mogę robić to, co chcę! **Ha, ha, ha. Tratatata**”.

A teraz Gaweł śpi, **chrr, chrr...** Nagle... **Kap, kap...** **Oj, oj!** Co to? Coś kapie na nos Gawła. „Nie mogę spać” – myśli Gaweł.

Gaweł biegnie na górę i puka głośno, **puk, puk**. Patrzy: Co to? Paweł łowi ryby!!! Gaweł krzyczy: „Przestań, woda kapie mi na nos!”. Ale Paweł mówi: „No to co? To mój dom i mogę robić to, co chcę. **Ha, ha, ha**”.

O! Paweł i Gaweł mówią: „Ty i ja musimy żyć w zgodzie, jeden dla drugiego powinien być dobry!”.

Każda opowieść otwiera różnorodne pola semantyczne, które są efektem bliższych lub dalszych skojarzeń z treścią opowieści (Schemat 4.). Wiążą się one z bohaterami, wątkami, czasem, miejscem lub okolicznościami akcji. Mogą również dotyczyć nauki płynącej z opowieści. Pola semantyczne determinują temat zajęć. Zasada spójności tematycznej jest istotna z językowego punktu widzenia. Pozwala na liczne powtórzenia, ważne dla dziecka z zaburzoną lub opóźnioną mową. To ważny aspekt wychowania językowego i programowania terapii logopedycznej.

Schemat 4. Przykładowe pola semantyczne opowieści *Paweł i Gawel*

Źródło: opracowanie własne.

W terapii logopedycznej małych dzieci pola semantyczne kojarzy się ze zbiorami słownikowymi dotyczącymi najbliższego otoczenia dziecka oraz jego doświadczeń. Mogą być nimi między innymi rodzina, dom i jego wyposażenie, ubiory, jedzenie, zwroty grzecznościowe, las i jego mieszkańcy, łąka i jej mieszkańcy, zawody/zajęcia, świętowanie, kolory, pogoda, zwierzęta, przeciwieństwa, środki lokomocji, podróże, zabawy i zabawki, czynności domowe, pory roku. Tematy zajęć ustala się w sposób usystematyzowany, adekwatnie do doświadczeń i emocji dziecka – by utrwalać słownictwo i je w sposób planowy wzbogacać.

Komponent drugi – działania językowe w polach semantycznych

Pola semantyczne otwierają przestrzeń do działania ze słowami. Mają one charakter programowania ćwiczeń o charakterze leksykalno-składniowym. Praktycznym rozwiązaniem dla tego komponentu, a zarazem realizującym postulat minimalizacji zasobów leksykalnych jest sygnowana

znakiem *Świata Opowiadanego* seria pomocy *Słowa w akcji* (Szubstarska, 2016, 2017a–f) – siedem części z zakresami słownikowymi pogrupowanymi tematycznie:

- Warzywa, owoce i inne smakołyki
- Łąka, las, jezioro
- Potrawy w kuchni i restauracji
- Ubrania, zabawki i przybory szkolne
- Wyposażenie domu
- Zabawa, podróże, sport
- Zwierzęta w domu, w zoo i na podwórku.

Zbiór ten zawiera w sumie 288 obrazków nominacyjnych (rzeczowniki) wybranych jako odpowiedź na zadane przez autorki pytanie: jakie elementy z danego zbioru dziecko poznaje w najbliższym otoczeniu? Są to słowa (i desygnaty) najbardziej podstawowe, dostępne dziecięcemu poznawaniu świata w znaczeniu potocznym, oparte na codziennych doświadczeniach. Istotą *Słów w akcji* są jednak przede wszystkim plansze. Dzięki nim obrazki nominacyjne uczestniczą w działaniach – różnorodnych, symbolizujących w sposób bardzo prosty znane dzieciom sytuacje. Plansze uwzględniają aspekt pragmatyczny, a wybór sytuacji to inspiracje związane z codziennością. Zostały one przemyślane pod kątem źródeł mowy dziecięcej. A zatem są odpowiedzią na pytania: skąd dziecko czerpie wiedzę o danym zbiorze? W czym uczestniczy? Co jest dla dziecka atrakcyjne? W co lubi się bawić? Jakie sytuacje zna z książeczek, bajek? Prymary wobec innych kryteriów jest zatem aspekt poznawczy.

Plansze mogą tworzyć dłuższe lub krótsze sekwencje czasowe jako następujące po sobie czynności/zdarzenia. I tak na przykład w zakresie słownikowym *warzywa* dzięki planszom: *pole*, *traktor*, *wóz dostawczy*, *sklep* odtwarzamy sekwencję zbierania warzyw, przewożenia, dostawy i zaopatrzenia sklepu warzywnego. W innej wersji akcji za pomocą planszy: *sklep*, *koszyk*, *kasa*, *stół* odtwarzamy działania dotyczące kolejnych czynności podczas dokonywania i rozpakowywania zakupów. W jeszcze innej wersji, plansze: *stół*, *kran*, *deska do krojenia*, *garnek* dają możliwości imitacji zabawy w kuchenne czynności związane z przygotowywaniem zupy warzywnej. Możliwości jest wiele. Seria zawiera 113 plansz pozwalających tworzyć wiele różnych sytuacji oraz ich sekwencji.

Słowa w akcji są częścią *Świata Opowiadanego*. Plansze zawierają więc również odniesienia do konkretnych opowieści – scenariuszy

obrazkowych. Znajdziemy na nich na przykład *Calineczkę*, która jednych mieszkańców łąki lubi, innych się boi. Są również pośrednie i bezpośrednie odniesienia do opowieści *Paweł i Gawł*. Dzięki planszom możemy zrobić z Pawłem i Gawłem zakupy w salonie meblowym, urządzić przeprowadzkę i umeblować mieszkania obu bohaterów. Używanie *Słów w akcji* na zajęciach logopedycznych sprowadza się zatem do wyboru zestawu leksykalnego (spośród obrazków nominacyjnych) oraz sytuacji jego użycia (planszy) w zależności od możliwości językowych dziecka. Należy w tym miejscu zauważyć, że minimalizacja w zakresie leksyki łączy się z minimalizacją odniesień sytuacyjnych – plansze bowiem dotyczą najczęstszych sytuacji poznawczych, w których dziecko na co dzień uczestniczy albo je obserwuje (również w książeczkach czy filmach). Konsekwencją działania za pomocą słów i zaangażowania ich w zależność sytuacyjną jest naturalne tworzenie struktur językowych najczęściej przez dziecko słyszanych, odbieranych i przyswajanych. Większość plansz *Słów w akcji* odwołuje się do najprostszych czynności. A zatem mamy do czynienia ze zbiorem najbardziej podstawowych czasowników opisujących codzienne działania – te najczęstszych w otoczeniu dziecka. Czasownik jako element zdaniotwórczy pozwala nam tworzyć wiele struktur składniowych. Najprostsze to schematy ze zmiennym podmiotem lub/i dopełnieniem. Źródłem czasownika jest plansza konotująca działanie, na przykład sitko i kran sugeruje czasownik *myć*. Zmiennym dopełnieniem będą wybrane owoce lub warzywa. Podmiot wybieramy umownie (w *Słowach w akcji* mamy postaci dzieci, którym możemy nadać imiona). Podobne zasady dotyczą innych, bardziej złożonych zagadnień językowych. Układanie i urządzanie przestrzeni (np. meblowanie domu Pawła i Gawła) wymaga używania wyrażen przyimkowych. Odbywa się to wprawdzie na płaskich płaszczyznach kartki, ale dla dzieci dość czytelnie imitujących przestrzeń.

W działaniach ze słowami istnieje wiele możliwości wybierania, ustalania swoich upodobań, umawiania się, co do kogo należy. I tak na przykład kupowanie, zamawianie dań w restauracji, układanie ubrań w szafie to znakomite okazje do używania zaimków dzierżawczych (moje, twoje) lub osobowych w wyrażeniach przyimkowych (dla mnie, dla ciebie). Ciągi plansz pokazujące pewne sekwencje postępowania (np. kupowanie, krojenie warzyw, mieszanie sałatki) to z kolei okazja do stosowania form czasu przeszłego i przyszłego. Plansze dają wiele możliwości do zaplanowania językowych ćwiczeń kategorii czasu.

Te wymienione powyżej ćwiczenia/działania językowe to jedynie ilustracja części możliwości zastosowania *Słów w akcji*. Ich wybór, ustalenie kolejności i celowość działania jako element techniki programowania językowego należy do logopedy. Takie decyzje zależą także od indywidualnych potrzeb danego dziecka. *Słowa w akcji* skierowane są do dzieci z różnymi zaburzeniami mowy (i rozwojowymi).

Komponent trzeci: dialog

W metodzie DiN dyskurs z dzieckiem oparty jest na autentycznym kontakcie. Opowieść i doświadczenie narracyjne pozwala na niewymuszone, autentyczne zbudowanie pola wspólnej uwagi. Daje też możliwości prowadzenia dialogów na podstawie fabuły opowieści. Są to rozmowy o różnym zabarwieniu emocjonalnym. Z naszej praktyki logopedycznej wynika, że opowieść tworzy dobry klimat i tematyczne tło dla dialogu. Wejście w dialog znajduje realny i czytelny kontekst jako punkt wyjściowy. W potocznym znaczeniu możemy go określić zwrotami: „mamy o czym rozmawiać” i „wiemy, o czym rozmawiamy”. Mimo pozornej banalności tych stwierdzeń są one bardzo ważne, szczególnie w dialogu z dzieckiem niemówiącym, o znacznych opóźnieniach w rozwoju mowy. Takie dzieci doświadczają na co dzień wielu niepowodzeń i nieporozumień w komunikowaniu się. Skazane są często na wtórne deficyty w sferze poznawczej, nie zawsze rozmawia się z nimi na tematy adekwatne do ich zainteresowań.

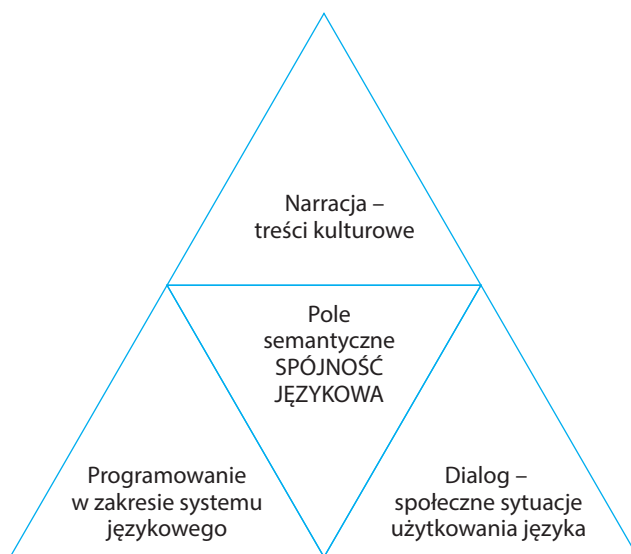
Prowadzenie dialogu jako naprzemiennych, adekwatnych wypowiedzi powinno być świadomym i celowym działaniem logopedy. Należy w tym miejscu zauważyć, że istotą dialogowości opartej na narracji jest silne nacechowanie autentycznymi emocjami. Nie chodzi przy tym o ich nadzwyczajność (może się ona zdarzyć na przykład przy okazji opowiadania bajek), ale o ich zwyczajność. Są to emocje związane z codziennym uczestnictwem w życiu. Narracyjne odniesienie otwiera możliwości budowania dialogu na wielu różnych poziomach. Można go poprowadzić przy minimalnych zasobach leksykalnych, budując dyskurs na prozodii i pozawerbalnych zachowaniach dziecka. Perspektywa wychowania językowego nie sprowadza się wyłącznie do dialogu werbalnego, ale doceniając rolę dziecka jako świadomego rozmówcy, czasem niedysponującego językiem w ogóle. Można też oczywiście w miarę potrzeb dziecka

rozbudować dialog w powtarzające się sekwencje trudniejszych zwrotów lub pojęć.

Dialogi sytuacyjne o różnym charakterze zawierają się również w działaniach za pomocą słów. Okazją do dialogów jest korzystanie z planszy imitujących codzienne czynności (*Słowa w akcji*, Szubstarska, 2016, 2017a–f). Naturalny jest wybór, jeśli dokonujemy zakupów, lub wymiana, jeśli ustawiamy przedmioty na półkach. Zwroty grzecznościowe oraz wyrażenia potoczne charakterystyczne dla zachowań społecznych pojawiają się w sposób niewymuszony i stanowią element zabawy. Wszystko, co dzieje się wokół zapełniania plansz, to zarówno opis działania, zadawanie pytań, udzielanie odpowiedzi, jak i wymiana informacji. Dialog z dzieckiem staje się łatwy i ciekawy, jeśli znajduje umotywowanie w konieczności wspólnego działania. Z perspektywy opowieści i zaangażowania słów w akcję pojawia się także nieograniczona liczba tematów do wykorzystania na wielu zajęciach. To jedna z ważniejszych zasad wychowania językowego – różnorodność tematyczna, zapewniająca utrzymanie ciekawości poznawczej dziecka. Stanowi ona bowiem o wewnętrznej motywacji do rozwijania języka.

W proponowanej wersji *Pawła i Gawła* istnieje co najmniej kilka możliwości rozwijania dialogu: wymiana zwrotów grzecznościowych, wspólne zakupy – wybieranie mebli, kłótnia lub sąsiedzka rozmowa. Można wesprzeć

Schemat 5. Spójność semantyczno-językowa w metodzie DiN



Źródło: opracowanie własne.

się obrazkami z postaciami obu bohaterów z pomocy dydaktycznej *Słowa w akcji. Wyposażenie domu* (Szubstarska, 2017b).

Wszystkie trzy komponenty metody DiN są ze sobą połączone w płaszczyźnie semantyczno-językowej (Schemat 5.). Wyznaczenie tematu (wątku) związanego treściowo z narracją jest spójne z elementami zaplanowanych ćwiczeń w zakresie programowania systemu językowego i określa jednocześnie zakres ich praktycznego użycia w sytuacjach dialogowych. Zachowanie tej spójności wymaga od logopedy świadomego planowania treści terapeutycznych. Uznanie prymatu poznawczego dziecka w tym planowaniu sprawia, że elementy językowe powinny być adekwatne, dostępne i przyswajalne, a więc w naturalny sposób służyć powinny budowaniu języka w umyśle dziecka.

Podsumowanie i wnioski

Przedstawiona powyżej koncepcja postępowania terapeutycznego jest osadzona w doświadczeniu wynikającym z wieloletniej praktyki logopedycznej. W tym znaczeniu jest metodą dojrzałą, jednak do tej pory nie została dokładnie zbadana i opisana teoretycznie. Sprawdza się w praktyce logopedycznej, jednak zasoby językowe *Świata Opowiadanego* wymagają głębszej analizy językoznawczej. Mamy świadomość, że należałoby je porównać z kwestionariuszami Instytutu Badań Edukacyjnych – *Inwentarzami Rozwoju Mowy i Komunikacji* (IRMIK), *Słowa i Gesty* oraz *Słowa i Zdania*² (Smoczyńska i in., 2015), listami frekwencyjnymi, czy korpusami językowymi. Warto byłoby dla zbioru *Świata Opowiadanego* opracować listę podstawowych ćwiczeń językowych. Analizy wymaga zestaw sytuacji komunikacyjnych (zarówno tych wynikających ze zbiorów opowieściowych, jak i plansz sytuacyjnych). Celem analiz powinno być też sprawdzenie, na ile kryterium poznawcze zastosowane intuicyjnie przekłada się na wyniki badań językoznawczych nad językiem dziecka.

Kluczem do właściwego stosowania DiN jest językowa świadomość logopedy. Z naszych doświadczeń pedagogicznych wynika, że studenci logopedii powinni przejść kurs programowania językowego

² Inwentarze dotyczą języka dziecka 2–3-letniego, a zatem opisują zasoby BASIC – językowe minimum trzylatka, dzięki któremu może on swobodnie rozmawiać z otoczeniem.

– świadomego i celowego posługiwania się zasobami językowymi na wszystkich jego płaszczyznach i poziomach. Tego zakresu kształcenia często brakuje w programach nauczania. Konstruowanie tekstów naracyjnych, wybór słownictwa, ustalenie strukturalnej formy ćwiczeń na wielu różnych poziomach powinny być podstawowymi umiejętnościami logopedy. Język bowiem jest główną materią działania logopedycznego. „Programowanie systemu komunikacyjnego sprowadza się w gruncie rzeczy do rozstrzygnięcia problemu zawartego w pytaniu: w jaki sposób połączyć reguły kreowania zdań (sprawność systemowa) z koniecznością posługiwania się środkami językowymi, które decydują o sprawnościach interakcyjnych (społecznej, sytuacyjnej i pragmatycznej)” (Grabias, 1994, s. 220).

Bibliografia

- Bouvet, D. (1996). *Mowa dziecka. Wychowanie dwujęzyczne dziecka niesłyszącego*. Tłum. R. Gałkowski. Warszawa: WSiP.
- Cieszyńska-Rożek, J. (2013). *Metoda krakowska wobec zaburzeń dzieci*. Kraków: Omega Stage Systems Jędrzej Cieszyński.
- Ciszewska-Psujek, U. (2018). Metody glottodydaktyczne w rozwijaniu kompetencji gramatycznej dzieci objętych terapią logopedyczną. W: A. Domagała, U. Mirecka (red.), *Metody terapii logopedycznej* (s. 245–259). Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Emiluta-Rozya, D. (2008). Modyfikacja zestawienia form zaburzeń mowy H. Mierzejewskiej i D. Emiluty-Rozya. W: J. Porayski-Pomsta (red.), *Diagnoza i terapia w logopedii* (t. 7, s. 25–36). Warszawa: Dom Wydawniczy Elipsa.
- Grabias, S. (1994). Język w nauczaniu niesłyszących Zasady programowania systemu komunikacyjnego. W: S. Grabias (red.), *Komunikacja językowa i jej zaburzenia. Głuchota a język* (t. 7, s. 185–221). Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Grabias, S. (2015). Postępowanie logopedyczne. Standardy terapii. W: S. Grabias, J. Panasiuk, T. Woźniak (red.), *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego* (s. 13–38). Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Krakowiak, K. (2012). *Dar języka. Podręcznik metodyki wychowania językowego dzieci i młodzieży z uszkodzeniami narządu słuchu*. Lublin: KUL.
- Muzyka-Furtak, E. (2015). Postępowanie logopedyczne w głuchocie i niedosłuchu. Programowanie języka. W: S. Grabias, J. Panasiuk, T. Woźniak (red.), *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego* (s. 191–226). Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Panasiuk, J. (2015). Postępowanie logopedyczne w przypadku alalii i niedokształcenia mowy o typie afazji. W: S. Grabias, J. Panasiuk, T. Woźniak (red.), *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego* (s. 309–346). Lublin: Wydawnictwo UMCS.

- Pluta-Wojciechowska, D. (2011). *Mowa dzieci z rozszczepem wargi i podniebienia*. Kraków: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego.
- Rodak, H., Nawrocka, D. (1995). *Od obrazka do słowa. Gry rozwijające mowę dziecka*. Warszawa: WSiP.
- Smoczyńska, M., Krajewski, G., Łuniewska, M., Haman, E., Bulkowski, K., Kochańska, M. (2015). *Inwentarze Rozwoju Mowy i Komunikacji (IRMIK)*. Warszawa: Instytut Badań Edukacyjnych.
- Szubstarska, D. (2016). *Słowa w akcji. Seria obrazków i plansz do wczesnego wspomaganie rozwoju mowy. Warzywa, owoce i inne smakołyki*. Gdańsk: Harmonia Universalis.
- Szubstarska, D. (2017a). *Słowa w akcji. Seria obrazków i plansz do wczesnego wspomaganie rozwoju mowy. Ubrania, zabawki i przybory szkolne*. Gdańsk: Harmonia Universalis.
- Szubstarska, D. (2017b). *Słowa w akcji. Seria obrazków i plansz do wczesnego wspomaganie rozwoju mowy. Wyposażenie domu*. Gdańsk: Harmonia Universalis.
- Szubstarska, D. (2017c). *Słowa w akcji. Seria obrazków i plansz do wczesnego wspomaganie rozwoju mowy. Zwierzęta w domu, w zoo i na podwórku*. Gdańsk: Harmonia Universalis.
- Szubstarska, D. (2017d). *Słowa w akcji. Seria obrazków i plansz do wczesnego wspomaganie rozwoju mowy. Łąka, las, jezioro*. Gdańsk: Harmonia Universalis.
- Szubstarska, D. (2017e). *Słowa w akcji. Seria obrazków i plansz do wczesnego wspomaganie rozwoju mowy. Zabawa, podróże, sport*. Gdańsk: Harmonia Universalis.
- Szubstarska, D. (2017f). *Słowa w akcji. Seria obrazków i plansz do wczesnego wspomaganie rozwoju mowy. Potrawy w kuchni i restauracji*. Gdańsk: Harmonia Universalis.
- Szubstarska, D. (2019). *Dialog i Narracja. Co się mieści w opowieści. Praktyczny podręcznik wychowania językowego zapisany w 12 opowieściach*. Gdańsk: Harmonia Universalis.
- Szubstarska, D., Bednarska, B. (2014). *Świat opowiadany. Scenariusze obrazkowe do zajęć rozwijających mowę z małymi dziećmi od 2 r.ż.* Gdańsk: Harmonia Universalis.
- Szubstarska, D., Bednarska, B. (2015). *Nowy Świat opowiadany. Scenariusze obrazkowe do zajęć rozwijających mowę z małymi dziećmi od 2 r.ż.* Gdańsk: Harmonia Universalis.
- Wójtowiczowa, J. (1997). *O wychowaniu językowym*. Warszawa: Wytwórnia Pomocy Dydaktycznych.
- Weitzman, E., Greenberg, J. (2014). *Razem uczymy się mówić. Przewodnik dotyczący wspomaganie rozwoju językowego dzieci dla opiekunów i nauczycieli przedszkolnych*. Tłum. J. Okuniewski. Gdańsk: Harmonia Universalis.

Zdzisława Orłowska-Popek

Ewa Bielenda-Mazur

Uniwersytet Pedagogiczny w Krakowie

O CO CHODZI? – ZWIĄZKI FRAZEOLOGICZNE W PROGRAMOWANIU JĘZYKA U DZIECI Z ZABURZENIAMI KOMUNIKACJI JĘZYKOWEJ

STRESZCZENIE

W normatywnym rozwoju języka poszczególne sprawności dziecko przyswaja stopniowo dzięki uczestnictwu w społeczności językowej, za sprawą zdolności wiązania form akustycznych z ich desygnatami, abstrahowania reguł językowych, rozumienia kontekstowego. W sytuacji zaburzonego rozwoju, naturalne przyswajanie języka stymulowane jest działaniami terapeutycznymi. Rolą terapeuty jest takie zaprogramowanie oddziaływań językowych, by wspierały nabywanie wszystkich niezbędnych umiejętności językowych. Ważnym elementem terapii logopedycznej jest wprowadzanie wyrażeń frazeologicznych z uwzględnieniem kryterium frekwencyjnego, wiekowego i znaczeniowego oraz doniesień neurobiologicznych związanych z uwarunkowaniami nabywania wyrażeń idiomatycznych w rozwoju neurotypowym i zaburzonym.

Słowa kluczowe: związki frazeologiczne, znaczenia metaforyczne, znaczenia naddane, programowanie języka, struktury rozkładalne, struktury nierozkładalne

What's going on? – phraseological expressions in language intervention program for children with language disorders

ABSTRACT

In the normative development of language, individual skills appear spontaneously. The child gradually acquires them through participation in the language community thanks to the ability to associate acoustic forms with their designations, abstracting rules, and contextual understanding. In the situation of developmental disorder, language acquisition must be replaced by teaching it. An important element of speech therapy is the introduction of phraseological expressions with high frequency in language, taking into account the frequency, age and semantic criteria, as well as neurobiological reports related to the conditions of idiomatic expression acquisition in neurotypical and disturbed development.

Keywords: phraseological expressions, metaphorical meaning, defined meaning, language programming, decomposable structures, indecomposable structures

Wprowadzenie

Wieloznaczna natura języka jest z jednej strony zachwycająca i stanowi o jego bogactwie, z drugiej jednak – przysparza wielu trudności użytkownikom języka, zwłaszcza dzieciom, które dopiero uczą się dzięki niemu komunikować. Znaki języka są symbolami, których nie udaje się w jednoznaczny sposób odczytać, odnosząc je do rzeczywistości. Wieloznaczność, język zawdzięcza swej konwencjonalności, nie zachodzi bowiem związek naturalny pomiędzy wyrażeniami (znakami językowymi) pełniącymi określone funkcje semantyczne a elementami rzeczywistości (wykładnikami językowymi), do których znaki te się odnoszą. Użytkownik języka sięga po pewne znaki nie tylko po to, aby opisywać przedmioty, zjawiska, lecz także by prowadzić dialog, przedstawiać swoje myśli, przekonania, uczucia. Każda wypowiedź, która niesie znaczenie, jest kombinacją znaków językowych, a zatem zbiór tych kombinacji jest otwarty. W związku z tym jednostka posługująca się językiem ma możliwość kreacji. Może tworzyć nowe wypowiedzi, także takie, z którymi nigdy się wcześniej nie zetknęła.

Edward Łuczyński (2004, s. 11) uznaje, że „Wzorce są podstawowym składnikiem ludzkiej wiedzy językowej”. Także według Michaela Tomasella (2002) u podstaw rozwoju języka leżą dwa procesy: odczytywania intencji i wychwytywania wzorów. Dziecko słyszy i zapamiętuje konkretne wypowiedzi, a także odnajduje w nich wzory. Akwizycja języka to proces stopniowy, nierównomierny, ściśle powiązany z częstością i jakością przetwarzanego materiału. Na podstawie podobnych mechanizmów dzieci wchodzą w „rzeczywistość gramatyczną”. Nie powielają w pełni sposobu posługiwania się przez dorosłych kategoriami gramatycznymi, lecz „Wybierają [...] tylko te elementy systemu, które są im najbardziej potrzebne w mowie” (Łuczyński, 2004, s. 61). Owa selekcja informacji możliwa jest tylko wtedy, gdy u dzieci nie występują deficyty rozwojowe oraz gdy środowisko dostarcza odpowiedniej stymulacji do rozwoju języka.

Zakłócone procesy przyswajania języka

Rozwój języka nie zawsze przebiega normatywnie. Dzieci z zaburzeniami komunikacji językowej nawet wtedy, gdy dość dobrze radzą sobie z zaspokajaniem potrzeb dzięki możliwości ich werbalizowania, sięgając

po struktury języka, wciąż objawiają trudności: w zakresie linearnego porządkowania informacji; w budowaniu spójnych wypowiedzi; w tworzeniu form narracyjnych; w rozumieniu relacji, w które wchodzi składniki wypowiedzi; w rozumieniu abstrakcyjnych znaczeń, metafor, przysłów, żartów, idiomów; w przyjmowaniu perspektywy myślowej rozmówcy czy rozumieniu kontekstu komunikacji. W takiej sytuacji konieczne jest zastosowanie strategii programowania języka, dobranych indywidualnie na podstawie deficytów stwierdzonych w wyniku postępowania diagnostycznego.

W obrazie klinicznym wielu zaburzeń komunikacji językowej zauważalny jest opóźniony rozwój mowy, stanowiący jeden z symptomów nieprawidłowości rozwoju. Tak dzieje się między innymi w alalii (SLI), afazji dziecięcej, autyzmie, zespole Aspergera (zob. Cieszyńska, 2013). W przypadku zauważalnego opóźnienia nabywania kompetencji językowych strategią postępowania logopedycznego jest programowanie języka, podstawą którego jest etap osiągnięty przez dziecko. Logopeda stymuluje rozwój do kolejnego etapu, wnikliwie analizując umiejętności dziecka w każdym podsystemie języka. Kierunek postępowania terapeutycznego wyznacza znajomość norm rozwojowych mowy i ich etapowości.

Wśród dzieci z zaburzeniami komunikacji językowej są jednak i takie, które przedstawiają pozornie normatywny rozwój języka, a odkrycie ich trudności wymaga wnikliwej diagnozy językowej, obejmującej zarówno nadawanie, jak i rozumienie komunikatów językowych (często w testach językowych badających podstawowe sprawności dzieci te uzyskują wysokie oceny). Na bazie tej diagnozy zauważyć można jak duże trudności ujawniają się na poziomie rozumienia znaczeń komunikatów wykraczających poza znaczenia literalne, w tym związków frazeologicznych. W *Słowniku Języka Polskiego* (2008, s. 1091) związek frazeologiczny jest definiowany następująco: „[...] ustabilizowane w danym języku połączenie wyrazów, którego znaczenie nie wynika ze znaczeń tych wyrazów”. Związki takie wymagają zatem rozumienia nie tylko dosłownego znaczenia elementów składowych, lecz także znaczeń przenośnych. Niemożność sumowania znaczeń słów sprawia, że dzieci z wymienionymi zaburzeniami komunikacji językowej odczuwają dyskomfort związany z używaniem przez otoczenie słów, które z perspektywy tych dzieci nie mają sensu.

Szczególnie istotna w rozwoju kompetencji językowych dziecka jest praca nad rozumieniem i użyciem związków idiomatycznych, to jest takich, których sens nie jest wynikiem znaczenia poszczególnych słów,

lecz jest znaczeniem przenośnym (zob. Bielenda-Mazur, Orłowska-Popek, artykuł w części I tej publikacji). W przypadku terapii dzieci z alalią i afazją dziecięcą będą to niewątpliwie ćwiczenia doskonalenia poszczególnych podsystemów języka oraz zapamiętywania sekwencji elementów, głównie na bazie modalności słuchowej; ćwiczenia planowania ruchu (zob. Bielenda-Mazur, 2015; Cieszyńska, 2013; Cieszyńska i Bielenda-Mazur, 2019; Korendo i Bielenda-Mazur 2020). W przypadku autyzmu i zespołu Aspergera – ćwiczenia z zakresu teorii umysłu, ćwiczenia reguł konwersacyjnych, zdolności dokonywania syntezy (zob. Cieszyńska, 2013; Korendo, 2013).

Etap wprowadzania związków frazeologicznych

W przypadku dzieci prezentujących niezaburzony rozwój mowy rozumienie i użycie związków frazeologicznych jest procesem, który następuje stopniowo. Dziecko słyszy w pewnych sytuacjach wyrażenia, które z czasem dzięki kontekstowi zaczyna rozumieć. Czymś innym jest natomiast, wpisana w proces terapeutyczny, pomoc trzy- czy czteroletniemu dziecku w rozumieniu frazy, która dzięki wyrównywaniu deficytów zostanie przez nie przetworzona, a w późniejszym czasie zrozumiana dzięki kontekstowi i na kolejnych etapach świadomie wprowadzona do komunikacji. Czymś jeszcze innym jest żmudny trening odczytywania znaczeń przez dziecko w wieku szkolnym, u którego deficyty językowe na niższym poziomie nie zostały zniwelowane, a poziom języka otoczenia wymaga rozumienia licznych związków frazeologicznych.

Dzieci z opóźnionym rozwojem mowy potrzebują systemowej pomocy. Terapeuta ma możliwość zastosowania odpowiedniego sposobu kształtowania pojęć i tworzenia systemu językowego, który bezpośrednio wpłynie na budowanie wiedzy o rzeczywistości, o świecie, w którym dziecko i jego najbliżsi na co dzień funkcjonują. Bardzo istotne jest włączenie do programu terapii językowej wieloznacznych powiedzeń, w tym związków frazeologicznych, zaczerpniętych z języka potocznego, a nie literackiego. Użycie takich związków ułatwia dziecku ich opanowanie. Przy wyborze materiału do ćwiczeń związków frazeologicznych należy kierować się kryterium frekwencyjnym, znaczeniowym oraz wiekowym. Jest to ważne, ponieważ istnieje ryzyko zbudowania nadkompetencji, zwłaszcza

w przypadku pracy z dziećmi z zespołem Aspergera, jeśli bez zwracania uwagi na wiek terapeuta sięgnie po związki frazeologiczne zbyt wcześnie, obserwując deficyty w rozumieniu znaczeń przenośnych. Należy unikać często popełnianego w terapii logopedycznej błędu polegającego na zbyt wczesnym wprowadzaniu przysłów. Są one bowiem rzadko używane przez rówieśników, a nawet dorosłych w spontanicznej komunikacji, spowodują zatem odwrotny od oczekiwanego skutek. Mowa używającego je dziecka będzie wydawać się nieadekwatna, gdyż zaburzona będzie kompetencja społeczna i sytuacyjna. Skoro znajomość języka na podstawowym poziomie nie gwarantuje dzieciom z deficytami językowymi pełnego udziału w komunikacji, a wiedza o świecie, którą posiadają, i problemy percepcyjne nie ułatwiają im także kontekstowego rozumienia wypowiedzi przenośnych, nie jest możliwe używanie ich w świadomy sposób. Terapia powinna być ukierunkowana na ukazanie wieloznaczności znaków językowych i różnych możliwości ich tworzenia w zależności od potrzeb, kontekstu komunikacyjnego i kulturowego. Nauczanie języka na każdym poziomie wymaga wyboru wzorców, które ułatwią budowanie skutecznej komunikacji. Jeśli zmienia się etap pracy nad językiem, to i wzorce muszą się zmienić. Przy założeniu, że dziecko rozumie i używa pojęć w znaczeniu dosłownym, kolejnym stopniem trudności w pracy nad językiem jest wyposażenie go w znaczenia naddane. Związki frazeologiczne cechują się mniejszym lub większym poziomem ekspresji, są obrazowe, pobudzają wyobraźnię, ale wiele z nich ma charakter symboliczny. Takie połączenia wyrazów towarzyszą nam na co dzień, choć wcale nie przywiązujemy do tego wagi ani nawet nie zdajemy sobie z tego sprawy. W zależności od doświadczenia i kompetencji językowej mniej lub bardziej sprawnie z nich korzystamy, a tylko w sytuacjach, gdy okazuje się, że ktoś ma problem z ich rozumieniem, zastanawiamy się nad usłyszaną czy wypowiedzianą frazą. Terapeuta sięgający po związki frazeologiczne powinien z jednej strony umieć pokazać ich wyjątkowość, a z drugiej – uświadomić, że nie wystarczy rozumieć poszczególne wyrazy, że istotne jest, aby pamiętać te stałe zestawienia dwóch lub większej liczby słów, bo one mają konkretne utrwalone znaczenie. By właściwie się nimi posługiwać, należy zarówno znać ich zakres znaczeniowy, jak też dysponować odpowiednią kompetencją kulturową, a to już nie tylko wymaga systematycznych ćwiczeń, lecz także zobowiązuje do sięgania po przykładowe frazy w codziennych rozmowach, na co mogą mieć wpływ rodzice/opiekunowie.

Jak wprowadzać związki frazeologiczne w terapii?

Początkowo w terapii warto wybrać przykłady związków o strukturach rozkładalnych, aby tłumacząc metaforyczny sens, móc bazować na dosłownych znaczeniach poszczególnych elementów związku. Wśród nich powinny się znaleźć na przykład: *czuć się jak ryba w wodzie, stać na głowie, głowa mi pęka, brzuch mi pęka, mieć dach nad głową*. Pomocne w treningu rozumienia mogą się okazać nie tylko krótkie, opisowe historie, do których pasują takie powiedzenia, lecz także ilustracje, dzięki którym uda się pokazać znaczenia naddane. Opowiadania mające na celu przybliżenie sytuacji, w których można wprowadzić związki frazeologiczne, powinny być tworzone z wykorzystaniem paradygmatów słownikowego, gramatycznego i składniowego, z których uczeń w dość swobodny sposób korzysta. Ponadto niezbędne okażą się ćwiczenia semantyczno-leksykalne oraz zadania polegające na sięganiu przez ucznia po wybrane metaforyczne wypowiedzi, które w konkretnych prezentowanych sytuacjach mogłyby zostać wykorzystane do językowego opisu. O wiele trudniejsze do opracowania są związki wyrazowe o strukturach nierozkładalnych, jednak, skoro w codziennych rozmowach są one wykorzystywane, powinny zostać przedstawione także na zajęciach terapeutycznych, na przykład *wiercić dziurę w brzuchu, być rannym ptaszkiem, mieć muchy w nosie, myśleć o niebieskich migdałach, wpaść na pomysł*. Sięgając po takie frazy, trzeba w prosty sposób przedstawić ich definicje, a także opowiedzieć o różnych zdarzeniach, sytuacjach, w których możliwe byłoby ich użycie. Nieistotna na tym etapie staje się ich etymologia, nie wpływa bowiem na możliwość używania ich w mowie potocznej, jest wiedzą wykraczającą poza potrzeby pragmatyczne. Najistotniejsze jest systematyczne powtarzanie poznanych wyrażeń i wdrażanie ich do wypowiedzi codziennych.

Początki pracy nad rozumieniem wieloznacznych komunikatów przez dzieci z zaburzeniami komunikacji wyglądają tak jak lekcje języka polskiego jako obcego, kiedy uczący się musi opanować nowe znaczenie definicyjnie, dzięki przedstawionym wyjaśnieniom terapeuty, ten zaś powinien korzystać wyłącznie z dostępnego dziecku słownictwa. Dopiero kolejnym krokiem na tej trudnej drodze jest sięganie po nowe opisy sytuacji, aby można było niektóre z poznanych powiedzeń do nich odnieść. Terapeuta stwarza takie warunki podczas zajęć, podaje wzorcowe opisy sytuacji, aby

móc się przekonać, czy uczeń dokona odpowiedniego wyboru i sięgnie po odpowiednie powiedzenie.

Przykład

Terapeuta zapoznaje dziecko z frazeologizmem *być rannym ptaszkiem*, zaczynając od wprowadzenia go w tekście:

„Wyjazd na wakacje to mnóstwo przygotowań i męcząca podróż. Tak mówi mama i przygotowuje rzeczy do zabrania. Cieszę się, że jedziemy nad morze i zabieramy ze sobą Kubusia. Nie wiadomo, jaka będzie pogoda, więc oprócz stroju kąpielowego i letnich ubrań powinnam też zapakować kurtkę i kalosze. Tatuś przygotowuje auto i uprzedza, że wyruszamy o świcie, więc pojechać mogą tylko *ranne ptaszki*. Trochę się martwię, bo ostatnio polubiłam późne wstawanie. Powinnam chyba nastawić budzik, żeby wstać razem ze słońcem i ptakami”.

Bardzo istotne jest sprawdzenie, czy w tekście nie pojawiły się słowa niezrozumiałe dla dziecka oraz zaprogramowanie ćwiczeń słownikowych mających na celu przybliżenie tych znaczeń. Warto zatem zapytać o znaczenie słów, takich jak na przykład: *uprzedzić, budzik, świt, ranny*. Kolejnym etapem jest sprawdzenie rozumienia sensu całego tekstu. Można w tym celu zadać pytania: „Kiedy rodzina wyjeżdża z domu? Dokąd rodzina wyjeżdża na wakacje?”. Następnie warto ustalić, czy dziecko wie, w jakiej sytuacji użyto powiedzenia *być rannym ptaszkiem* w tekście i w jakich innych sytuacjach można tak powiedzieć. To zachęca dziecko do stworzenia własnej krótkiej historyjki. Jedno z ćwiczeń może polegać na wyborze sytuacji, w których możemy powiedzieć, że ktoś *jest rannym ptaszkiem*. Do wyboru przedstawiamy następujące sytuacje: „kiedy mały ptak ma złamane skrzydło, kiedy ktoś wstaje bardzo wcześnie, kiedy ktoś wstaje, gdy zadzwoni budzik, kiedy ktoś nie lubi wstawać rano”.

Ćwiczenia użycia frazeologizmu warto poszerzyć o użycie go w odpowiednim kontekście. Przedstawiamy początek historii, a zadaniem dziecka jest dopełnienie jej poznawanym wyrażeniem bądź uznanie, że nie pasuje ono w danym kontekście: „Dziadziuś wstaje codziennie o świcie; Małgosia kupiła sobie nowy budzik, żeby nie spóźnić się do szkoły. Teraz codziennie budzi się wcześniej; Piotrek postanowił pomagać rodzicom. Wstawał wcześniej, bo lubił, kiedy dzień był długi; Ania znalazła małego ptaka, który nie mógł latać. Zaopiekowała się nim, bo miała dobre serce”.

Podczas wprowadzania wyrażen idiomatycznych naleŹy starać się nie zapominać o ich wieloznaczności bądź znaczeniu literalnym. Kolejnym etapem sĄ więc zadania polegajĄce na wyborze wÅłasciwię uŹytego okreÅlenia. Zadaniem dziecka jest wybór znaczeñ sÅowa „ranny” – czy znaczy to: „Źe ma ranę; Źe robi coÅ wczesnie rano o poranku; Źe leŹy w szpitalu, bo ma grypę; Źe ma rynny, na przykÅlad dom”.

Po pewnym czasie od wprowadzenia zwrotu sprawdzamy rozumienie go w sytuacji spontanicznej rozmowy. Natomiast po wÅłĄczeniu kilku zwiĄzków frazeologicznych utrwalamy je w ćwiczeniach, w których dziecko samo ma dopasować powiedzenia do sytuacji. WyraŹenia: *myÅleć o niebieskich migdaÅach; wierceć dziurę w brzuchu; idzie wiosna; mieć muchy w nosie*” dziecko dopasowuje do zdañ: „Gdy byÅam w lesie, zauwaŹyÅam pierwsze krokusy i przebiÅniegi. ☐. Mówię do Ciebie a Ty zamiast sÅuchać, ☐. Nie mogę juŹ sÅuchać o tym samochodzie. Nie kupię Ci go, bo jest strasznie drogi. Przestañ mi ☐. Nic Ci dzisiaj nie pasuje. ☐”.

Podczas wprowadzania do języka dziecka wyraŹen frazeologicznych warto pamiętać, Źe nie naleŹy robić tego w ćwiczeniach izolowanych umiejętności, lecz poÅłączyć z treningiem synonimii, rozumienia dÅuŹszych tekstów. Zadania stawiane dziecku winny być zgodne z zasadĄ stopniowania trudności. Znajomość frazeologizmów ma umoŹliwiać przede wszystkim rozumienie dziecku kierowanych do niego wypowiedzi. Warto takŹe zachęcać dziecko do uŹywania wyraŹen w spontanicznych wypowiedziach oraz wychwytywać te, w których moŹna je zastosować i parafrazować, uŹywajĄc wyraŹen idiomatycznych.

PoÅród wyraŹen frazeologicznych, przydatnych dziecku na pierwszym etapie ich opanowywania, warto uwzględnic te, które w języku otoczenia majĄ wysokĄ frekwencję. MogĄ to być następujĄce frazeologizmy: *o co chodzi, ręce opadajĄ, wierceć dziurę w brzuchu, być rannym ptaszkiem, być zdrowym jak ryba, mieć dÅugi język, mieć wszystko w maÅym palcu, mieć muchy w nosie, brzuch pęka, głowa pęka, myÅleć o niebieskich migdaÅach, zmienić buty, coÅ chodzi po głowie, wpaÅć na pomysÅ, idzie wiosna, rzucać grochem o Åcianę, wziĄć się w garść, mieć dwie lewe ręce, mieć czegoÅ/kogoÅ powyŹej uszu, nie mieć zielonego pojęcia, wybuchnĄć Åmiechem, gadać jak najęty, wypchać się, zamieniać się w sÅuch, deptać po piętach, stać na szarym koñcu, widzieć w czarnych kolorach, mieć ręce pełne roboty, w głowie się nie mieÅci, patrzeć przez różowe okulary.*

Opanowanie wyraŹen frazeologicznych otwiera drogę zadaniom ukierunkowanym na rozumienie nieskomplikowanych metafor, ironii,

żartów, a forma przytoczonych ćwiczeń uczy dziecko poszukiwania sensu w kontekście wypowiedzi, która to umiejętność staje się niezwykle cenna, gdyż kieruje ucznia zdobywającego sprawności językowe na drodze uczenia się w toku terapii logopedycznej na ścieżkę przyswajania języka – nieuświadomianego procesu stanowiącego kanwę rozwoju podążającego właściwą trajektorią.

Podsumowanie

Odkodowywanie sensów metaforycznych umożliwia dziecku rozumienie kierowanych do niego wypowiedzi, w których są one zawarte, a jednocześnie rozwija jego kompetencję językową i komunikacyjną. Tym samym stwarza szansę na dobre funkcjonowanie w grupie społecznej, ponieważ wyrównuje braki, które pojawiają się w wyniku często specyficznego dla różnych zaburzeń komunikacji przyswajania mowy. Ponadto zwraca uwagę na fakt, że słowa mogą znaczyć co innego w zależności od kontekstu. Zaprogramowanie w terapii wieloznacznych powiedzeń otwiera także drogę do rozumienia literatury pięknej i innych tekstów umożliwiających uczniowi samodzielne zdobywanie wiedzy. Elżbieta Tabakowska (2001, s. 46) podkreśla, że „Słowa [...] zawierają cały świat, lub przynajmniej całe nasze doświadczenie zdobywane poprzez obcowanie ze światem, które zostało zakodowane w języku. Są to prawdopodobnie doświadczenia mające szczególnie istotne znaczenie dla danej społeczności kulturowej”.

Bibliografia

- Bielenda-Mazur, E. (2015). Nauczyciel wobec deficytów językowych dziecka z alalią – od wychowania przedszkolnego po szkołę podstawową. W: A. Kwatara, S. Kował, E. Zawisza (red.), *Nauczyciel – między etosem a presją rzeczywistości*. T. 1: *Wielowymiarowość kompetencji współczesnego nauczyciela* (s. 149–156). Kraków: Wydawnictwo internetowe e-bookowo.
- Cieszyńska-Rożek, J. (2013). *Metoda Krakowska wobec zaburzeń rozwoju dzieci. Z perspektywy fenomenologii, neurobiologii i językoznawstwa*. Kraków: Centrum Metody Krakowskiej.
- Cieszyńska-Rożek, J., Bielenda-Mazur, E. (2019). Pozajęzykowe trudności występujące u dzieci z alalią (SLI). Pobrane z: <https://forumlogopedy.pl/artukul/pozajazykowe-trudnosci-wystepujace-u-dzieci-z-alalia-sli> (dostęp: 2.04.2020).

- Korendo, M. (2013). *Językowa interpretacja świata w wypowiedziach osób z zespołem Aspergera*. Kraków: Centrum Metody Krakowskiej.
- Korendo, M., Bielenda-Mazur, E. (2020). *Terapia dzieci z zespołem Aspergera*. W: J. Skibska (red.), *Terapia interdyscyplinarna. Wybrane problemy* (s. 203-216). Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Kurcz, I. (2000). *Psychologia języka i komunikacji*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Kurcz, I. (2006). Uniwersalna Gramatyka jako model umysłu. W: W. Dziarnowska, A. Klawiter (red.), *Mózg i jego umysły* (s. 269-290). Poznań: Zysk i S-ka.
- Łuczyński, E. (2004). *Kategoria przypadku w ontogenezie języka polskiego czyli o wchodzeniu dziecka w rzeczywistość gramatyczną*. Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.
- Łuczyński, E. (2010). Akwizycja gramatyki języka polskiego. *Psychologia Rozwojowa*, 15(1), 9–18.
- Orłowska-Popek, Z. (2017). *Programowanie języka w terapii logopedycznej (na przykładzie rozwoju języka dzieci niesłyszących)*. Kraków: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego.
- Szymczak, M. (red.). (2008). *Słownik języka polskiego*. Warszawa: WN PWN.
- Tomasello, M. (2002). *Kulturowe źródła ludzkiego poznawania*. Tłum. J. Rączaszek. Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy.
- Tabakowska, E. (2001). *Kognitywne podstawy języka i językoznawstwa*. Kraków: Towarzystwo Autorów i Wydawców Prac Naukowych Universitas.

KIERUNKI DZIAŁAŃ DOTYCZĄCE POTRZEBY PODJĘCIA Wczesnej interwencji terapeutycznej u dzieci jękających się w wieku przedszkolnym

STRESZCZENIE

Jękanie jest zaburzeniem mowy, które może mieć swój początek w pierwszych latach życia dziecka i jest jednym z najbardziej rozpowszechnionych zaburzeń w okresie przedszkolnym. W artykule zawarto rekomendacje The American Speech-Language-Hearing Association (ASHA) oraz Holenderskiego Stowarzyszenia Logopedii i Foniatrii (NVLF), Holenderskiego Stowarzyszenia Terapii Jękania (NVST) oraz Stowarzyszenia Dzieci, Młodzieży i Dorosłych Jękających się oraz ich Rodzin Demostenes. Oparto na nich propozycję kierunków działań w zakresie wczesnej interwencji wobec dzieci jękających się w wieku przedszkolnym. Podkreślono znaczenie monitorowania mowy dzieci jękających się w wieku przedszkolnym do około roku od wystąpienia pierwszych objawów jękania oraz konieczność podjęcia wczesnej interwencji, dopasowanej indywidualnie do dziecka i jego rodziny.

Słowa kluczowe: jękanie, diagnoza, rekomendacje, wczesna interwencja

Treatment guidelines as regards the need for early intervention in preschool children who stutter

ABSTRACT

Stuttering is a speech disorder, that may begins in the first years of a child's life and is one of the the most prevalent disorders in preschool. The article contains the recommendations of ASHA and the Dutch Association for Logopedics and Phoniatics (NVLF), Dutch Association for Stuttering Therapy (NVST) and Demostenes, Patient Association for (Parents of) Children, Adolescents and Adults who Stutter (Pertijs et al., 2014). There were based on a proposal of course of action in the field of early intervention for children who stutter in preschool age. The importance of monitoring the speech of children who stutter in preschool up to about a year after the first symptoms of stuttering was highlighted, and the need for early intervention tailored to the child and his family as soon as possible.

Keywords: Stuttering/stammering, clinical trial, intervention, treatment

Wprowadzenie

Jąka się około 1% osób dorosłych i od 5 do 8% dzieci (Conture i Yaruss, 2008). Pierwsze objawy jąkania obserwuje się między 2. a 5. rokiem życia, średnio około 33. miesiąca (Yairi i Ambrose, 2013). Jest to czas intensywnego rozwoju mowy dziecka. Korelacja jąkających się chłopców do jąkających się dziewcząt (w okresie przedszkolnym) wynosi 3:2, natomiast w okresie nauki szkolnej osiągnąć może proporcje 5:1 lub 6:1 (Yairi i Ambrose, 2005). Podkreśla się, że trwałe jąkanie może prowadzić do obniżenia jakości życia (Błachnio i Przepiórka, 2012; Yaruss, Quesal, 2004). W wieku nastoletnim i dorosłym dotyka ono bowiem wielu wymiarów funkcjonowania człowieka, między innymi społecznego (Van Borsel, Brepoels i De Coene, 2011), edukacyjnego (O'Brian i in., 2011), rozwoju zawodowego (Klein, Hood i Klein, 2004), samopoczucia (Tran, Blumgart, Craig, 2010) czy zdrowia psychicznego (Iverach i in., 2009). Ryzyko wystąpienia tych negatywnych długofalowych skutków jąkania skłania do udzielania pomocy dziecku jąkającemu się już od momentu pojawienia się jąkania. Jak podkreślają Zbigniew Tarkowski, Ewa Humeniuk i Jolanta Dunaj (2010, s. 112), „[...] terapia jąkania w wieku przedszkolnym nadal budzi kontrowersje. Przeciwnicy wczesnej interwencji powołują się na zjawisko samoczynnego ustępowania nie płynności, zaś jej zwolennicy starają się nie dopuścić do przekształcenia normalnej nie płynności w rzeczywiste jąkanie”. Katarzyna Węsierska i Barbara Jeziorczak (2016) zwracają uwagę na fakt, że okres wczesnego dzieciństwa, czyli czas, w którym formuje się jąkanie wczesnodziecięce, jest krytyczny w przypadku podejmowania skutecznej interwencji logopedycznej. Współcześnie zaczyna dominować stanowisko, że wczesne rozpoznanie logopedyczne (m.in. ocena ryzyka utrzymania się jąkania, pełna diagnoza dziecka pod kątem jąkania) i odpowiednio dobrany typ wczesnej interwencji (np. w formie profilaktyki, poradnictwa dla rodziców, pośredniego i/lub bezpośredniego oddziaływania terapeutycznego) są najlepszą praktyką w terapii dzieci jąkających się (Boroń, Węsierska i Agius, 2020; O'Brian i Onslow, 2011; Onslow i Lowe, 2019; Tuchowska i Faściszewska, 2020; Yairi i Ambrose, 2013). Takie działania skutkują większą szansą na ustąpienie jąkania u dziecka w wieku przedszkolnym¹.

¹ Opóźnienie w udzielonej pomocy o 15. miesięcy od rozpoczęcia jąkania wiąże się ze zmniejszeniem o 25% szans na pełny powrót do zdrowia (Ingham i Cordes, 1998).

Rekomendacje dotyczące diagnozy i potrzeby podjęcia interwencji terapeutycznej u dzieci w wieku przedszkolnym

W ostatnich latach w międzynarodowej, ale też polskiej logopedii powszechnie przyjmuje się, że „[...] wszystkie decyzje kliniczne powinny opierać się na badaniach naukowych wykonanych z użyciem weryfikowalnych metod” (Woźniak, 2015a, s. 76), czyli na praktyce klinicznej opartej na dowodach (ang. *evidence-based practice*, EBP). Działania podejmowane w ramach diagnozy i terapii powinny opierać się na rzetelnych dowodach naukowych, doświadczeniu zawodowym osoby przeprowadzającej badanie, ale również uwzględniać potrzeby pacjenta.

Współcześnie powstają rekomendacje dotyczące wczesnej interwencji u dzieci jąkających się w wieku przedszkolnym, oparte na systematycznym przeglądzie badań naukowych, uwzględniające doświadczenie i wiedzę specjalistyczną diagnostów/terapeutów oraz perspektywę pacjentów. Takie wytyczne mają na celu ujednoczenie opieki, zmniejszenie niepożądanych różnic w leczeniu pomiędzy różnymi podmiotami. Jak podkreślają Barkham i inni (2010, za: Pertijs i in., 2014), najbardziej wpływowe są wytyczne opracowane na poziomie krajowym i interpretowane na poziomie lokalnym.

W Stanach Zjednoczonych Amerykańskie Stowarzyszenie Logopedów i Audiologów Mowy² (ang. *American Speech-Language-Hearing Association*, ASHA), opierając się na dowodach naukowych, stworzyło wytyczne dotyczące diagnozy i potrzeby podjęcia interwencji u dzieci z niepełnością mówienia w wieku przedszkolnym. Wczesną interwencję należy podjąć, gdy istnieją czynniki ryzyka utrzymania się jąkania, czyli:

- 1) jąkanie pojawiło się i trwa już 6 miesięcy lub dłużej;
- 2) jąkanie pojawiło się po ukończeniu przez dziecko 3,5 roku;
- 3) jąkanie od momentu pojawienia nasiliło się;
- 4) istnieje historia jąkania chronicznego w rodzinie, tzn. ktoś z rodziny zaczął jąkać się w dzieciństwie i jąka się nadal;
- 5) dziecko ma trudności w zakresie rozwoju językowego lub też zaburzenia artykulacji;

² Tłumaczenie własne nazw organizacji zamieszczonych w tekście.

- 6) u dziecka podczas artykulacji widoczne jest nieprawidłowe napięcie mięśniowe;
- 7) dziecko ma świadomość swojego zaburzenia;
- 8) rodzice są bardzo zaniepokojeni jękaniami, które pojawiło się u dziecka.

Wytyczne dotyczące udzielenia pomocy dziecku w wieku przedszkolnym zostały również opracowane w 2014 roku przez Holenderskie Stowarzyszenie Logopedii i Foniatrii (NVLf), Holenderskie Stowarzyszenie Terapii Jękania (NVST) oraz Stowarzyszenie Dzieci, Młodzieży i Dorosłych Jękanymi się oraz ich Rodzin Demostenes (Pertijs i in., 2014). Rekomendacje dotyczące dzieci w wieku przedszkolnym dotyczą wyłącznie jękania rozwojowego, czyli nie spowodowanego stanem neurologicznym, urazem czy silnym stresem emocjonalnym. Zostały one zawarte w poniższych punktach:

- 1) Interwencja terapeutyczna u dzieci, u których jękanie pojawiło się przed 4. rokiem życia, powinna rozpocząć się przed osiągnięciem przez nie 5. roku życia.
- 2) Logopeda lub specjalista do spraw płynnego mówienia powinien monitorować – przez okres roku – dziecko, u którego jękanie pojawiło się przed 4. rokiem życia pod kątem naturalnego ustąpienia objawów jękania.
- 3) Logopeda lub specjalista do spraw płynnego mówienia powinien rozpocząć terapię po 12 miesiącach od wystąpienia jękania, jeśli natężenie jękania nie uległo wyraźnemu zmniejszeniu w trakcie ostatnich 3–6 miesięcy³.
- 4) Logopeda lub specjalista do spraw płynnego mówienia powinien przy podejmowaniu decyzji o rozpoczęciu interwencji lub monitorowaniu rozwoju płynności wziąć pod uwagę historię ustępowania jękania w rodzinie, płęć, umiejętności fonologiczne, dodatkowe zaburzenia⁴ oraz temperament dziecka.
- 5) Logopeda lub specjalista do spraw płynnego mówienia powinien rozpocząć interwencję terapeutyczną u dziecka (nawet tego, które jąka się

³ Zmniejszenie/spadek nasilenia jękania musi być obserwowany zarówno przez rodziców, jak i logopedę/specjalistę do spraw płynnego mówienia. Zmniejszenie nasilenia jękania powinno wynosić co najmniej 2 punkty na 8-punktowej skali, gdzie 0 oznaczało – normalną mowę, 1 – normalną mowę – granica, 2 i 3 – lekkie jękanie, 4 i 5 – średnie jękanie, 6 i 7 – silne jękanie (Yairi i Ambrose, 2005).

⁴ W rekomendacjach autorzy powołują się na publikację Yairiego i Seery (2015), gdzie podkreśla się, że u osób z rozszczepem podniebienia i zaburzeniami słuchu rzadziej niż w populacji ogólnej występuje jękanie. Znacznie większa częstotliwość osób z jękaniami niż w populacji ogólnej występuje w grupie osób z upośledzeniem umysłowym i zespołem Downa.

krócej niż 12 miesięcy), jeśli pojawiają się objawy towarzyszące jękananiu⁵, rodzice są bardzo zaniepokojeni jękananiem się dziecka, dziecko niechętnie się komunikuje.

- 6) Rodzice dziecka w wieku poniżej szóstego roku życia wypełniają Ocenę Ryzyka Jękania (ang. *Screening List Stuttering*, SLS), aby logopeda lub specjalista do spraw płynnego mówienia mógł ustalić, czy konieczna jest dalsza diagnoza.
- 7) Logopeda lub specjalista do spraw płynnego mówienia powinien poinformować, m.in. lekarzy, wychowawców, nauczycieli z najbliższego otoczenia dziecka, o celu i wskazaniach do wykorzystania SLS, a także poinformować o rzetelnych związanych z jękananiem stronach internetowych⁶.
- 8) W przypadku dzieci powyżej 6 roku życia, nastolatków i osób dorosłych logopeda lub specjalista do spraw płynnego mówienia powinien wspólnie z pacjentem, na podstawie Międzynarodowej Klasyfikacji Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF), opisać obraz zaburzenia i podjąć decyzję o terapii.

Zauważa się brak polskich rekomendacji czy też standardów wczesnej interwencji w stosunku do dzieci jękanających się w wieku przedszkolnym dopasowanych do naszych warunków kulturowych oraz stosowanych w naszym kraju metod terapeutycznych. W 2008 roku Tomasz Woźniak przedstawił standard postępowania logopedycznego dotyczącego jękania,

⁵ Do objawów towarzyszących jękananiu zalicza się uczucia i reakcje emocjonalne dziecka (np. denerwowanie się z tego powodu, bycie smutnym, wściekłym, zirytowanym, zaskoczonym), reakcje związane z mówieniem (np. wycofywanie się z wypowiedzi; skracanie wypowiedzi; mówienie głośniejsze, z większym natężeniem głosu; mówienie szeptem; wplatanie w wypowiedź „emm”), reakcje dotyczące ciała – reakcje walki (np. napięcia w obrębie szyi i twarzy, wzdęcia głowy, ramion, nóg). Jak podkreśla Peter Schneider (2017), dzieci, które skutecznie korzystają z tych strategii, rzadziej prezentują widoczne objawy jękania (powtórzenia, przeciągnięcia, bloki), jednakże odczuwają one duży stres, że dana strategia zawiedzie.

⁶ Rzetelne informacje na temat jękania można odnaleźć na stronach internetowych anglojęzycznych *The Stuttering Foundation*, *National Stuttering Association*, *British Stammering Association* czy polskojęzycznego portalu poświęconego jękananiu *Demostenes.eu*, czy też w materiałach i filmach zawartych na stronie Międzynarodowej Konferencji Logopedycznej „Zaburzenia płynności mowy – teoria i praktyka”. Nadal brakuje stron internetowych w języku polskim, gdzie specjalista, ale też rodzic mógłby odnaleźć rzetelne informacje na temat jękania u dzieci. Terapeuci mogą polecać pozycje książkowe, np. *Czy moje dziecko się jąka?* Katarzyny Węsierskiej i Barbary Jeziorczak (2011), *Jękanie to nie wyrok* Anny Szerszeńskiej (2013), *Dziecko i jękanie* Wandy Kosteckiej (2000), *Zrozumieć jękanie. Poradnik dla rodziców, nauczycieli i terapeutów* Elaine Kelman i Alison Whyte (2018), *Moje dziecko się jąka. Co mogę zrobić?* Petera Schneidera (2017).

w którym została omówiona diagnoza dziecka jękającego się. W *Standardach postępowania logopedycznego* (Grabias, Panasiuk i Woźniak, 2015) można odnaleźć procedurę dotyczącą diagnozy i terapii osób z zaawansowanym jękaniem. Katarzyna Węsierska i Barbara Jeziorczak (2016) opracowały schemat postępowania diagnostycznego w przypadku dzieci nie płynnie mówiących w wieku przedszkolnym. Wydaje się więc, że pierwsze kroki zostały już zainicjowane w naszym kraju, należałoby je rozszerzać i kontynuować.

Wczesne rozpoznanie dziecka z grupy ryzyka utrzymania się jękania

Rodzice dzieci jękających się bardzo często zgłaszają, że zostali zbyt późno skierowani do logopedy, najczęściej, gdy u ich dziecka jękanie trwało już kilka lat. Wyniki badań sondażowych Aleksandry Boroń, Katarzyny Węsierskiej i Jodepha Agiusa (2020) dotyczące problemu wczesnej interwencji w jękaniu przeprowadzone wśród 29 osób z różnych krajów pokazują, że przedział wiekowy dzieci jękających się, którym udziela się pomocy, waha się od 2,6 do 6 lat. Czas oczekiwania na wizytę u specjalisty jest zależny od dostępu do placówek specjalistycznych w danym kraju i może trwać nawet rok. Wyniki badań wskazują, że brakuje logopedów wykształconych w zakresie diagnozy i terapii jękania wczesnodziecięcego.

W Polsce logopedzi najczęściej dokonują wczesnego rozpoznania ryzyka jękania tylko na podstawie objawów i stopnia natężenia jękania. Na tej podstawie podejmują decyzję o dalszej diagnozie i terapii dziecka. Nie jest to wystarczające działanie, gdyż jękanie jest zaburzeniem zmiennym. Jednak coraz częściej mówi się o wieloaspektowości jękania i znaczenia kompleksowości procesu diagnozy i terapii (Boroń, Węsierska Agius, 2020).

Jak podkreślają Węsierska, Jeziorczak i Anna Chrostek (2013), podstawowym narzędziem z zakresu profilaktyki w przypadku jękania jest przesiew, tzw. skrining (ang. *screening*). Takie badanie pozwala na ocenę czynników ryzyka utrzymania się jękania oraz podjęcia dalszych decyzji. Badaczki podkreślają, że taka ocena wymaga specjalistycznej wiedzy, dlatego takie przesiewy logopedyczne powinny być przeprowadzane przez logopedów. Warto tu jednak rozważyć, czy skriningi, z racji tego,

że dużo dzieci jękających się w wieku przedszkolnym w Polsce otrzymuje pomoc zbyt późno, nie powinny być również przeprowadzane przez innych specjalistów, na przykład pedagogów, lekarzy, psychologów po odpowiednim wcześniejszym przeszkoleniu. Należy podkreślić, że przy podejmowaniu decyzji o rozpoczęciu i typie wczesnej interwencji terapeutycznej (tj. np. monitoring, konsultacja, dalsza diagnoza, interwencja pośrednia i/lub bezpośrednia) powinno uwzględnić się wymienione poniżej zakresy:

- 1) wskaźniki behawioralne, czyli objawy i stopień natężenia jękania obecny w różnych kontekstach sytuacyjnych, na przykład dialogu, wypowiedziach spontanicznych dziecka, rozmowie z osobami bliskimi oraz w mowie pod presją czasu;
- 2) informacje i dane uzyskane z wywiadu z rodzicami/opiekunami dziecka dotyczące:
 - a) dokładnej historii zaburzenia, na przykład dokładnego czasu trwania zaburzenia, określenia początku jękania (nagły czy stopniowy), reakcji emocjonalnych i fizycznych dziecka na swoje jękanie, opisu zmian w objawach jękania od jego pojawienia się do chwili obecnej;
 - b) czynników istotnych dla rozwoju i utrzymania się jękania, na przykład rodzinnej historii jękania, reakcji rodziców na jękanie dziecka, aktualnych warunków życia domowego, problemów zdrowotnych dziecka;
- 3) informacje i dane uzyskane z wyników badań diagnostycznych lub analizy sytuacji rodzinnej (np. reakcji rodziców na jękanie, lęku rodziców).
- 4) wyniki badania rozumienia i nadawania mowy, sprawności fonologicznej, motorycznej oraz słuchu dziecka (Yairi i Seery, 2015).

Skupienie się tylko na ilości i jakości niepełności może nie spełnić istotnej funkcji dostrzeżenia dzieci zagrożonych utrzymaniem się jękania. Konieczne jest odwołanie się do rekomendacji przytoczonych wyżej i wdrożenie podobnych rekomendacji w Polsce.

Naturalne ustępowanie objawów jękania

Wyniki badań naukowych dotyczących naturalnego ustępowania objawów jękania są bardzo rozbieżne, co może wynikać z różnych technik badawczych. Najbardziej wiarygodne dane uzyskiwane są z badań

podłużnych. Ehud Yairi i Nicoline Ambrose w 1992 roku przeprowadzili dwuletnie badanie podłużne oceniające częstotliwość występowania jąkania. W badaniu uczestniczyło 27 dzieci, których mowę analizowano 2–3 razy w roku. Badanie wykazało, że po dwóch latach jąkanie ustąpiło u 67% dzieci i u aż 89% dzieci kilka lat później (Yairi, Ambrose, 2013). Podłużne badania przeprowadzone w Danii (Månson, 2000), w Niemczech (Johannsen, 2001, za: Yairi i Ambrose, 2013) i w Stanach Zjednoczonych (Ryan, 2001) również wskazują na wysokie wskaźniki samoistnego ustąpienia jąkania (od 68% do 96%) u dzieci w wieku przedszkolnym. Najczęściej przyjmuje się, że u około 75–85% dzieci objawy jąkania naturalnie ustąpią, najczęściej przed osiągnięciem dojrzałości płciowej, natomiast 15–25% dzieci nadal będzie jąkało się w wieku dorosłym (Yairi i Ambrose, 2005; 2013). Odestek dzieci, u których jąkanie ustępuje po roku od rozpoczęcia, szacuje się na 6,3–9% (Błachnio i Przepiórka, 2012; Yairi i Ambrose, 2005).

Roger Ingham i Anne Cordes (1998) porównali wyniki różnych badań dotyczących efektów terapii jākających się dzieci. W grupie dzieci otrzymujących pomoc w okresie do 15 miesięcy od wystąpienia jąkania wskaźnik ustąpienia jąkania wyniósł 85,7%, natomiast w grupie dzieci, które rozpoczęły terapię po 15 miesiącach, wyniósł 59,4% (Ingham i Cordes, 1998). Jak podkreślają Mark Onslow i Robyn Lowe (2019), szansa na uzyskanie płynności mówienia po 18 miesiącach od wystąpienia jąkania wydaje się mniejsza niż 10%, stąd też wskazana jest konieczność podjęcia wczesnej interwencji.

Odnotowuje się przypadki samoistnego ustąpienia jąkania w wieku dorosłym, ale są one niezwykle rzadkie. Nadal naukowcy nie są w stanie precyzyjnie określić, u których dzieci jąkanie pozostanie, a u których wystąpi tzw. naturalne ustępowanie objawów (ang. *natural recovery*)⁷. Całkowite ustąpienie objawów jąkania można stwierdzić wówczas, gdy spełnione zostaną warunki:

- 1) zarówno rodzice dziecka, jak i logopeda są zgodni, że ocena ciężkości jąkania na 8- lub 9-stopniowej skali jest niższa niż 1;
- 2) w 100-sylabowej próbie nie płynności typowe dla jąkania (ang. *stuttering-like disfluencies*) wynoszą w wypowiedzi dziecka mniej niż 3;

⁷ W Polsce i na świecie można spotkać się z terminem „spontaniczne ustępowanie objawów jąkania” (ang. *spontaneous recovery*) (Wesierska i Jeziorczak, 2016). Współcześnie część badaczy uznaje, że bardziej właściwe jest mówienie o naturalnym ustępowaniu objawów jąkania (ang. *natural recovery*).

- 3) brak objawów jąkania utrzymuje się co najmniej przez 12 miesięcy (Boroń, Węsierska i Agius, 2020). Jak podkreślają Ehud Yairi i Carol Seery (2011), o stabilnym ustąpieniu objawów jąkania można mówić dopiero, gdy opisane powyżej warunki będą utrzymywały się przez cztery lata.

Czynniki ryzyka utrzymania się jąkania u dzieci w wieku przedszkolnym

W Niemczech lekarze podczas regularnego bilansu pediatrycznego dokonują oceny mowy dzieci 3-, 4- i 5-letnich, zwracając także uwagę na aspekt dotyczący jąkania. W rekomendacjach stworzonych przez zespół niemieckich specjalistów podkreśla się, że godnym polecenia narzędziem, które powinno być wykorzystywane do badań skringingowych jest skala *Bochum-Aachen Stuttering Screening* (BASS) (Neumann i in., 2017). Natomiast w przypadku dzieci, u których wystąpiło jąkanie lub mają krewnych jąkających się, zaleca się SLS. Specjalista interpretuje wyniki w celu stwierdzenia obecności bądź braku czynników ryzyka utrzymania się jąkania, a następnie opracowania i podjęcia odpowiednich działań.

W krajach anglojęzycznych najczęściej wykorzystywanymi narzędziami do badań przesiewowych są *Stuttering Prediction Instrument for Young Children* (SPI) (Riley, 1981), *Screening List for Stuttering* (SLS) (Riley, Riley, 1989) czy też *Stuttering Detektor Instrument* (Yairi i Seery, 2015).

W Polsce ogólnie dostępnym narzędziem jest *Ocena Ryzyka Jąkania* Węsierskiej i Jeziorczak (2016). Narzędzie to pozwala na wczesną identyfikację dzieci z grupy ryzyka utrzymania się jąkania. Niestety nie jest ono narzędziem powszechnie stosowanym przez diagnostów. Uniwersalne badania przesiewowe pod kątem wychwycenia dzieci z jąkaniami bądź z grupy ryzyka jąkania mogłyby być rutynowo wykonywane przez logopedów w przedszkolach czy też lekarzy pediatrów podczas bilansów zdrowia. Zaangażowanie innych specjalistów we wczesną identyfikację dzieci z grupy ryzyka utrzymania się jąkania pozwoliłoby na udzielenie dzieciom jąkającym się i dzieciom z grupy ryzyka szybkiej i bardziej efektywnej pomocy.

Do czynników ryzyka utrzymania się jąkania zalicza się:

- 1) płeć męską;
- 2) historię jąkania w rodzinie (szczególnie trwałe jąkanie);

- 3) czas utrzymywania się jąkania > 6 miesięcy;
- 4) pierwsze objawy jąkania przed 3.–4. roku życia;
- 5) przewaga niepełności typowych dla jąkania lub duże nasilenie objawów;
- 6) świadomość dziecka dotycząca własnych trudności (negatywne reakcje emocjonalne);
- 7) silne zaniepokojenie rodziców lub ich niewłaściwa reakcja na jąkanie dziecka;
- 8) nieharmonijny, przyspieszony czy też opóźniony rozwój mowy dziecka;
- 9) temperament dziecka (perfekcjonizm, duża wrażliwość, trudność z samoregulacją emocji);
- 10) współwystępujące zaburzenia mowy i/lub inne problemy rozwojowe (Węsierska i Jeziorczak, 2016; Yaruss i Reardon-Reeves, 2017).

Reakcje rodziców na jąkanie dziecka

Zgodnie z rekomendacją opracowaną w 2014 roku przez NVLF, NVST oraz Stowarzyszenie Dzieci, Młodzieży i Dorosłych Jąkających się oraz ich Rodzin Demostenes (Pertijs i in., 2014) logopeda lub specjalista do spraw płynnego mówienia powinien rozpocząć interwencję terapeutyczną u dziecka (nawet tego, które jąka się krócej niż 12. miesięcy), jeśli rodzice są bardzo zaniepokojeni jąkaniem się dziecka. Najczęściej, jeśli jąkanie u dziecka pojawia się nagle (z dnia na dzień) i jest silne, połączone z blokowaniem, wówczas rodzice odczuwają silny lęk, czują niepewność, nie wiedzą, jakie działania podjąć. Głównym źródłem informacji w takim momencie stają się najczęściej strony internetowe.

Ronny Boey (2012) przebadła 1549 osób (wiek od 1,9 do 17,8 lat) w celu analizy czynników mających wpływ na rozwinięcie się jąkania. Jednym z wyodrębnionych czynników była reakcja rodziców na pojawienie się i obecność jąkania u dziecka. Wyniki badań pozwoliły wyodrębnić trzy grupy rodziców. I grupa reagowała, na pojawienie się jąkania u dziecka prośbami, by dziecko się nie denerwowało, uspokoiło; II grupa nie interweniowała, pozwalała dziecku swobodnie się wypowiedzieć; III grupa dawała instrukcje, jak dziecko powinno mówić, na przykład „zatrzymaj się”, „nabierz powietrza, nabierz głęboko powietrza”, „powiedz to, powiedz

to jeszcze raz”, „zaśpiewaj to”, „szepcz” lub kończyła za dziecko słowa lub zdania. Reakcje III grupy rodziców występowały najczęściej, gdy u dzieci obserwowano silne natężenie jąkania. Boey (2012) podkreśla, że oprócz rodziców na jąkanie dziecka reagowali też dziadkowie (88%), nauczyciele (86%), rodzeństwo (40%) i inne dzieci w rodzinie (52%). Badania Boey (2012) wykazały, że reakcje rodziców były bardzo mocno powiązane z emocjami i reakcjami dziecka na swoje jąkanie, a nie zależały od płci dziecka; od tego, czy w rodzinie były/są osoby jąkające się; czy ojciec lub matka się jąkają. W Polsce logopedzi, w celu rozpoznania reakcji najbliższego otoczenia na jąkanie dziecka, mogą skorzystać ze *Skali Reakcji na Niepłynność Mówienia* Zbigniewa Tarkowskiego (2011). Jest ona adresowana zarówno do rodziców/opiekunów dziecka, jak i do nauczycieli.

Emocje i postawy dziecka jąkającego się wobec własnej mowy

W przytoczonych rekomendacjach opracowanych przez ASHA, NVLF i NVST podkreśla się, że dziecko powinno być objęte wczesną interwencją, jeśli ma ono świadomość własnego jąkania i towarzyszą jej negatywne reakcje.

Boey (2012) podkreśla, że około 75% jąkających się dzieci ma świadomość zaburzenia mowy. Badania przeprowadzone przez Węsierską podczas adaptacji kwestionariusza Kiddy-CAT (Vanryckeghem, Brutten, Gene, 2015) na 58 jąkających się dzieciach w wieku przedszkolnym i 70 dzieciach z grupy kontrolnej wykazały, że dzieci jąkające się niezależnie od płci mają znacznie bardziej negatywne nastawienie do komunikowania się niż ich płynnie mówiący rówieśnicy. Świadomości jąkania u dzieci w wieku przedszkolnym towarzyszą najczęściej określone zachowania niewerbalne (np. zwiększone napięcie fizyczne, płacz, tiki) oraz werbalne (np. dziecko informuje, że trudno mu się mówić; że nie może nic powiedzieć; prosi o pomoc). Rodzice i terapeuci powinni zwrócić również uwagę na zachowania wtórne, na przykład zmniejszoną długość wypowiedzi; unikanie mówienia; niewielkie zmiany wysokości głosu podczas epizodów jąkania.

Natężenie nie płynności i jej jakość

Niezwykle istotne jest monitorowanie natężenia jąkania, między innymi ono pozwala na podejmowanie dalszych decyzji diagnostycznych czy też terapeutycznych. Rodzice powinni wspierać logopedę i uczestniczyć czynnie w tym procesie. Jąkanie jest bowiem zmiennym zaburzeniem, a uwzględnienie informacji uzyskanych od rodziców, którzy mają możliwość obserwacji swojego dziecka w różnych, zmieniających się sytuacjach, interakcjach z innymi ludźmi, reakcjach na przeżywane emocje, daje pełniejszy obraz zaburzenia. Zadaniem logopedy jest doprecyzowanie, czy nie płynności obserwowane w mowie dziecka są charakterystyczne dla jąkania⁸. Istotne jest nauczenie rodziców obserwowania i zapisywania natężenia i jakości nie płynności obserwowanych u ich dziecka. W praktyce pomocne jest użycie nagrań dziecka w celu weryfikacji obserwacji rodziców. Aby ocenić stopień natężenia nie płynności w mowie dziecka, rodzice najczęściej proszeni są o wybranie odpowiedzi na 8-punktowej skali, w której: 0 – oznacza normalną płynną mowę, 1 – oznacza pogranicze, 2 – łagodne jąkanie, 3 – łagodne do umiarkowanego, 4 – umiarkowane, 5 – umiarkowane z tendencją do silnego, 6 – silne jąkanie, a 7 – bardzo silne jąkanie⁹. Niektórzy badacze krytykują ten rodzaj pomiaru, zarzucając mu brak wiarygodności czy też brak pełnej zgodności między rodzicami a terapeutą w pomiarach. Inni natomiast podkreślają, że zebranie informacji od rodziców pozwala na pełniejszy wgląd w nie płynność dziecka oraz pozwala powiązać ją z sytuacjami czy też jego zachowaniami (zob. Tumanowa i in., 2018). Jak podkreśla Pertijs (2015), spadek natężenia nie płynności może być traktowany jako czynnik ustępowania jąkania po około roku od początku pojawienia się jąkania. Rekomenduje się, by u wszystkich dzieci, u których jąkanie wystąpiło przed czwartym rokiem życia, monitorować mowę dziecka przez okres roku, mniej więcej co 3 miesiące. Jeśli przez okres od 3 do 6 miesięcy natężenie jąkania u danego dziecka nie obniży się o 2 punkty na 8-punktowej skali, logopeda powinien rozpocząć terapię.

⁸ Współcześnie odchodzi się od podziału na jąkanie kloniczne i toniczne, ale opisuje się dokładne objawy, odchodzi się również od nazwy „rozwojowe jąkanie” (ang. *developmental stuttering*), gdyż problemy z płynnością nie są typowe dla normalnego rozwoju mowy dziecka (Neumann i in., 2017).

⁹ Jest to skala zaproponowana przez Yairiego i Ambrose (1999), którzy prowadzili długofalowe badania dzieci jąkających się.

Propozycja kierunków działań w zakresie wczesnej interwencji wobec dzieci z nie płynnością mówienia w wieku przedszkolnym

A. Edukacja

Pierwszym etapem wszystkich oddziaływań powinno być poszerzenie wiedzy społeczeństwa na temat jąkania (strony internetowe, webinaria, blogi, social media itp.). Jako zasadne wymienia się upowszechnienie wiedzy na temat zaburzeń płynności mowy, w tym jąkania wczesnodziecięcego i wczesnej interwencji w jąkanii szczególnie wśród osób opiekujących się dziećmi w wieku przedszkolnym, tzn. nauczycieli, lekarzy pediatrów, psychologów, specjalistów wczesnej interwencji. Pozwala to bowiem na stworzenie łańcucha osób, z najbliższego otoczenia dziecka, które mogą udzielić mu wsparcia i rozumieją jego trudności (Boroń, Węsierska i Agius, 2020). Istotne jest organizowanie warsztatów dla rodziców podnoszących wiedzę i świadomość na temat prawidłowego rozwoju mowy dziecka w wieku przedszkolnym oraz zaburzeń w rozwoju mowy, w tym jąkania. Wiedza na temat jąkania wczesnodziecięcego powinna być przekazywana przez osoby specjalizujące się w zaburzeniach płynności mowy i posiadających doświadczenie diagnostyczne i terapeutyczne w pracy z pacjentem jąkającym się.

B. Badania przesiewowe w placówkach przedszkolnych

Konieczne wydaje się prowadzenie badań przesiewowych pod kątem ryzyka utrzymania się jąkania u dzieci od 2. do 6. roku życia. Takie badania powinny się odbywać w przedszkolach, co najmniej dwa razy w roku. Należy podkreślić, że jąkanie jest zmiennym zaburzeniem. U dziecka jąkającego się mogą występować znaczne różnice w jakości i natężeniu jąkania w zależności na przykład od sytuacji komunikacyjnej, adresata wypowiedzi, formy wypowiedzi. Objawy jąkania mogą nasilać się lub ustępować (nawet na kilka tygodni). Stąd ważna jest w postępowaniu przesiewowym i diagnostycznym ścisła współpraca logopedy z nauczycielami pracującymi z grupami dzieci w wieku od 2. do 6. roku życia oraz ich rodzicami.

C. Profilaktyczne badania lekarskie u pediatry, tzw. bilanse zdrowia

Profilaktyczne badania lekarskie dzieci pozwalają wychwycić nieprawidłowości w rozwoju dziecka. W Polsce bilanse zdrowia u dzieci młodszych przeprowadza się w 1., 2., 4. i 6. roku życia. Zakres badania zależy od wieku dziecka. Podczas bilansu ocenia się stan zdrowia i rozwoju dziecka z odniesieniem do norm wiekowych. Pediatrzy zwracają uwagę na stan rozwoju mowy dziecka, jednak w ocenie rzadko uwzględniają nieprawidłowości związane z niepełnością mówienia. A to lekarz, w takich przypadkach, powinien pokierować rodziców do odpowiedniego specjalisty zajmującego się zaburzeniami płynnego mówienia. Niezwykle istotne jest więc budowanie świadomości wśród lekarzy pediatrów¹⁰.

D. Monitoring

Systematyczny monitoring płynności mowy dziecka, przeprowadzany co kilka miesięcy, pozwala ocenić między innymi: czy niepełność w mowie dziecka zmniejsza się, czy ulega nasileniu, czy u dziecka pojawiła się świadomość jąkania; czy zaistniały czynniki dodatkowe, które mogą wpłynąć na utrzymanie się jąkania; czy i jaką rozpocząć interwencję terapeutyczną. Monitoring powinien być prowadzony przy ścisłej współpracy z rodzicami/opiekunami dziecka.

E. Konsultacja z rodzicami/opiekunami – poradnictwo

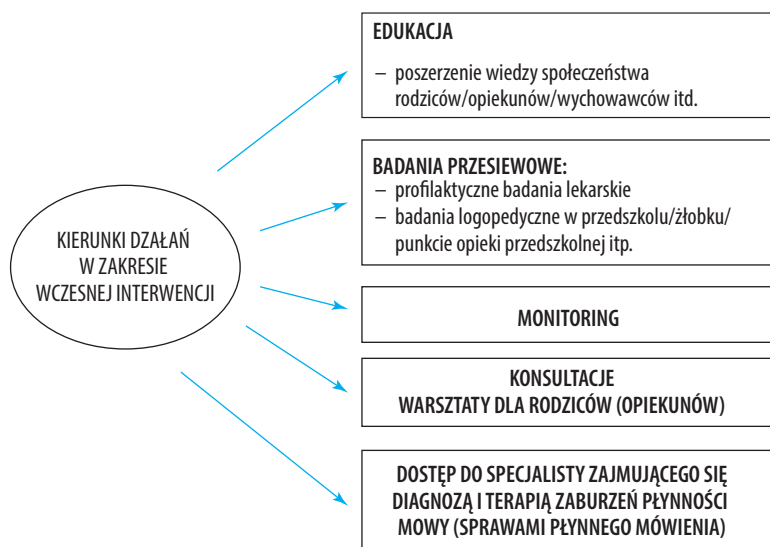
Od dawna poradnictwo dla rodziców dzieci jękających się w wieku przedszkolnym jest standardową praktyką (Byrne, 1989; Kostecka, 2000). W trakcie konsultacji z rodzicami logopeda, nie wiedząc, jakie działania podejmą rodzice, powinien przekazać im w sposób zrozumiały rzetelne informacje, dotyczące niepełności mowy u dziecka. Powinien także przekazać stosowne zalecenia dotyczące między innymi: pracy z dzieckiem, stworzenia sprzyjającego środowiska domowego, reagowania na jąkanie dziecka. Należy budować poczucie sprawstwa u rodziców w zakresie pomocy jękającemu się dziecku, skuteczniejsza wówczas będzie ich pomoc

¹⁰ Godna polecenia jest publikacja *Dziecko, które się jąka. Informacje dla pediatry* (Guitar i Conture, 2012).

(Węsierska, Laszczyńska i Pakura, 2017). Wizyta powinna odbywać się bez udziału dziecka, gdyż zapewnia to bardziej swobodną i otwartą dyskusję. Podczas spotkania powinni być obecni oboje rodzice lub opiekunowie dziecka. Yairi i Seery (2015) proponują, by logopeda podczas konsultacji z rodzicami uwzględnił następujące kwestie: 1. Co powoduje jąkanie? 2. Co rodzice mogą zrobić w domu, by pomóc swojemu dziecku? 3. Co rodzice mogą zrobić, gdy dziecko się jąka? 4. Co dalej w obliczu niepełności?

Niezwykle istotne jest włączenie rodziców/opiekunów w podejmowane działania z zakresu wczesnej interwencji terapeutycznej dopasowanej indywidualnie do wieku, możliwości dziecka, potrzeb danej rodziny. Schemat 1 prezentuje kierunki działań w zakresie wczesnej interwencji.

Schemat 1. Kierunki działań dotyczące potrzeby podejmowania wczesnej interwencji u dzieci jękających się w wieku przedszkolnym



Źródło: opracowanie własne.

Podsumowanie

Wiek przedszkolny to czas, kiedy jękające się dziecko ma największe szanse na wyjście z jąkania; to czas, w którym działania z zakresu profilaktyki i wczesnej terapii logopedycznej są bardzo istotne. Niezwykle ważne jest także budowanie świadomości wagi podejmowania wczesnej

interwencji w zakresie pomocy dzieciom jękającym się wśród logopedów, lekarzy, psychologów, nauczycieli, a także rodziców. Nakreślone w artykule kierunki działań stanowią implikację dla praktyki logopedycznej w Polsce.

Bibliografia

- Błachnio, A., Przepiórka, A. (2012). Jękanie jako zaburzenie z perspektywy psychologicznej: przegląd badań. *Psychologia Jakości Życia*, 11(2), 211–222.
- Boey, R. (2012). Essentials of Epidemiology and Phenomenology of Stuttering – Consequences for Clinical SLP Practice. *Logopedija*, 3(1), 1–11.
- Boroń, A., Węsierska, K., Aguis, J. (2020). Wczesna interwencja w jękananiu w świetle wyników międzynarodowego sondażu diagnostycznego. W: K. Węsierska, M. Witkowski, (red.), *Zaburzenia płynności mowy – teoria i praktyka* (s. 133–152). Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Byrne, R. (1989). *Pomówmy o zacinaniu*. Tłum. T. Zaleski. Warszawa: PZWL.
- Conture, E.G., Yaruss, J.S. (2008). *Treatment efficacy summary*. Pobrane z: <http://www.asha.org/uploadedFiles/public/TreatmentEfficacySummaries2008.pdf> (dostęp: 2.06.2019).
- Grabias, S., Panasiuk, J., Woźniak, T. (2015). *Standardy Postępowania Logopedycznego*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Guitar, B., Conture, E.G. (2012). *Dziecko, które się jęka. Informacje dla pediatry*. Tłum. M. Węsierska. Katowice: Centrum Logopedyczne.
- Ingham, R.J., Cordes, A.K. (1998). Treatment Decisions for Young Children Who Stutter: Further Concerns and Complexities. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 7(3), 10–19.
- Iverach, L., O'Brians, S., Jones, M., Block, S., Lincoln, M., Harrison, E., Hewat, S., Menzies, R.G., Packman, A., Onslow, M. (2009). Prevalence of anxiety disorders among adults seeking speech therapy for stuttering. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 928–934.
- Kelman, E., Whyte, A. (2018). *Zrozumieć jękanie. Poradnik dla rodziców, nauczycieli i terapeutów*. Tłum. P. Dobrowolski. Kraków: Wydawnictwo Edukacyjne.
- Klein, J.F., Hood, S.B., Klein, J.F. (2004). The impact of stuttering on employment opportunities and job performance. *Journal of Fluency Disorders*, 29, 255–273.
- Kostecka, W. (2000). *Dziecko i jękanie*. Lublin: PTL.
- Neumann, K., Euler, H.A., Bosshardt, H.G., Cook, S., Sandrieser, P., Sommer, M. (2017). Clinical practice guideline: The pathogenesis, assessment and treatment of speech fluency disorders. *Deutsches Arzteblatt International*, 114(22–23), 383–390.
- Månson, H. (2000). Childhood Stuttering: Incidence and Development. *Journal of Fluency Disorders*, 25(1), 47–57.
- O'Brian, S., Jones, M., Packman, A., Menzies, R., Onslow, M. (2011). Stuttering severity and educational attainment. *Journal of Fluency Disorders*, 36, 86–92.

- Onslow, M., Lowe, R. (2019). After the RESTART trial: Six guidelines for clinical trials of early stuttering intervention. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 54(4), 517–528.
- Pertjjs, M. (2015). *Spontaneous Recovery in Stuttering: The evidence-based Guideline for the Treatment and Management of developmental Stuttering: When to start therapy?* European CPROL Congress, 8–9 May 2015, Florence Italy.
- Pertjjs, M.A.J., Oonk, L.C., Beer, de J.J.A., Bunschoten, E.M., Bast, E.J.E.G., Ormondt, van J., Rosenbrand, C.J.G.M., Bezemer, M., Wijngaarden, van L.J., Kalter, E.J., Veenendaal, van H. (2014). *Clinical Guideline Stuttering in Children, Adolescents and Adults*. Woerden: NVLF.
- Riley, G.D. (1981). *Stuttering Prediction Instrument for Young Children*. Austin: Pro-Ed.
- Riley, G.D., Riley, J. (1989). Physician's screening procedure for children who may stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 14, 57–66.
- Ryan, B.P. (2001). A longitudinal study of articulation, language, rate, and fluency of 22 preschool children who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 26 (2), 107–127.
- Schneider, P. (2017). *Moje dziecko się jąka. Co mogę zrobić? Poradnik dla rodziców i opiekunów dzieci jękających się*. Tłum. A. Boroń. Katowice: Centrum Logopedyczne.
- Szerszeńska, A. (2015). *Jękanie to nie wyrok*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Tarkowski, Z. (2011). *Skala Reakcji na Niepłynność Mówienia*. Lublin: Wydawnictwo Fundacji „Orator”.
- Tarkowski, Z., Humeniuk, E., Dunaj, J. (2010). Diagnostyka i terapia jękania w wieku przedszkolnym. *Otolaryngologia*, 9(3), 112–116.
- Tran, Y., Blumgart, E., Craig, A. (2010). Subjective distress associated with chronic stuttering. *Journal of Fluency Disorders*, 36, 17–26.
- Tuchowska, J.A., Faściszewska, M. (2020). Terapia jękania u dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym. W: J. Skibska (red.), *Terapia interdyscyplinarna. Wybrane problemy* (s. 233–266). Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Tumanowa, V., Choi, D., Conture, E.G., Walden, T.A. (2018). Expressed parental concern regarding childhood stuttering and the Test of Childhood Stuttering. *Journal of Communication Disorders*, 72, 86–96.
- Van Borsel, J., Brepoels, M., De Coene, J. (2011). Stuttering, attractiveness and romantic relationships: The perception of adolescents and young adults. *Journal of Fluency Disorders*, 36, 41–50.
- Vanryckeghem, M., Brutten, Gene, J. (2015). *KiddyCAT. Test do badania postaw związanych z komunikowaniem się jękających się dzieci w wieku przedszkolnym*. Tłum. i adapt. K. Węsierska. Gdańsk: Harmonia Universalis.
- Węsierska, K., Jesiorczak, B. (2011). *Czy moje dziecko się jąka? Przewodnik dla rodziców małych dzieci, które mają problem z płynnym mówieniem*. Katowice: Centrum Logopedyczne.
- Węsierska, K., Jeziorczak, B., Chrostek, A. (2013). *Profilaktyka i wczesna interwencja w jękanii u małych dzieci*. W: K. Węsierska, N. Moćko (red.), *Profilaktyka logopedyczna w praktyce edukacyjnej* (t. 2, s. 187–212). Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.

- Węsierska, K., Jeziorczak, B. (2016). *DJ – Diagnoza jąkania u dzieci w wieku przedszkolnym*. Katowice: Wydawnictwo Komlogo.
- Węsierska, K., Laszczyńska, A., Pakura, M. (2017). Wczesna interwencja w jąkanii wczesnodziecięcym w Polsce w opiniach logopedów i rodziców dzieci jåkających się. *Forum Logopedyczne*, 25, 81–96.
- Woźniak, T. (2015a). Teorie pochodzenia jåkkania oparte na dowodach. *Logopedia Silesiana*, 4, 72–80.
- Woźniak, T. (2015b). Diagnoza i terapia osób z zaawansowanym jåkkanii. W: S. Grabias, J. Panasiuk, T. Woźniak (red.), *Standardy postępowania logopedycznego. Podręcznik akademicki* (s. 797–838). Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Yairi, E., Ambrose, N.G. (2005). *Early Childhood Stuttering for Clinicians by Clinicians*. Austin: Pro-ed.
- Yairi, E., Ambrose, N.G. (2013). Epidemiology of stuttering: 21st century advances. *Journal of Fluency Disorders*, 38, 66–87.
- Yairi, E., Ambrose, N. (1999). Early childhood stuttering I: Persistency and recovery rates. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 42(5), 1097–1112.
- Yairi, E., Seery, C. (2015). *Stuttering: Foundations and clinical applications*. Boston: Pearson.
- Yaruss, J.S., Quesal, R.W. (2004). Stuttering and the International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF): An update. *Journal of Communication Disorders*, 37(1), 35–52.
- Yaruss, J.S., Reardon-Reeves, N. (2017). *Early Childhood Stuttering Therapy: A Practical Guide*. McKinney: Stuttering Therapy Resources.

ANALIZA METOD TERAPII JĄKANIA STOSOWANYCH U DZIECI W WIEKU PRZEDSZKOLNYM I WCZESNOSZKOLNYM

STRESZCZENIE

W artykule zaprezentowane zostały wybrane metody terapii jąkania, których skuteczność jest potwierdzona w badaniach naukowych i które w praktyce międzynarodowej, a także polskiej są rekomendowane dla dzieci w wieku od 2 do 8 lat. Są to następujące metody: Palin Parent – Child Interaction, Lidcombe Program, Metoda Wymagań i Możliwości, Mini-kids oraz Program Całościowej Zintegrowanej Aktywności Dzieci. Metody te stosowane są przez polskich logopedów. Obejmują one pracę pośrednią z rodzicami dziecka oraz bezpośrednią z dzieckiem jękającym się.

Słowa kluczowe: jąkanie, terapia jąkania, jąkanie u dzieci, Palin PCI, Lidcombe Program, Mini-kids, Program CZAD

Analysis of stuttering therapy methods used in preschool and early school age

ABSTRACT

The article presents existing methods of stuttering therapy whose effectiveness has been confirmed in scientific research and which in international and Polish practice are recommended for children aged 2 to 8 years. These are the following methods: Palin Parent – Child Interaction, Lidcombe Program, DCM, Mini-kids and the Holistic Integrated Child Activity Program CZAD. These methods are used by Polish speech therapists. These include indirect work with the child's parents and direct work with the child who stutters.

Keywords: stuttering, stuttering therapy, stuttering in children, Palin PCI, Lidcombe Program, Mini-kids, CZAD Program

Wprowadzenie

Jąkanie wczesnodziecięce jest zaburzeniem płynności mowy, które stwierdza się najczęściej u dzieci w wieku przedszkolnym lub wczesnoszkolnym. W sytuacji wystąpienia objawów niepełności u dziecka ogromnie ważna jest wczesna interwencja logopedyczna. Udanie się do balbutologopedy i właściwa diagnoza pozwala na ocenę charakteru i nasilenia występujących niepełności. Jeśli specjalista stwierdzi niepełność mówienia, zalecone zostaną rodzicom: uważna obserwacja objawów niepełności u dziecka; wdrożenie zasad profilaktycznych wspierających dziecko w płynnej komunikacji; lektura specjalistycznych materiałów, która pozwoli rodzicom bliżej poznać problem dziecka. Natomiast jeżeli postawiona zostanie diagnoza jąkania wczesnodziecięcego lub zostanie stwierdzone ryzyko jego wystąpienia, wówczas dziecko powinno zostać objęte opieką logopedyczną – powinny zostać wdrożone odpowiednie techniki terapeutyczne, które pomogą zmniejszyć lub zlikwidować objawy jąkania. Rekomendowane i zbadane naukowo metody (ang. *evidence based practice*) od kilku lat realizowane są również na polskim rynku terapeutycznym. Należą do nich: *Palin Parent – Child Interaction – Palin PCI* (Kelman i Nicholas, 2013), *Model Wymagań i Możliwości (Demands and Capacities Model, DCM)* (Starkweather i Gottwald, 1990), *Lidcombe Program* (Onslow, Packman i Harrison, 2003), *Mini-kids* (Schneider i Sandrieser, 2015) oraz obecnie badana i wdrażana na rynku polskim nowa metoda – *Program Całościowej Zintegrowanej Aktywności Dzieci CZAD* (Jastrzębowska-Jasińska, 2019). W niniejszym artykule przedstawiony został przegląd wybranych metod terapii jąkania dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym.

Jąkanie wczesnodziecięce – zarys problemu

Jąkanie, jak pisze Mieczysław Chęciek (2007, s. 48), to „[...] komunikatywne zaburzenie płynności mówienia o podłożu wieloczynnikowym, któremu towarzyszą zakłócenia fizjologiczne, psychologiczne, językowe i socjologiczne, a przejawia się skurczami mięśni oddechowych, fonacyjnych i artykulacyjnych, wywołujących kloniczne i toniczne blokowanie jednostek mowy oraz dysfunkcjami objawów pozajęzykowych pod postacią między innymi stanów logofobicznych i współruchów mięśniowych”.

Zbigniew Tarkowski, Ewa Humeniuk i Jolanta Dunaj (2011), uszczegółowiając tę definicję, opisują jąkanie wczesnodziecięce jako niepłynność mówienia o charakterze patologicznym, która pojawia się w wieku przedszkolnym lub wcześniej. W mowie dziecka naprzemiennie mogą pojawiać się okresy nasilonego jąkania i ustępowania objawów lub lekkich zacięć (Schneider, 2017). Nasilenie objawów jąkania uzależnione jest między innymi od sytuacji komunikacyjnej, emocji, zmęczenia, pobudzenia czy złożoności wypowiedzi. Jąkanie charakteryzuje się występowaniem w mowie głośnej objawów, głównie w postaci: powtórzeń dźwięków i sylab, prolongacji głosek oraz bloków z napięciem, którym mogą towarzyszyć widoczne współruchy w obrębie twarzy i ciała. Dodatkowo u dziecka z czasem pojawić się może świadomość problemu i związane z nią logofobia, reakcje unikania czy wycofywania się z mówienia, a także negatywne reakcje emocjonalne i frustracja spowodowana swoimi trudnościami w mówieniu. U takich dzieci w wywiadzie stwierdza się także jeden lub więcej czynników ryzyka utrwalenia się jąkania (Kelman i Nicholas, 2013). Diagnozą jąkania wczesnodziecięcego lub ryzyka jąkania wczesnodziecięcego jest wskazaniem do podjęcia terapii logopedycznej.

Wybrane programy terapii jąkania u dzieci i ich skuteczność

Wyróżnia się trzy rodzaje metod terapeutycznych w pracy z dziećmi: pośrednia, bezpośrednia i kompleksowa (Kelman i Nicholas, 2013). Metody pośrednie opierają się na pracy z najbliższym środowiskiem dziecka, najczęściej jego rodzicami. Ich celem jest taka modyfikacja postaw rodziców, która ma sprzyjać poprawieniu się płynności mowy u dziecka. Terapia bezpośrednia skupia się na pracy z samym dzieckiem, które uczymy między innymi technik płynnego mówienia. Techniki te dziecko może stosować samodzielnie, aby poprawić płynność swojej mowy. Kompleksowa metoda terapii łączy metody pośrednie i bezpośrednie.

Stosowane u dzieci przedszkolnych i wczesnoszkolnych programy terapii jąkania to między innymi: *Lidcombe Program* (Onslow, Packman i Harrison, 2003), *Palin Parent – Child Interaction* (Kelman, Nicholas, 2013), *Mini-kids* (Schneider i Sandrieser, 2015), *Model Wymagań i Możliwości* (DCM – *Demands and Capacities Model*) (Starkweather i Gottwald,

1990) oraz *Program Całościowej Zintegrowanej Aktywności Dzieci CZAD* (Jastrzębowska-Jasińska, 2019).

Terapia interakcyjna rodzic – dziecko (*Palin PCI*)

Terapia interakcyjna rodzic – dziecko (Kelman i Nicholas, 2013) jest terapią kompleksową skierowaną do dzieci do lat 7 i ich rodziców. Podstawą programu *Palin PCI* jest założenie, że rodzice są partnerem terapeuty w terapii. To oni, wspólnie z logopedą, ustalają i realizują cele związane z poprawą komunikacji i interakcji rodzica z dzieckiem. Techniki wykorzystywane w toku terapii dobierane są do indywidualnych potrzeb rodziny i dziecka. Terapia rozpoczyna się od terapii pośredniej, w toku której rodzice wraz z terapeutą analizują swoje dotychczasowe postawy i zachowania, a następnie pracują nad wzmacnianiem i modyfikacją interakcji rodzic – dziecko tak, by wspierało to jego płynność mowy. Metoda oparta jest na wideotreningu. Rodzice nagrywają swoje zabawy z dzieckiem i na tej podstawie wraz z terapeutą decydują, które ich zachowania są wspierające dla komunikacji z dzieckiem, a które nie. Rodzice z pomocą terapeuty wybierają cele do pracy w domowym treningu – czasie specjalnym – podczas którego przez pięć minut, kilka razy w tygodniu starają się je realizować. Cele mogą obejmować między innymi: zwalnianie tempa mowy, oddawanie dziecku inicjatywy w zabawie, komentowanie zabawy, chwalenie dziecka, utrzymywanie kontaktu wzrokowego, dawanie dziecku czasu na wypowiedzenie się. Terapeuta na podstawie analizy potrzeb rodziny dodaje także (do opisanego powyżej codziennego treningu) terapeutyczne strategie rodzinne. Może to być: wspieranie dziecka w budowaniu poczucia własnej wartości, w radzeniu sobie z emocjami; nieprzerywanie sobie w rozmowach; otwarte mówienie o jękaniu; radzenie sobie z trudnościami w zachowaniach dziecka. Praca pośrednia trwa sześć tygodni, po których następuje sześć tygodni utrwalania efektów pierwszego etapu pracy w domu – ze zdawaniem terapeutcie relacji online z wykonywanych ćwiczeń. Po tych 12 tygodniach terapeuta wraz z rodzicami omawiają dotychczasową pracę i jej efekty. Wspólnie podejmowana jest decyzja o zakończeniu bądź wydłużeniu działań. Ewentualna dalsza terapia opiera się na metodzie bezpośredniej, w której stosuje się głównie trening płynnego mówienia z dzieckiem. Terapeuta proponuje dziecku ćwiczenia, które pomagają mu zwolnić tempo mowy (mowa żółwikowa), pamiętać

o pauzach w toku mowy (mowa autobusikowa) oraz korzystać z miękkiego startu na początku i w trakcie wypowiedzi (mowa samolocikowa) (Kelman i Nicholas, 2013). W tym okresie rodzice kontynuują pracę z etapu pośredniego, aby utrwalać dotychczasowe zmiany.

Skuteczność terapii programem *Palin PCI* została potwierdzona we wstępnych badaniach naukowych. Matthews, Williams i Pring (1997) udowodnili istotną poprawę płynności mowy u dziecka, u którego ją zastosowano. Millard, Nicholas i Cook (2008) przeprowadziły także studia przypadków sześciorga jąkających się dzieci do lat 5. U czworga z nich obserwowana była znaczna poprawa płynności mowy przed końcem pośredniego etapu terapii. Jedno z dzieci istotną poprawę uzyskało mimo wdrożenia w terapię tylko jednego z rodziców (Millard, Nicholas i Cook, 2008). W kolejnym badaniu skuteczności *Palin PCI* (Millard, Edwards i Cook, 2009) udział wzięła grupa 10 jąkających się dzieci w wieku 3,7–4,11 lat. Zostały one podzielone na dwie grupy, jedną objęto terapią *Palin PCI*, a drugą obserwacją. Po terapii u wszystkich dzieci prowadzonych programem *Palin PCI* oraz u jednego z grupy kontrolnej obniżył się poziom jąkania. Dodatkowo rodzice objęci terapią wskazywali na to, że poprawił się u nich poziom kompetencji w radzeniu sobie z trudnościami w mowie u ich dziecka.

Lidcombe Program

Lidcombe Program (Onslow, Packman i Harrison, 2003) jest metodą behawioralną przeznaczoną dla dzieci od 3. do 6. roku życia, której twórcą jest Mark Onslow. Program ten ma stałą strukturę, która wdrażana jest przez terapeutę i rodziców w pracy z dzieckiem jąkającym się. Oddziaływania w tej metodzie polegają na treningu, który podczas zajęć prezentuje terapeuta, a rodzice kontynuują go samodzielnie w domu. W toku codziennego treningu rodzice chwalać dziecko za płynne wypowiedzi, utrzymując w ten sposób jego wysoką motywację, związaną z otrzymaniem pochwały od rodzica. Podczas całej terapii rodzice prowadzą skalę nasilenia jąkania, na której codziennie oceniają poziom niepełności dziecka. Dzięki tej ocenie sprawdzają, czy należy wprowadzić jakieś zmiany (np. bardziej motywującą nagrodę), aby spowodować spadek niepełności u dziecka. Kiedy nasilenie niepełności w mowie dziecka spada do minimum, oprócz pochwał w treningu stosowane są również prośby o poprawienie przez

dziecko pojawiających się zająknięć. Pochwał powinno być jednak dużo więcej niż próśb o poprawki (stosunek powinien wynosić 5:1). Kiedy płynność dziecka jest stabilna i wysoka, rodzice stopniowo wycofują się z prowadzonych wzmocnień, licząc na utrzymanie się płynności (Mielewska i Węsierska, 2013).

Badania nad skutecznością zastosowania *Lidcombe Program* w jąkanii u małych dzieci (prowadzone zarówno na małych próbach, jak i w badaniach randomizowanych) wykazały, że terapia jest skuteczna (Harris i in., 2002; Lincoln i Onslow, 1997; Lincoln, Onslow i Reed, 1997; Onslow, Andrews i Lincoln, 1994; Onslow, Costa i Rue, 1990). Badania longitudinalne potwierdziły natomiast, że efekty terapii utrzymują się po jej zakończeniu (Jones i in., 2008). Ann Packman (2012) wskazuje, że badania prowadzone do tej pory nad efektywnością *Lidcombe Program* potwierdzają przede wszystkim, że metoda ma pozytywny wpływ na redukcję jąkania u małych dzieci. Badaczka podaje, że program jest najlepiej zbadaną i udokumentowaną pod kątem efektywności metodą terapii jąkania wczesnodziecięcego, jednocześnie przyznaje, że nie można jednoznacznie stwierdzić, iż jest skuteczny w każdym przypadku.

Mini-kids

Mini-kids jest metodą stosowaną u dzieci w wieku od 2 do 6 lat. Program ma swoje źródło w podejściu terapeutycznym *jąkania bardziej płynnego* stworzonym przez Charlesa Van Ripera. Terapia ma kilka etapów: przekazania informacji o terapii i zawarcia kontraktu z dzieckiem i rodzicami; desensytyzacji dziecka na jąkanie; identyfikacji objawów jąkania; modyfikacji jąkania oraz generalizacji umiejętności. Podstawowym celem terapii jest odwrażliwienie dziecka na problem jąkania poprzez działania takie jak: zdobycie wiedzy o jąkanii; poznanie jego mechanizmu i samodzielne, kontrolowane, lekkie pseudojąkanie. Pseudojąkanie to modelowane przez terapeutę i rodzica podskakiwanie na słowach (żabkowanie) czy przeciąganie ich (węzowanie) w sposób lekki, bez napięcia. Kolejnym elementem jest identyfikacja, czyli uczenie się umiejętności różnicowania lekkiego i ciężkiego zająknięcia, a także identyfikowanie objawów według liczby powtórzeń czy długości przeciągnięć. Następnie u dzieci, u których występują bloki, wdrażane są ćwiczenia ich modyfikacji. Jest to nauka regulacji napięcia i lekkiego wychodzenia z bloków na sztucznie wyprodukowanych

przez dziecko blokach. Celem takich ćwiczeń jest późniejsze ich przełożenie na mowę spontaniczną. Ćwiczenia demonstrowane są podczas zajęć przez terapeutę. W zajęciach uczestniczą rodzic i dziecko, a następnie rodzic wykonuje zadania w treningu domowym (Boroń i Schneider, 2018).

Badania nad skutecznością programu *Mini-kids* nie były dotąd prowadzone. Obecnie trwają takie badania, a publikacja ich wyników zaplanowana jest na rok 2020–2021.

Model Wymagań i Możliwości

Model Wymagań i Możliwości (DCM) (Starkweather i Gottwald, 1990) jest metodą bezpośrednią, stosowaną u dzieci w wieku do 5. roku życia. Nadrzędnym celem tej metody jest wzmocnienie u dziecka umiejętności wypowiedzania się, w tym motorycznej kontroli związanej ze zdolnością do płynnego, szybkiego i dokładnego realizowania głosek i ich połączeń. Model zakłada wsparcie rozwoju umiejętności językowych, związanych ze zdolnością do formułowania odpowiedniego komunikatu językowego oraz wzmocnienie procesów emocjonalnych związanych z mówieniem z pewnością/z łatwością. Skupia się też na modyfikowaniu wymagań względem dziecka, szczególnie związanych z okolicznościami i postawami wobec mówienia, sprawnością językową i komunikacyjną dziecka. Udział rodziców w terapii polega na wdrażaniu ustalonych z terapeutą ćwiczeń i zaleceń w codzienne życie rodziny (Gottwald i in., 2018).

Autorka metody (Gottwald, 2010) w badaniach skuteczności programu z udziałem 30 rodzin (z dziećmi jękającymi się w wieku średnio 4,3 roku) udowodniła poprawę po 12,5 sesjach. Jąkanie u dzieci średnio zmniejszyło się do poziomu 1,5% sylab niepłynnych lub mniej w próbie wypowiedzi.

Program Całościowej Zintegrowanej Aktywności Dzieci

Program Całościowej Zintegrowanej Aktywności Dzieci (CZAD) zakłada terapię grupową jąkania, przeznaczony jest dla dzieci w wieku od 4 do 8 lat i ich rodziców. Opracowany został przez Aleksandrę Jastrzębowską-Jasińską (2019). Program polega na wspieraniu odporności psychicznej oraz płynności mowy u dzieci przy wsparciu rodziców. Odporność psychiczna (ang. *resilience*) definiowana jest w programie jako model pozytywnej adaptacji w obliczu ryzyka czy przeciwności, co oznacza poradzenie

sobie z przeszkodą i dalszy rozwój (Junik, 2011; Opora, 2005). Program obejmuje zajęcia realizowane z wykorzystaniem metody pośredniej i bezpośredniej. Bezpośrednio zajęcia prowadzone są z dziećmi i rodzicami. Podczas nich dzieci samodzielnie doświadczają i nabywają umiejętności z zakresu odporności psychicznej oraz ćwiczą płynną mowę – uzyskują podczas zajęć wsparcie rodziców i terapeutów. Pośrednie oddziaływanie ma miejsce podczas zajęć prowadzonych z samymi rodzicami. W grupie rodzicielskiej, ze wsparciem terapeuty, rodzice uczą się postaw i umiejętności wychowawczych oraz modelowania zachowań, dzięki którym pośrednio wzmacniają odporność psychiczną i płynną mowę, a także wspierają funkcjonowanie swoich dzieci. Program opiera się na siedmiu filarach, którymi są: wspieranie u dzieci odporności psychicznej; wspieranie regulacji emocjonalnej obejmującej nazywanie, wyrażanie i radzenie sobie z emocjami; budowanie poczucia własnej wartości; poprawa jakości funkcjonowania dziecka; wspieranie płynności mowy; wzmacnianie relacji z rodzicem; praca nad umiejętnościami rodzicielskimi wspierającymi dziecko jękać się i funkcjonowanie całej rodziny. Program obejmuje 28 spotkań dwugodzinnych (z dziećmi i ich rodzicami) prowadzonych stacjonarnie w gabinecie terapeutycznym lub podczas turnusów terapeutycznych. Zajęcia obejmują 15 bloków tematycznych, realizowanych podczas kilkorga zajęć, w ramach prowadzonego programu: regulacja emocji; budowanie poczucia własnej wartości; kształtowanie zaufanych relacji i więzi; umiejętności komunikacyjne; zdolność współpracy; umiejętność poszukiwania i udzielania pomocy; empatia; elastyczne myślenie; radzenie sobie z nieśmiałością; akceptacja jękania; radzenie sobie w konfliktach i rozwiązywanie problemów; radzenie sobie z porażką; adaptacja do zmian; samodzielność. Każdy z tematów realizowany jest podczas zajęć w grupie dorosłych i dzieci oraz w grupie rodzicielskiej. Dzieci nabywają umiejętności, które później w domu utrwalają z nimi rodzice. Ogromnie ważne w tym programie jest także wsparcie grupy, w której spotykają się dzieci i rodzice z tym samym problemem, co bardzo pomaga im w ćwiczeniach i wzmacnia w dalszej pracy (Jastrzębowska-Jasińska, 2019).

Od 2018 roku prowadzone są prace nad oceną skuteczności tego programu. Dotychczasowe badania przeprowadzone na grupie 18. dzieci wskazują na średnio siedemdziesięciopięcioprocentową poprawę płynności po przeprowadzeniu terapii. Badania dowodzą, że poprawa płynności utrzymuje się w czasie (badanie po siedmiu miesiącach). U wszystkich badanych

dzieci i ich rodziców zachodzą istotne zmiany w zakresie odporności psychicznej i podejścia do problemu jąkania. Dzieci chętniej podejmują wyzwania, lepiej regulują emocje – szczególnie złość, są otwarte na nowe aktywności i zadania, sprawnie inicjują i utrzymują kontakty z rówieśnikami, lepiej skupiają uwagę, współdziałają i są bardziej samodzielne. Według rodziców ich dzieci: mają mniejszą trudność z wypowiedaniem się; nie rezygnują z wypowiedzi; nie są już sfrustrowane ani zaniepokojone z powodu jąkania; są pewniejsze siebie podczas komunikacji. Mniejszy jest też niepokój rodziców z powodu jąkania ich dziecka, mniej obawiają się oni o jego przyszłość, mają większą wiedzę o jąkanii. Jąkanie w mniejszym stopniu wpływa na rodzinę, a rodzice lepiej radzą sobie z obawami związanymi z jąkanii. Rodzice mają też większe umiejętności w zakresie wzmacniania pewności siebie dziecka.

Wskazówki dotyczące wyboru metody terapeutycznej w terapii jąkania

Wybór metody pracy terapeutycznej ma miejsce po przeprowadzeniu pełnego badania logopedycznego, podczas którego terapeuta jąkania przeprowadza wywiad z rodzicem, a w razie potrzeby – również z innymi osobami ze środowiska dziecka (np. nauczyciel) oraz badanie mowy dziecka. Diagnoza logopedyczna i szczegółowa analiza możliwości, potrzeb i trudności dziecka pozwala na zaplanowanie, a tym samym wybranie odpowiednich oddziaływań terapeutycznych. Dla dzieci młodszych, szczególnie poniżej 3. rok życia rekomendowałabym metody pośredniej terapii, włączającej w trening najbliższe środowisko dziecka – rodziców. Taką metodą posługuje się program *Palin PCI* w swoim pierwszym, pośrednim etapie. Metoda *Mini-kids* szczególnie kierowana jest do dzieci, które mają silne objawy jąkania i przeżywają w związku z tym negatywne emocje, co wpływa na stan ich komunikacji i samoocenę. Strategie stosowane w tej metodzie pozwalają dzieciom jąkającym się, a także ich rodzicom zaakceptować występujące trudności i zmniejszyć lęk, jaki w związku z jąkaniiem się u nich pojawił. Regulacja napięcia i zabawa w pseudojąkanie pomagają w odzyskiwaniu płynności. Metoda *Lidcombe Program* odpowiednia jest dla dzieci w wieku przedszkolnym. Wskazuje się, że szczególnie młodsze dzieci odnoszą w niej sukcesy. *Model Wymagań i Możliwości* rekomendowany jest dzieciom w wieku przedszkolnym. Szczególne

znaczenie w zastosowaniu odpowiednich działań terapeutycznych ma tu ocena możliwości, zdolności oraz wymagań, które stawiane są przed dzieckiem. *Program CZAD* powinien być ogromnym wsparciem dla dzieci, które mają trudności lub wzmocnić swoje umiejętności społeczne, emocjonalne, a także potrzebują nabyć kompetencji w lepszym radzeniu sobie z napotykanymi problemami. Jego celem oprócz uzyskania płynnej mowy jest poprawa psychicznego funkcjonowania dziecka i rodziców.

Przed wyborem metody terapeutycznej należy rodzicowi przedstawić istniejące możliwości i podjąć wspólnie z nim decyzję o wyborze programu.

Podsumowanie

Wszystkie opisane w artykule metody są stosowane w terapii jąkania w Polsce. Zasadność ich stosowania poparta jest wynikami badań naukowych. Metody te są odpowiednie dla dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym, jednakże to do terapeuty należy decyzja, która metoda będzie najodpowiedniejsza dla danej rodziny i które oddziaływania należy zaproponować, aby osiągnąć optymalne efekty.

Bibliografia

- Boroń, A., Schneider, P. (2018). Metoda Mini-kids w terapii jąkania wczesnodziecięcego – studium przypadku. W: K. Węsierska, K. Gawel (red.), *Zaburzenia płynności mowy* (s. 175–191). Gdańsk: Harmonia Universalis.
- Chęciek, M. (2007). *Jąkanie. Diagnostyka – Terapia – Program*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Gottwald, S.R. (2010). Stuttering prevention and early intervention: A multidimensional approach. W: B. Guitar, R. McCauley (red.), *Treatment of stuttering: Established and emerging interventions* (s. 91–117). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Gottwald, S.R., Kelman, E., Onslow, M., Schneider, P. (2018). Wczesna interwencja w jąkaniu u dzieci – cztery perspektywy terapeutyczne. *Forum Logopedy*, 26, 9–15.
- Harris, V., Onslow, M., Packman, A., Harrison, E., Menzies, R. (2002). An experimental investigation of the impact of the Lidcombe Program on early stuttering. *Journal of Fluency Disorders*, 27, 203–214.
- Jastrzębowska-Jasińska, A. (2019). Propozycja Programu Całościowej Zintegrowanej Aktywności Dzieci dla dzieci jąkających się i ich rodzin – badanie pilotażowe. *Poznańskie Studia Polonistyczne. Seria Językoznawcza*, 26(46), 2, 75–85.

- Kelman, E., Nicholas, A. (2013). *Praktyczna interwencja w jąkanii wczesnodziecięcym. Podejście interakcyjne rodzic-dziecko. Palin PCI*. Tłum. M. Kądzioła. Gdańsk: Harmonia Universalis.
- Lincoln, M., Onslow, M. (1997). Long-term outcome of an early intervention programme for stuttering. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 6, 51–58.
- Lincoln, M., Onslow, M., Reed, V. (1997). Social validity in the treatment outcomes of an early intervention for stuttering: The Lidcombe Program. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 6, 77–84.
- Matthews, S., Williams, R., Pring, T. (1997). Parent-child interaction therapy and dysfluency: A single-case study. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 32, 346–357.
- Millard, S.K., Nicholas, A., Cook, F.M. (2008). Is Parent-Child Interaction Therapy Effective in Reducing Stuttering?. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 51, 636–650.
- Millard, S.K., Edwards, S., Cook, F.M. (2009). Parent-Child Interaction Therapy: Adding to the Evidence. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 11(1), 61–76.
- Onslow, M., Andrews, Ch., Lincoln, M. (1994). A Control/Experimental Trial of an Operant Treatment for Early Stuttering. *Journal of Speech and Hearing Research*, 37, 1244–1259.
- Onslow, M., Packman, A., Harrison, E. (2003). *The Lidcombe Program of Early Stuttering Intervention: A Clinician's Guide*. Austin: An International Publisher Pro-Ed.
- Onslow, M., Costa, L., Rue, S. (1990). Direct Early Intervention with Stuttering: Some Preliminary Data. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 55, 405–416.
- Packman, A. (2012). Why does the Lidcombe Program 'work'. *Lidcombe News*, 42, 3–6.
- Starkweather, C.W., Gottwald, S.R. (1990). The demands and capacities model II: Clinical implications. *Journal of Fluency Disorders*, 15, 143–157.
- Schneider, P., Sandrieser, P. (2015). *Stottern im Kindesalter*. Stuttgart: Thieme.
- Schneider, P. (2017). *Moje dziecko się jąka. Co mogę zrobić? Poradnik dla rodziców i opiekunów dzieci jękających się*. Tłum. A. Boroń. Katowice: Centrum Logopedyczne.
- Tarkowski, Z., Humeniuk, E., Dunaj, J. (2011). *Jąkanie w wieku przedszkolnym*. Olsztyn: Wydawnictwo UWM.
- Węsierska, K., Jeziorczak, B., Chrostek, A. (2013). Profilaktyka i wczesna interwencja w jąkanii u małych dzieci. W: K. Węsierska, N. Modko (red.), *Profilaktyka logopedyczna w praktyce edukacyjnej*. (t. 2, s. 187–212). Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Mielewska, A., Węsierska, K. (2013). Zastosowanie metod Palin PCI i Lidcombe Program w terapii jąkania wczesnodziecięcego. W: J. Skibska (red.), *Wspieranie rozwoju małego dziecka* (s. 93–120). Bielsko-Biała–Kraków: Wydawnictwo Naukowe ATH, Wydawnictwo Libron.

PROJEKT ĆWICZEŃ JĘZYKOWYCH DLA OSÓB W PODESZŁYM WIEKU I OSÓB W POCZĄTKOWEJ FAZIE CHOROBY ALZHEIMERA

STRESZCZENIE

W artykule przedstawiono projekt ćwiczeń językowych dla zdrowych osób w podeszłym wieku i osób w początkowej fazie choroby Alzheimera. Zadania mogą być wykorzystywane w profilaktyce logopedycznej – jako ćwiczenia aktywizujące funkcje językowe (ale także pamięć, myślenie, uwagę, funkcje wykonawcze). Ćwiczenia mogą być również przydatne w terapii już istniejących zaburzeń mowy związanych z wiekiem i/ lub chorobą Alzheimera. Oprócz dwóch wersji zestawu ćwiczeń w pracy zawarto przykładowe rozwiązania zadań wykonane przez podopiecznych Klubu Seniora z Warszawy.

Słowa kluczowe: ćwiczenia językowe, fizjologiczne starzenie się, choroba Alzheimera, zaburzenia mowy, gerontologopedia

Language exercises project for the elderly and people in the early stage of Alzheimer's disease

ABSTRACT

The article presents the project of language exercises for healthy elderly people and people in the early stage of Alzheimer's disease. Tasks can be used in prevention of speech disorders – as exercises to activate language functions (but also memory, thinking, attention, executive functions). Exercise might be used to treat the existing speech disorders associated with age or Alzheimer's disease. Two variants of the set of exercises and examples of task solutions made by the residents of the Senior Club from Warsaw are included in the paper.

Keywords: language exercises, physiological aging, Alzheimer's disease, speech disorders, geriatric speech therapy

Wprowadzenie

Zaburzenia mowy mogą dotknąć każdego. O ile w literaturze logopedycznej jest wiele publikacji na temat zaburzeń rozwoju mowy (np. niedokształcenia mowy pochodzenia korowego), zaburzeń mowy towarzyszących innym deficytom (np. niedokształcenia mowy z powodu niedosłuchu) lub wynikających z innych schorzeń (np. schizofazji w schizofrenii), o tyle mało uwagi poświęca się zaburzeniom mowy związanym z procesem starzenia się.

Zaproponowany w artykule zestaw ćwiczeń wpisuje się w tematykę gerontologopedii. Jej główne cele to działania prewencyjno-profilaktyczne w przebiegu fizjologicznego procesu starzenia się oraz działania terapeutyczne, do których należą utrzymanie i/lub poprawienie sprawności językowych, jeśli zostały zaburzone w przebiegu choroby (Wolańska, 2015). Taką chorobą może być choroba Alzheimerera, będąca najczęstszą przyczyną otępienia. Jednym z czynników ryzyka wystąpienia tego schorzenia jest wiek (Antoniak, 2012). Według Anny Mirczak (1994) profilaktyka pierwotna przy otępieniu polega na zapobieganiu wystąpieniu zaburzeń poznawczych. Wśród strategii prewencyjnych wymienia: aktywność fizyczną, dbanie o stan zdrowia i właściwą dietę oraz ciągły trening mózgu oparty na czytaniu i pisaniu. Zalecane są czynności, które są nowe i wymagają uczenia się, ćwiczenia umysłowe zwiększają bowiem przepływ krwi w mózgu i przepływ neuroprzekazników. Dla zachowania sprawności w podeszłym wieku ważne jest stałe ćwiczenie funkcji intelektualnych i korzystanie z różnych form aktywności umysłowej ((Byczewska-Konieczny, 2016; Susułowska, 1989). Opisywany w artykule zestaw ćwiczeń, poza wykorzystaniem w profilaktyce logopedycznej, może być także elementem terapii logopedycznej u seniorów, u których deficyty językowe są już zauważalne¹.

Zaburzenia mowy związane z wiekiem i z chorobą Alzheimerera

Przygotowując zestaw ćwiczeń językowych, trzeba pamiętać, że funkcje językowe są ściśle związane z innymi funkcjami poznawczymi. Przy

¹ Deficyty językowe w chorobie Alzheimerera szybko się ujawniają, a czasem są pierwszym objawem choroby (Barczak, 2018; Martyniuk-Gęca i in., 2016).

projektowaniu zadań istotne jest uwzględnienie, które z funkcji u zdrowych osób starszych są zachowane, a które zaburzone (Harada, Natelson, Triebel, 2013; Jodzio, 2016; Tłokiński i Olszewski, 2017; Wnuk, 2013). Wśród tych zachowanych wymienia się zarówno pojedyncze umiejętności, na przykład utrzymanie uwagi i orientację, jak również te złożone poznawczo, na przykład rozumienie przysłów, wnioskowanie dotyczące znanych zagadnień, dostrzeganie podobieństw, uczenie się materiału niewerbalnego, zdolności wzrokowo-przestrzenne. Mniej podatna na zaburzenia jest wiedza fonologiczna i syntaktyczna oraz zasób słownictwa. Równie odporna na zakłócenia jest inteligencja skryzalizowana będąca połączeniem wiedzy i umiejętności warunkujących adekwatne korzystanie z życiowych doświadczeń. Jeśli przyjrzymy się samej pamięci, to okazuje się, że najmniej zaburzona jest pamięć semantyczna (podtyp pamięci deklaratywnej) i pamięć proceduralna². Zmiany ilościowe i jakościowe w obrębie opisanych funkcji mają charakter powolny, stale postępujący. Dodatkowo w ośrodkowym układzie nerwowym zachodzi szereg procesów adaptacyjno-kompensacyjnych, na przykład zdrowi seniorzy potrzebują więcej czasu i większej liczby powtórzeń, wykorzystują czynności ruchowe do zapamiętywania, a podpowiedzi do przypominania (Olszewski, 2008). Informacje na temat zaburzonych funkcji związanych z wiekiem zostały ujęte w Tabeli 1.

Tabela 1. Zaburzenia funkcji poznawczych związane z wiekiem i z chorobą Alzheimera

FUNKCJE POZNAWCZE	ZABURZENIA FUNKCJI POZNAWCZYCH ZWIĄZANE Z WIEKIEM
PERCEPCJA	zaburzenia słuchu, wzroku, percepcji złożonych bodźców wzrokowo-przestrzennych
PAMIĘĆ	pogorszenie się pamięci operacyjnej (krótkotrwałej), epizodycznej, werbalnej (tzw. pętla fonologiczna)
UWAGA	obniżenie wybiórczości, przetrzutności, podzielności, koncentracji

² Ze względu na typ przetwarzanych informacji pamięć dzieli się na deklaratywną i proceduralną. W obrębie pamięci deklaratywnej wyróżnia się pamięć epizodyczną (pamięć o osobistych doświadczeniach życiowych) oraz pamięć semantyczną (tu mieszczą się ogólna wiedza o świecie i słownik umysłowy). Z kolei pamięć proceduralna odpowiada za procesy wykonywane w sposób nieświadomiony, automatyczny.

Tabela 1. cd.

FUNKCJE POZNAWCZE	ZABURZENIA FUNKCJI POZNAWCZYCH ZWIĄZANE Z WIEKIEM
FUNKCJE WYKONAWCZE	wolniejsze reakcje i tempo wykonywania zadań; trudności w rozwiązywaniu zadań, podejmowaniu decyzji, przyswajaniu nowych informacji i ich przetwarzaniu; zaburzenia giętkości umysłowej; hamowania reakcji; wnikliwości i analizy logicznej; zdolności kategoryzacji, kopiowania figur i konstruowania pod kontrolą wzroku
MYŚLENIE	pogorszenie się myślenia abstrakcyjnego i indukcyjnego, zaburzenia elastyczności myślenia
JĘZYK	rozumienie: spadek rozumienia znaczenia pojęć; zaburzenia przetwarzania i rozpoznawania na poziomie sylab, wyrazów i zdań; wydłużenie czasu potrzebnego na zrozumienie wypowiedzi; gorszy odbiór wypowiedzi przy zwiększonym tempie mówienia nadawcy nadawanie: obniżenie sprawności programowania wypowiedzi i trudności z ustaleniem hierarchii elementów treściowych (gadulstwo lub wycofanie się z mówienia; spowolnienie spontanicznego wypowiadania się; zaburzona spójność wypowiedzi); spadek liczby anafor i spójników; wzrost liczb powtórzeń, pustych zwrotów i zdań prostych; błędne używanie zaimków; wydłużenie czasu potrzebnego na sformułowanie zdania złożonego; spadek fluencji słownej ³ ; trudności w aktualizacji nazwy (wolniejsze tempo nazywania; błędy leksykalne i fonologiczne; podawanie niewłaściwych wyrazów lub wyrazów z innej kategorii gramatycznej; podawanie wyrazów bliskoznacznych zamiast właściwego; trudności w podawaniu antonimów i synonimów do wyrazów abstrakcyjnych; zmienianie odpowiedzi; pauzy; embolofrazje; przejęzyczenia; zjawisko „na końcu języka”); błędy w literowaniu nieregularnych wyrazów; zaburzenia tempa nadawania; zmiany parametrów głosu; drzenie głosu

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Burke i Shafto (2008a, 2008b); Harada, Natelson i Triebel (2013); Jodzio (2016); Kiellar-Turska i Byczewska-Konieczny (2017); Lewicka, Stoppel i Nowakowska-Kempna (2014); Łazarewicz (2015); Łuczywek (1996); Milewski, Kaczorowska-Bray i Kamińska (2016); Parnowski (2016); Pniewska i in. (2011); Strosznajder i Mossakowski (2001); Tłokiński (1990).

U osób w początkowej fazie choroby Alzheimera mogą pojawiać się dokładnie te same deficyty wynikające z fizjologicznego procesu starzenia się. Co więcej, mogą się na nie nałożyć (lub je nasilić) zaburzenia wynikające ze zmian neurodegeneracyjnych w ośrodkowym układzie nerwowym. Zatem poza deficytami w obszarze percepcji wzrokowej może wystąpić

³ Fluencja słowna (werbalna) to płynność generowania słów z danej kategorii w ciągu określonego czasu, najczęściej jednej minuty. Najpopularniejsze rodzaje fluencji to fluencja semantyczna, w której podaje się słowa należące do danej kategorii (np. zwierzęta, owoce, ostre przedmioty) i fluencja fonemiczna, w której podaje się słowa zaczynające się na daną literę/głoskę.

agnozja wzrokowa, a w obszarze funkcji wykonawczych – apraksja. Z kolei typowe dla podeszłego wieku zakłócenia pamięci epizodycznej i operacyjnej, uwagi, myślenia abstrakcyjnego i indukcyjnego w chorobie Alzheimera ulegają znacznemu nasileniu.

Jeśli zaś chodzi o zaburzenia językowe (Domagała, 2015, 2007; Domagała i Sitek, 2018; Grochmal-Bach, 2007; Makara-Studzińska, Gustaw i Kryś, 2012; Marczevska, 1994; Szepietowska i Daniluk, 2000), to wymienia się duże trudności w spontanicznym wypowiedaniu się, deficyty pragmatyczne (przede wszystkim dotyczące rozumienia żartów, metafor, sarkazmu, dwuznacznych i niejasnych wypowiedzi, a na dalszych etapach choroby m. in. zaniedbywanie zwrotów inicjujących rozmowę – powitania), narastające problemy w czytaniu ze zrozumieniem oraz z rozumieniem i użyciem złożonych struktur składniowych i semantycznych, ale także konkretnych wyrazów. Bardzo znaczący jest spadek fluencji semantycznej i fonemicznej oraz zaburzenia aktualizacji nazwy (brak wyrazu, zastępowanie go gestem, zaimkiem, wyrazem ogólnym lub bliskoznacznym, omówieniem, neologizmem). Pojawiają się błędy fonologiczne, parafazje głoskowe, długie pauzy na początku zdań i na granicy między zdaniami, embolofrazje, liczne autopoprawki. Początkowo notuje się niewiele błędów we fleksji i składni (nieliczne błędy dotyczące aspektu, form czasownika, kategorii przypadka, depluralizacji lub użycia liczby mnogiej przy *singularia tantum*, dużej liczby zdań prostych i niedokończonych). Chorzy wycofują się z rozmowy lub ich wypowiedzi są rozwlekłe i niespójne, zawierają liczne stereotypia, echolalie, perseweracje wyrazów.

Zaburzenia mowy pojawiające się w fizjologicznym procesie starzenia się są podobne do tych obserwowanych w chorobie Alzheimera. Odpowiada to jednej z hipotez przedstawionych przez Hannę Marczevską (1994) głoszącej, że zaburzenia mowy w chorobie Alzheimera to patologiczne nasilenie zaburzeń obserwowanych w mowie zdrowych osób starszych. Podobne wnioski wysnułam na podstawie badań własnych⁴ (Potocka-Pirosz, 2019).

⁴ W badaniach dotyczących zaburzeń mowy w początkowej fazie choroby Alzheimera wzięły udział dwadzieścia cztery osoby, osiem osób w początkowej fazie choroby Alzheimera, osiem zdrowych osób w podeszłym wieku i osiem młodych osób (ok. 30. r.ż.). Osoby wykonywały zadania z *Krótkiej Skali Oceny Funkcjonowania Poznawczego* (MMSE), *Bostońskiego Testu do Badania Afazji* (BDAE) i wybranych zadań z *Zestawu prób do badania procesów poznawczych u pacjentów z uszkodzeniami mózgu* (tzw. próby Łuckiego). Osoby biorące udział w weryfikacji opisanego tu projektu ćwiczeń językowych stanowią inną grupę badawczą.

U zdrowych osób starszych zanotowałam trudności z rozumieniem metafor, uzasadnianiem swojego wyboru podczas klasyfikacji przedmiotów, narracją ustną (historyjka obrazkowa) i pisemną (opis obrazka) oraz obniżenie fluencji w kategoriach semantycznych i fonemicznych. Osoby z chorobą Alzheimera doświadczały tych samych trudności, ale z większym nasileniem. Ponadto pojawiły się u nich problemy z rozumieniem złożonego materiału językowego i nonsensów na obrazkach, wykluczaniem ze zbioru niepasującego przedmiotu, podawaniem antonimów, czytaniem ze zrozumieniem, pisanem dyktowanych i dowolnych zdań. Zadania, które okazały się trudne dla badanych osób, stały się podstawą do stworzenia projektu ćwiczeń językowych.

Projekt ćwiczeń językowych

Mimo że nadrzędnym celem ćwiczeń językowych jest stymulacja funkcji językowych, to należy pamiętać, że pozostają one w ścisłej zależności z innymi funkcjami poznawczymi, takimi jak pamięć, myślenie, percepcja, uwaga. U zdrowych osób starszych i u większości osób w początkowej fazie choroby Alzheimera umiejętności czytania i pisania są zachowane⁵ (Domagała, 2017). Ćwiczenia w formie pisemnej stanowią z jednej strony rodzaj profilaktyki zaburzeń pisma u osób fizjologicznie starzejących się oraz ćwiczeń podtrzymujących sprawność pisania u osób z demencją. Z drugiej zaś strony zapisanie odpowiedzi daje seniorom możliwość samodzielnego wykonania ćwiczeń, które mogą jednak później zostać sprawdzone przez terapeutę/opiekuna.

Inspiracją dla niektórych zadań były różne zestawy ćwiczeń: *Teraz i dawniej. Zeszyt ćwiczeń dla osób z chorobą Alzheimera* (Domagała i Długosz-Mazur, 2007), *Ćwiczę z głową. Ćwiczenia funkcji poznawczych dla osób z otępieniem* (Dzienniak, 2017), *Ćwiczenia pamięci i innych funkcji poznawczych* (Joachim, Nowak i Woźniak⁶), *Ćwiczenia pamięci i innych funkcji*

⁵ Względna odporność umiejętności czytania i pisania na zaburzenia wiąże się z długotrwałym utrzymywaniem się silnych powiązań między fonemem a grafemem (grafem jest rozumiany tu jako graficzna reprezentacja fonemu). Inaczej jednak wygląda to u osób z wariantem wzrokowym choroby Alzheimera, w którym aleksja i agrafia są jednymi z pierwszych objawów choroby (Martyniuk-Gęca i in. 2016).

⁶ Ćwiczenia dostępne na stronie internetowej: www.egis.pl/23/dla-pacjenta/10/neurologia/podkategoria/11/materialy-edukacyjne (dostęp: 5.10.2019).

poznawczych (Klich-Rączka, Piotrowicz, Staszczak i Klich⁷), *Ćwiczenia słownikowe. Związki frazeologiczne, synonimy i antonimy* (Kuna, 2016), *Ćwiczenia stymulujące funkcje językowe i inne procesy poznawcze* (Malinowska i Dzienniak⁸), *Ćwiczenia pamięci i innych procesów poznawczych na 4 tygodnie* (Malinowska, Dzienniak, 2016), *Ćwiczenia usprawniające pamięć* (Ratajczak⁹), *Ćwiczenia usprawniające aktualizację wyrazów w mowie osób z afazją* (Strachalska, 2009), *Ćwiczenia językowe. Propozycje zadań dla dzieci i dorosłych z zaburzeniami w komunikacji językowej* (Wiśniewska, 2016), *Ćwiczenia dla osób z afazją. Formy gramatyczne* (Żulewska i Nowis-Zalewska, 2015).

Ćwiczenia¹⁰ zostały przygotowane w dwóch wersjach: trudniejszej (A) i łatwiejszej (B). Celem ćwiczeń było usprawnienie i/lub podtrzymanie¹¹ przede wszystkim funkcji językowych, chociaż niektóre zadania angażowały też inne sprawności, na przykład pamięć semantyczną (ćw. 1), pamięć epizodyczną (ćw. 9) czy funkcje wzrokowe (ćw. 10). Szczegółowe cele poszczególnych zadań i różnice między wersją A i B przedstawiam w tabeli 2.

Tabela 2. Informacje na temat celu ćwiczeń i różnic między wersjami zestawu ćwiczeń A i B

	Wersja A	Wersja B	Wersje A i B
Ćw.	Celem jest usprawnienie i/lub podtrzymanie:		Różnice
1	pamięci semantycznej		W wersji A podawanie przy każdym miesiącu daty i wydarzenia, w wersji B podawanie daty do wydarzenia.

⁷ Ćwiczenia dostępne na stronie internetowej: www.lundbeck.com/pl/dla-pacjentow-i-rodzin/wiczenia-pamici (dostęp: 5.10.2019).

⁸ Ćwiczenia dostępne na stronie internetowej: www.lundbeck.com/pl/dla-pacjentow-i-rodzin/wiczenia-pamici (dostęp: 5.10.2019).

⁹ Ćwiczenia dostępne na stronie internetowej: www.seniorzybialoleki.org.pl/images/katalogssb/pdf/CWICZENIA_US_PRAWNIAJACE_PAMIEC.pdf (dostęp: 5.10.2019).

¹⁰ W oryginalnej wersji rozmiar czcionki wynosi 16, a każde ćwiczenie jest na osobnej stronie. Ze względu na rozmiar rozdziału, ćwiczenia zostały przedstawione w mniejszym rozmiarze czcionki i w dwóch kolumnach.

¹¹ U zdrowych seniorów ćwiczenia mogą usprawniać i/lub podtrzymywać funkcje językowe, u osób z chorobą Alzheimera mogą jedynie podtrzymywać te funkcje.

Tabela 2. cd.

Ćw.	Wersja A	Wersja B	Wersje A i B
	Celem jest usprawnienie i/lub podtrzymanie:		Różnice
2	rozumienia wypowiedzi o znaczeniu przenośnym i umiejętności tworzenia zdań	rozumienia wypowiedzi o znaczeniu przenośnym	W wersji A samodzielne wyjaśnienia przysłowia, w wersji B wybór poprawnej odpowiedzi.
3	fluencji słownej semantycznej		W wersji A: podawanie wyrazów z kategorii semantycznej drzewa; w wersji B: podawanie wyrazów z kategorii semantycznej warzywa ¹² .
4	fluencji słownej fonemicznej		W wersji A: podanie wyrazów rozpoczynających się od litery <i>M</i> ; w wersji B: podanie wyrazów rozpoczynających się od litery <i>W</i> ¹³ .
5	umiejętności wykluczania ze zbioru	umiejętności tworzenia zbioru	W wersji A: stworzenie zbioru z podanych nazw obiektów i wykluczanie niepasującego z uzasadnieniem; w wersji B: znalezienie określenia dla zbioru obiektów.
6	umiejętności tworzenia zdań z podanymi wyrazami	umiejętności aktualizacji antonimów	W wersji A: sprawdzenie umiejętności ułożenia zdania i rozumienia znaczenia antonimów; w wersji B – aktualizacji antonimu.
7	umiejętności aktualizacji wyrazów	umiejętności aktualizacji fraz	W wersji A: aktualizacja rzeczowników; w wersji B: aktualizacja frazy werbalnej.
8	umiejętności czytania ze zrozumieniem		W wersji A: samodzielne udzielenie odpowiedzi; w wersji B: wybór prawidłowej odpowiedzi.
9	umiejętności tworzenia zdań z użyciem konkretnych czasów		W wersji A: opis zdarzeń z dnia poprzedniego (większe zaangażowanie pamięci epizodycznej przez odwołanie się do wydarzeń z dnia poprzedniego); w wersji B: opis zdarzeń z dnia bieżącego.
10	sprawności narracyjnych		W wersji A: opisanie wyobrażanych przeszłych wydarzeń względem tych pokazanych na obrazku; w wersji B: opisanie aktualnych wydarzeń pokazanych na obrazku.

Źródło: opracowanie własne.

¹² Nazwy warzyw są lepiej utrwalone, ponieważ są przyswajane szybciej w rozwoju osobniczym niż nazwy drzew.

¹³ Literę *M* rozpoczyna się 2,9% wyrazów, literą *W* – 7,27% wyrazów.

W przypadku zdrowych osób starszych pogłębianie się zaburzeń jest dość powolne, dlatego można zastosować zasadę stopniowania trudności (Styczek, 1980) i przechodzić od zestawu B do zestawu A. U osób z chorobą Alzheimera, ze względu na dynamicznie postępujące zaburzenia funkcji poznawczych (w tym językowych), należałoby przechodzić od ćwiczeń trudniejszych (na początku choroby) do coraz prostszych, aby nie frustrować chorych (od zestawu A do zestawu B lub ewentualnie tylko zestaw B). Ćwiczenia zostały przygotowane z myślą o samodzielnym ich wykonaniu przez seniorów (dopuszcza się jednak pomoc w przeczytaniu i wyjaśnieniu instrukcji zadania). W nazwach ćwiczeń celowo użyto terminów potocznych, aby ułatwić odbiór treści osobom niemającym specjalistycznego wykształcenia.

Tabela 3. Ćwiczenia językowe, wersja A

<p>1. Daty i wydarzenia W wyznaczonym miejscu proszę wpisać datę i nazwę dowolnego święta, które jest obchodzone w danym miesiącu, np. <i>STYCZEŃ – 21.01 Dzień Babci</i></p> <p>STYCZEŃ</p> <p>LUTY</p> <p>MARZEC</p> <p>KWIECIEŃ</p> <p>MAJ</p> <p>CZERWIEC</p> <p>LIPIEC</p> <p>SIERPIEŃ</p> <p>WRZESIEŃ</p> <p>PAŹDZIERNIK</p> <p>LISTOPAD</p> <p>GRUDZIEŃ</p>	<p>2. Rozumienie przysłów Proszę wyjaśnić przysłowie, np. <i>DAROWANEMU KONIOWI NIE ZAGLĄDA SIĘ W ZĘBY – Jeśli dostaliśmy coś za darmo, nie narzekajmy na to.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>RAZ NA WOZIE, RAZ POD WOZEM</i> • <i>CZYM SKORUKA ZA MŁODU NASIĄKNIE, TYM NA STAROŚĆ TRĄCI.</i> • <i>KTO MIECZEM WOJUJE, OD MIECZA GINIE.</i> • <i>GDZIE KUCHAREK SZEŚĆ, TAM NIE MA CO JEŚĆ.</i> • <i>LEPSZY WRÓBEL W GARŚCI, NIŻ GOŁĄB NA DACHU.</i>
<p>3. Podawanie wyrazów z danej kategorii Proszę w ciągu minuty napisać¹⁴ jak największej nazw drzew.</p>	<p>4. Podawanie wyrazów zaczynających się na daną literę Proszę w ciągu minuty napisać jak największej wyrazów zaczynających się na literę M (bez nazw własnych).</p>

¹⁴ Chociaż fluencję najczęściej bada się w formie ustnej, to w pierwszym teście badania fluencji z 1938 r. *The Thurstone Word Fluency Test* instrukcja zakładała napisanie słów z danej kategorii fonemicznej.

Tabela 3. cd.

5. Wykluczanie ze zbioru

Proszę zaznaczyć, który z wyrazów nie pasuje do pozostałych, i wyjaśnić, dlaczego, np. *DŁUGOPIS, OŁÓWEK, NÓŻ, MAZAK* – *nóż nie jest do pisania*.

- CZEKOLADA, SZARLOTKA, MAKOWIEC, PIERNIK
- ŁOPATA, WIDELEC, GRABIE, MOTYKA
- POCIĄG, TRAMWAJ, ROWER, METRO
- MORZE, RZEKA, STAW, JEZIORO
- RAJSTOPY, KALESONY, SKARPETKI, RĘKAWICZKI
- OBRAZ, POSĄG, RZEŻBA, MUZEUM
- KUNDEL, DACHOWIEC, JAMNIK, OWCZAREK .
- PARK, RATUSZ, KOŚCIÓŁ, SZKOŁA
- KSIĄŻKA, KASETA, GAZETA, CZASOPISMO .
- GWÓZDŹ, MŁOTEK, WIERTARKA, ŚRUBOKRĘT

6. Tworzenie zdań z antonimami

Proszę podać zdanie pokazujące przeciwstawne znaczenie wyrazów, np. *MOKRY-SUCHY* – *Po kąpieli ręcznik był mokry, ale po godzinie był już suchy*.

- a. ŁADNY-BRZYDKI
- b. GRUBY-CHUDY
- c. GRUBY-CIENKI
- d. CIĘŻKI-LEKKI
- e. ZDROWY-CHORY.
- f. DUŻO-MAŁO
- g. WYSOKO-NISKO
- h. DROGO-TANIO
- i. GŁĘBOKO-PŁYTKO
- j. CIEPŁO-ZIMNO

7. Nazwy wykonawców czynności

Proszę podać, o jaki zawód chodzi, np. *NAPRAWIA BUTY* – *szewc*.

- KIERUJE TRAMWAJEM
- KIERUJE ORKIESTRĄ.
- NAPRAWIA CIEKNAĆCY KRAN.
- SPRAWDZA BILETY W POCIĄGU
- PROWADZI AUDYCJE RADIOWE
- LECZY SERCE.
- PRACUJE W SKLEPIE
- PISZE WIERSZE
- PROJEKTUJE BUDYNKI
- OPROWADZA WYCIECZKI

8. Czytanie ze zrozumieniem

Proszę przeczytać tekst i odpowiedzieć na pytania.

Anna umówiła się z Janem przed kinem. Wychodząc z domu, zapomniała o parasolce. Wróciła się po nią, przez co spóźniła się na tramwaj. Zdążyła jednak dojechać do kina na czas. W tym czasie Jan zastanawiał się, na który film się wybiorą. Tego dnia grano amerykański kryminał, francuską komedię i hiszpański film grozy. Jan postanowił poczekać z wyborem filmu na Annę. Kiedy przyjechała, zdecydowali, że mają ochotę się pośmiać. Kupili bilety i napoje: kawę dla Anny i zieloną herbatę dla Jana. Po seansie poszli do pobliskiego parku.

Pytania:

- Gdzie Anna i Jan się umówili?
- O czym zapomniała Anna?
- Na co spóźniła się Anna? .
- Kto wybrał film?
- Co pił Jan? .
- Co oglądali? .
- W jaki sposób dotarli do parku?

Tabela 3. cd.

<p>9. Pisanie zdań Proszę napisać pięć zdań o tym, co Pan/Pani robił/robiła wczoraj.</p>	<p>10. Narracja Proszę napisać, co mogło się wydarzyć na tym obrazku¹⁵.</p>  <p>Źródło: www.pixabay.com/pl (dostęp: 27.09.2019).</p>
---	---

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 4. Ćwiczenia językowe, wersja B


<p>1. Daty i wydarzenia Proszę dopisać datę do święta, np. <i>Nowy Rok – 1.01</i> DZIEŃ BABCI WALENTYNKI DZIEŃ KOBIET PRIMA APRILIS DZIEŃ MATKI DZIEŃ DZIECKA DZIEŃ OJCA ŚWIĘTO WNIĘBOWZIĘCIA NAJŚWIĘTSZEJ MARYJI PANNY PIERWSZY DZIEŃ JESIENI DZIEŃ NAUCZYCIELA DZIEŃ ZADUSZNY MIKOŁAJKI</p>	<p>2. Rozumienie przysłów Proszę wskazać wyjaśnienie przysłowia, np. <i>DAROWANEMU KONIOWI NIE ZAGLĄDA SIĘ W ZĘBY</i>:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gdy dostajesz zwierzę, nie zaglądaj mu do pyska. • Nie narzekaj, kiedy dostajesz coś za darmo. • Nie żałuj, kiedy coś komuś podarujesz. <p><i>RAZ NA WOZIE, RAZ POD WOZEM.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Czasem mamy w życiu szczęście, czasem pecha. • Kiedy mamy wóz, może się on popsuć. • Nigdy nie jesteśmy zadowoleni z tego, co mamy. <p><i>CZYM SKORUKA ZA MŁODU NASIĄKNIE, TYM NA STAROŚĆ TRĄCI.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Stare jajka trzeba wyrzucać. • Dobrze jest mieć, co wspominać na stare lata.
<p>3. Podawanie wyrazów z danej kategorii Proszę w ciągu minuty napisać jak największą nazw warzyw.</p>	

¹⁵ Obrazek celowo został wybrany tak, aby dawał możliwość różnych interpretacji. Każda odpowiedź, która jest logiczna, spójna pod względem narracji i poprawna gramatycznie, powinna zostać uznana za prawidłową.

Tabela 4. cd.

<p>4. Podawanie wyrazów zaczynających się na daną literę Proszę w ciągu minuty napisać jak najwięcej wyrazów zaczynających się na literę W (bez nazw własnych).</p>	<ul style="list-style-type: none"> Doświadczenia z młodości mają wpływ na nasze późniejsze życie. <p><i>KTO MIECZEM WOJUJE, OD MIECZA GINIE.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Każda wojna jest zła. Zostaniesz pokonany tak samo, jak chciałeś kogoś pokonać. Nie wdawaj się w walkę, jeśli nie chcesz zginąć.
<p>5. Tworzenie nazwy dla zbioru obiektów Poniżej podano nazwy kilku obiektów. Jakim słowem lub jakimi słowami można je określić? Np. <i>DŁUGOPIS, OŁÓWEK, MAZAK – przybory do pisania.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> SZARLOTKA, MAKOWIEC, PIERNIK ŁOPATA, GRABIE, MOTYKA . POCIĄG, TRAMWAJ, METRO . RZEKA, STAW, JEZIORO . RAJSTOPY, KALESONY, SKARPETKI OBRAZ, POSĄG, RZEŻBA, . KUNDEL, JAMNIK, OWCZAREK . RATUSZ, KOŚCIÓŁ, SZKOŁA . KSIĄŻKA, GAZETA, CZASOPISMO MŁOTEK, WIERTARKA, ŚRUBOKRĘT . 	<p><i>GDZIE KUCHAREK SZEŚĆ, TAM NIE MA CO JEŚĆ.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Tam, gdzie jest zbyt wiele osób, rzecz nie będzie dobrze zrobiona. W kuchni jest za mało miejsca dla kilku osób. Jeśli jest zbyt wiele kucharek, może zabraknąć jedzenia dla gości. <p><i>LEPSZY WRÓBEL W GARŚCI, NIŻ GOŁĄB NA DACHU.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Gołębi nie da się złapać. W życiu lepiej mieć małe potrzeby. Lepiej mieć małe rzeczy, ale pewne, niż wielkie, ale niepewne.
<p>6. Podawanie wyrazów o znaczeniu przeciwstawnym Proszę dopisać wyraz o przeciwnym znaczeniu, np. <i>MOKRY – suchy.</i></p> <ol style="list-style-type: none"> ŁADNY – GRUBY (człowiek) – GRUBY (sweter) – CIĘŻKI – ZDROWY – DUŻO – WYSOKO – DROGO – GŁĘBOKO – CIEPŁO – 	<p>7. Opis czynności Proszę napisać, co robią te osoby, np. <i>SZEWEC – naprawia buty.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> MOTORNICZY DYRYGENT HYDRAULIK KONDUKTOR SPIKER RADIOWY KARDIOLOG EKSPEDIENTKA POETA ARCHITEKT PRZEWODNIK
<p>8. Czytanie ze zrozumieniem Proszę przeczytać tekst i zaznaczyć prawidłową odpowiedź. <i>Anna umówiła się z Janem przed kinem. Wychodząc z domu, zapomniała o parasolce. Wróciła się po nią, przez co spóźniła się na tramwaj. Zdążyła jednak dojechać do kina na czas. W tym czasie Jan zastanawiał się, na który film się wybiorą. Tego dnia grano amerykański kryminał, francuską komedię i hiszpański film grozy.</i></p>	<p>Pytania:</p> <ul style="list-style-type: none"> Anna i Jan umówili się: <ol style="list-style-type: none"> w kinie przed kinem w parku koło kina Anna zapomniała: <ol style="list-style-type: none"> torebki kluczy parasolki Anna spóźniła się na: <ol style="list-style-type: none"> tramwaj

Tabela 4. cd.

<p><i>Jan postanowił poczekać z wyborem filmu na Annę. Kiedy przyjechała, zdecydowali, że mają ochotę się pośmiać. Kupili bilety i napoje: kawę dla Anny i zieloną herbatę dla Jana. Po seansie poszli do pobliskiego parku.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> b) autobus c) pociąg • Film został wybrany: <ul style="list-style-type: none"> a) przez Jana b) przez Annę c) wspólnie • Jan pił: <ul style="list-style-type: none"> a) kawę b) zieloną herbatę c) czarną herbatę • Anna i Jan obejrzeli: <ul style="list-style-type: none"> a) komedię b) kryminał c) film grozy • Anna i Jan dotarli do parku: <ul style="list-style-type: none"> a) tramwajem b) taksówką c) pieszo
<p>9. Pisanie zdań Proszę napisać pięć zdań o tym, co Pan/ Pani robił/robiła dzisiaj.</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>10. Narracja Proszę napisać, co się dzieje na tym obrazku.</p>  <p>Źródło: www.pixabay.com/pl (dostęp 27.09.2019)</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

Źródło: opracowanie własne.

Wstępna weryfikacja projektu ćwiczeń

Ćwiczenia zostały przekazane podopiecznym z Klubu Seniora (Warszawa-Ursus), którzy wykonali je w asyście opiekunów¹⁶. Osoby czuwające

¹⁶ Byli to pracownicy Domu Seniora. W jednym przypadku (ze względu na bardzo poważne zaburzenia wzroku u seniora), to opiekun wypełnił kartę ćwiczeń według tego, co podyktowała badana osoba.

nad seniorami zostały poinstruowane, aby nie udzielać badanym podpowiedzi, a jedynie (jeśli była taka potrzeba) przeczytać i/lub wyjaśnić polecenie. Seniorzy mieli nieograniczony czas na wykonanie ćwiczeń z wyjątkiem zadań dotyczących fluencji, przy których badanym odmierzano czas (jedną minutę). Zestawy ćwiczeń zostały wykonane przez sześć osób. Informacje dotyczące płci, wieku i wykształcenia badanych ujęłam w Tabeli 5. (K – oznacza kobietę, M – mężczyznę):

Tabela 5. Informacje dotyczące badanych osób

Wykształcenie	Wersja A				Wersja B	
Wyższe	M-90 l.	K-86 l.			M-80 l.	
Średnie			M-82 l.	M-76 l.		K-93 l.

Źródło: opracowanie własne.

Poniżej w Tabelach 6. i 7. przedstawiam przykładowe odpowiedzi seniorów (wypowiedzi są przytoczone zgodnie z oryginalną pisownią).

Tabela 6. Przykładowe wykonanie ćwiczeń w wersji A

Ćwiczenia	K-86 l., wykształcenie wyższe	M-82 l., wykształcenie średnie
1. Daty i wydarzenia		
Styczeń	21. – Dzień Babci	21.01 Dzień Babci
Luty	-	-
Marzec	-	-
Kwiecień	-	-
Maj	3 – Święto Konstytucji 1.05 Święto robotników	1 Maja Dzień Pracy
Czerwiec	-	-
Lipiec	-	-
Sierpień	-	-
Wrzesień	-	-
Październik	-	-
Listopad	-	1 XI Wszystkich Świętych
Grudzień	-	24 XII Boże Narodzenie

Tabela 6. cd.

Ćwiczenia	K-86 I., wykształcenie wyższe	M-82 I., wykształcenie średnie
2. Rozumienie przysłów Raz na wozie raz pod wozem.	<i>Różny los nas spotka</i>	<i>Raz się wiedzie dobrze raz nie</i>
Czym skorupka za młodu nasiąknie, tym na starość trąci.	<i>Dzieciństwo i „dom” wyznacza każdemu los na całe życie</i>	-
Kto mieczem wojuje, od miecza ginie.	<i>Nie oczekuj od życia więcej niż sam dajesz</i>	<i>Kto boksuje raz wygrywa raz przegrywa</i>
Gdzie kucharek sześć, tam nie ma co jeść.	<i>Jedne mądry szew znaczy więcej niż cała gromada</i>	-
Lepszy wróbel w garści niż gołąb na dachu.	<i>Konkret znaczy więcej niż ulotne marzenia</i>	-
3. Podawanie wyrazów z danej kategorii Nazwy drzew.	<i>Akacja, baobab, kasztan, dąb, lipa, topola, sosna, świerk, cis, figowiec, klon, jodła, morwa, osika, pigwowiec</i>	<i>Lipa Modrzew Topola Wierzba Sosna Akacja Jabłoń</i>
4. Podawanie wyrazów zaczynających się na daną literę Wyrazy na literę M.	<i>mama, mowa, miłość, maskotka, myśl, malwa, maruda, moda, moderni, malkontent, mruk, magnifiker, magister, miły, mały, malutki, mikry, mikrobus, mikrob, meduza, mądrość, moralność, magnat, myśliciel, mędrak, milczek, małomówny, maszyna,</i>	<i>Mama Miłość Malwa Meta Mars Mleko</i>
5. Wykluczanie ze zbioru Czekolada, szarlotka, piernik, makowiec	<i>(szarlotka) do szarlotki nie dodałabym czekolady</i>	<i>(czekolada) nie jest ciastem</i>
Łopata, widelec, grabie, motyka	<i>(widelec) tylko widelec należy do rodziny sztućców</i>	<i>(widelec) nie jest do sprzątanania</i>
Pociąg, tramwaj, rower, metro	<i>(rower) tylko rower ma napęd nożny</i>	<i>(metro) jest stałe</i>
Morze, rzeka, staw, jezioro	-	<i>(rzeka) jest ruchoma</i>
Rajstopy, kalesony, skarpetki, rękawiczki	<i>(rękawiczki) rękawiczki służą do osłony rąk</i>	<i>(rękawiczki) zakłada się na ręce</i>

Tabela 6. cd.

Ćwiczenia	K-86 I., wykształcenie wyższe	M-82 I., wykształcenie średnie
Obraz, posąg, rzeźba, muzeum	(muzeum) <i>muzeum jest określeniem miejscem składowania zbiorów</i>	(muzeum) <i>zbiór rzeczy nieuzuwaných</i>
Kundel, dachowiec, jamnik, owczarek	(dachowiec) <i>dachowiec jest kotem, reszta to psy</i>	(dachowiec) <i>nie jest psem</i>
Park, ratusz, kościół, szkoła	(park) <i>park – miejsc typowe relaksy</i>	(park) <i>nie jest budynkiem</i>
Książka, kasetą, gazeta, czasopismo	(kasetą) <i>odtworzenie radiowe</i>	(kasetą) <i>nie czyta się</i>
Gwóźdź, młotek, wiertarka, śrubokręt	(gwóźdź) <i>tylko gwóźdź nie jest przyrządem</i>	(gwóźdź) <i>nie jest narzędziem</i>
6. Tworzenie zdań z antonimami ładny – brzydki	<i>Był ładnym dzieckiem ale na stare lata zrobił się brzydki</i>	<i>Najpierw był ładny potem był brzydki</i>
gruby – chudy	<i>Jest gruba a chce być chuda</i>	<i>Początkowo był gruby potem był chudy</i>
gruby – cienki	<i>Gruby placek po rozwałkowaniu stał się cienki</i>	<i>Kożuch gruby albo cienki płaszcz</i>
ciężki – lekki	-	<i>ciężki wyczyn a lekki sport</i>
zdrowy – chory	<i>Zdrowy człowiek jest dynamiczny chory powinien odpoczywać</i>	<i>zdrowy umysł a chory człowiek</i>
dużo – mało	<i>Dużo mów mało rób</i>	<i>dużo rozrywki a mało wysiłku</i>
wysoko – nisko	<i>Inne patki fruują wysoko a inne nisko</i>	<i>wysoko rośnie brzoza a nisko krzewy</i>
drogo – tanio	<i>Drogo kupować jest ekonomiczniej niż tanio</i>	<i>drogo płacimy za łańcuszek a tanio za grzebień</i>
głęboko – płytko	<i>Osiedlają się koralowce zaś płytko rosną trzciny</i>	<i>głęboko można się zanurzyć w jeziorze a płytko można pływać</i>
ciepło – zimno	<i>Latem jest ciepło, zimą zimno</i>	<i>ciepło jest latem a zimno zimą</i>
7. Nazwy wykonawców czynności kieruje tramwajem	<i>motorniczy</i>	<i>Motorniczy</i>
kieruje orkiestrą	<i>dyrygent</i>	<i>Dyrygent</i>

Tabela 6. cd.

Ćwiczenia	K-86 I., wykształcenie wyższe	M-82 I., wykształcenie średnie
naprawia ciekący kran	<i>hydraulik</i>	<i>Hydraulik</i>
sprawdza bilety w pociąg	<i>konduktor</i>	<i>Konduktor</i>
prowadzi audycje radiowe	<i>konferansjer</i>	<i>Spiker</i>
leczy serce	<i>kardiolog</i>	<i>Lekarz</i>
pracuje w sklepie	<i>ekspedient</i>	<i>Sprzedawca</i>
pisze wiersze	<i>poeta</i>	<i>Poeta</i>
projektuje budynki	<i>architekt</i>	<i>Inżynier</i>
oprowadza wycieczki	<i>przewodnik/czka</i>	<i>Przewodnik</i>
8. Czytanie ze zrozumieniem Gdzie Anna i Jan się umówili?	<i>pod kinem</i>	<i>pod kinem</i>
O czym zapomniała Anna?	<i>parasol</i>	<i>o parasolce</i>
Na co spóźniła się Anna?	<i>tramwaj</i>	<i>Film</i>
Kto wybrał film?	<i>oboje</i>	<i>Jan</i>
Co pił Jan?	<i>zieloną herbatę</i>	<i>Herbatę</i>
Co oglądali	<i>komedię</i>	<i>Spektakl</i>
W jaki sposób dotarli do parku?	<i>poszli</i>	<i>pieszo</i>
9. Pisanie zdań	<i>Pojechałam z Córką do lekarza i na badania medyczne. Poszłam do DDPS. Wieczorem byłam w domu i próbowałam ułożyć rzeczy przywiezione w bagażu po pobycie na 4 tygodniowym pobycie w sanatorium. Oglądałam program telewizyjny. Około 22 godz. wybrałam się na spoczynek.</i>	<i>Grałam w karty. Ćwiczyłam na gimnastyce. Jadłam obiad w pół do drugiej godzinie. Słuchałam wypowiedzi pani Sylwii. Sprzątałam na posesji.</i>
10. Narracja	<i>Pan się zdenerwował i bez pożegnania odszedł.</i>	<i>Poróżnili się i rozeszli się</i>

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 7. Przykładowe wykonanie ćwiczeń w wersji B

Ćwiczenia	K-93 I., wykształcenie średnie	M-80 I., wykształcenie wyższe, początki otępienia
1. Daty i wydarzenia Dzień Babci	-	-
Walentynki	<i>W lutym</i>	-
Dzień Kobiet	<i>8 marca</i>	-
Prima Aprilis	<i>1 kwietnia</i>	-
Dzień Matki	<i>26 maja</i>	-
Dzień Dziecka	<i>1 czerwca</i>	-
Dzień Ojca	-	-
Święto Wniebowzięcia NMP	-	-
Pierwszy dzień jesieni	<i>24 września</i>	-
Dzień Nauczyciela	-	-
Dzień Zaduszny	<i>1 listopada</i>	-
Mikołajki	<i>6 grudnia</i>	-
2. Rozumienie przysłów Raz na wozie raz pod wozem.	A (+)	A (+)
Czym skorupka za młodu nasiąknie, tym na starość trąci.	C (+)	C (+)
Kto mieczem wojuje, od miecza ginie.	B (+)	A (-)
Gdzie kucharek sześć, tam nie ma co jeść.	A (+)	A (+)
Lepszy wróbel w garści niż gołąb na dachu.	C (+)	C (+)
3. Podawanie wyrazów z danej kategorii Nazwy warzyw.	<i>Pomidor Kapusta seler marchew brukselka. Fasola. Szpinak. Brokuły.</i>	<i>marchew; buraki; kartofle; cebula; ogórek; buraki</i>
Podawanie wyrazów zaczynających się na daną literę Wyrazy na literę W.	<i>Wiśnia wielbłąd wino wojna widok wrubel więcej wędch wojak winogrono wyścigi wargi woda Waleriana włosy wiarygodność wrogość</i>	<i>wieszak; wrota; wieża; wóz; wazon; wrota; waga; woda; wrota; wóz</i>

Tabela 7. cd.

Ćwiczenia	K-93 I., wykształcenie średnie	M-80 I., wykształcenie wyższe, początki otępienia
Tworzenie nazwy dla zbioru obiektów Szarlotka, piernik, makowiec	<i>ciasto</i>	<i>ciasta</i>
Łopata, grabie, motyka	<i>Narzędzia ogrodowe</i>	<i>narzędzia</i>
Pociąg, tramwaj, metro	<i>Transport</i>	<i>pojazdy szynowe</i>
Rzeka, staw, jezioro	<i>Woda</i>	<i>wiąże woda</i>
Rajstopy, kalesony, skarpetki	<i>Bielizna</i>	<i>coś do ubioru</i>
Obraz, posąg, rzeźba	<i>Ozdoby</i>	<i>wrażenia wizualne</i>
Kundel, jamnik, owczarek	<i>Psy</i>	<i>rodzaje zwierząt – psów</i>
Ratusz, kościół, szkoła	<i>Budowla</i>	<i>budowle</i>
Książka, gazeta, czasopismo	-	<i>do czytania</i>
Młotek, wiertarka, śrubokręt	<i>Narzędzia</i>	<i>narzędzia</i>
Podawanie wyrazów o znaczeniu przeciwnym łądny		
gruby (człowiek)	<i>Brzydki</i>	<i>brzydki</i>
gruby (sweter)	<i>Szczupły</i>	<i>cienki</i>
ciężki	<i>Cienki</i>	<i>cienki</i>
zdrowy	<i>Lekki</i>	<i>lekki</i>
dużo	<i>Chory</i>	<i>chory</i>
wysoko	<i>Mały</i>	<i>mało</i>
drogo	<i>Nisko</i>	<i>nisko</i>
głęboko	<i>Tanio</i>	<i>tanio</i>
ciepło	<i>Płytko</i>	<i>płytko</i>
zimno	<i>Zimno</i>	<i>zimno</i>
Opis czynności motorniczy		
dyrygent	<i>Prowadz Tramwaj</i>	<i>obsługa motorów</i>
hydraulik	<i>dyryguje muzykami</i>	<i>orkiestrą dyryguje</i>
konduktor	<i>naprawia rury</i>	<i>naprawia urządzenia hydrauliczne</i>
	<i>Sprawdza bilety</i>	<i>sprawdza bilety</i>

Tabela 7. cd.

Ćwiczenia	K-93 I., wykształcenie średnie	M-80 I., wykształcenie wyższe, początki otępienia
spiker radiowy	<i>zapowiada program</i>	<i>mówi o sprawach radia</i>
kardiolog	<i>Leczy serce</i>	<i>bada przepływ krwi</i>
ekspedientka	<i>Sprzedaje</i>	<i>obsługuje kupujących</i>
poeta	<i>Pisze wiersze</i>	<i>pisze poematy</i>
architekt	<i>Robi plany bu; projektuje</i>	<i>ocenia budowle</i>
przewodnik	<i>Oprowadza wycieczki</i>	<i>prowadzi trasę ludzi</i>
Czytanie ze zrozumieniem Anna i Jan umówili się:	A (-)	B (+)
Anna zapomniała:	C (+)	C (+)
Anna spóźniła się na:	A (+)	A (+)
Film został wybrany:	C (+)	C (+)
Jan pił:	B (+)	B (+)
Anna i Jan obejrżeli:	A (+)	A (+)
Anna i Jan dotarli do parku:	C (+)	C (+)
Pisanie zdań (5 zdań)	<i>Wstałam godz. ósma. Toaleta w łazience śniadanie wyszłam do domu Seniora</i>	<i>Czytałem tygodniki; siedziałem w fotelu; myłem się; zakładałem spodnie, koszulę czesałem się; wcześniej myłem się, załatwiałem się, jadłem śniadanie; czesałem się;</i>
Narracja	<i>Ta para poklucili się o rozešli się.</i>	<i>Spotkały się kobieta i mężczyzna. Kobieta siedziała na ławce. Mężczyzna postanowił odejść. Odszedł niosąc teczkę. Kobieta siedziała na ławce w kapeluszu. Oboje nie rozmawiali. Przebywali obok siebie. Na pożegnanie kobieta postanowiła uchylić kapelusz. Kobieta pozostała siedząc na ławce mężczyzna odszedł krokiem małym niosąc pewną teczkę.</i>

Źródło: opracowanie własne.

Wstępna weryfikacja obu wersji wykazała, że zadań było za dużo (wykonanie wszystkich zajmowało około półtorej godziny). Ponadto ćwiczenia z wersji A. okazały się za trudne dla badanych osób w wieku powyżej 75. roku życia. W pierwotnej wersji ćwiczeń polecenia nie zawsze odzwierciedlały to, co miało być badane, lub zostały w nich użyte terminy zbyt specjalistyczne. Stąd konieczne okazało się zmodyfikowanie niektórych poleceń, na przykład tych dotyczących aktualizacji nazw i określania nadrzędnym słowem nazw obiektów. Inne zmiany, które warto wprowadzić w kolejnej wersji ćwiczeń, to: a) zmiana ćwiczenia 1. badającego pamięć semantyczną na prostsze np. dopasowanie wydarzeń do dat, b) zwiększenie czasu przewidzianego na badanie fluencji (na przykład do dwóch minut), c) doprecyzowanie instrukcji w zadaniu 10. tak, by odpowiedź była bardziej rozbudowana (np. *Proszę napisać kilka zdań o tym, co się dzieje na obrazku*).

Podsumowanie

Ćwiczenia zostały opracowane z myślą o ich zastosowaniu w profilaktyce logopedycznej zdrowych seniorów i terapii logopedycznej osób w początkowej fazie choroby Alzheimera. Wnioski płynące ze wstępnej weryfikacji ćwiczeń pokazują, że należałoby nanieść odpowiednie poprawki (m.in. zmiana niektórych poleceń i zmniejszenie liczby przykładów) i ponownie sprawdzić ćwiczenia w obu wersjach w odpowiednio dobranej pod względem wieku i wykształcenia grupie. Po pomyślnej weryfikacji zestawu ćwiczeń można byłoby je wykorzystać w pracy z osobami w podeszłym wieku. Oczywiście przygotowana liczba zadań jest niewielka, ale intencją autorki jest opracowanie obszernego zestawu ćwiczeń bazującego na ćwiczeniach z projektu, na przykład w formie dziennika ćwiczeń¹⁷, który mógłby zostać wydany w formie papierowej i/lub w formie aplikacji na urządzenia mobilne¹⁸.

¹⁷ Np. *Teraz i dawniej. Zeszyty ćwiczeń dla osób z chorobą Alzheimera* (Domagała, Długosz-Mazur, 2007) lub *Pamiętaj. Dziennik z ćwiczeniami dla osób cierpiących na chorobę Alzheimera* (praca dyplomowa Kingi Ostapkowicz, www.system-biblioteka.pja.edu.pl/Opac5/faces/Opis.jsp?ido=34860&fbclid=IwAR0HvFH-Gibic_G80sKwqOu51g280vVKSmqfW0i8nvY_crlFxD7nFy-NinE [dostęp: 30.11.2019]).

¹⁸ Np. AFAST– aplikacja przeznaczona dla osób z afazją sensoryczną, motoryczną i mieszaną, www.afast.pl (dostęp: 27.09.2019).

Bibliografia

- Antoniak, D. (2012). Podstawowe informacje na temat choroby Alzheimera. W: T. Parnowski (red.), *Choroba Alzheimera* (s. 16–22). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Barczak, A. (2018). Warianty choroby Alzheimera. W: T. Gabryelewicz, A. Barczak, M. Barcikowska (red.), *Otępienie w praktyce* (s. 83–124). Poznań: Termedia.
- Burke, D., Shafto, M. (2008a). Language and aging. W: F. Craik, T. Salthouse (red.), *The handbook of aging and cognition* (s. 373–443). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Burke, D., Shafto, M. (2008b). Aging and Language Production. *Current Directions in Psychological Science*, 13(1), 21–24.
- Byczewska-Konieczny, K. (2016). Związki sposobów gospodarowania czasem wolnym przez osoby w wieku senioralnym z ich kondycją poznawczą. W: M. Kielar-Turska (red.), *Starość. Jak ją widzi psychologia* (s. 507–525). Kraków: Wydawnictwo WAM.
- Domagała, A. (2007). *Zachowania językowe w demencji: struktura wypowiedzi w chorobie Alzheimera*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Domagała, A. (2015). *Narracja i jej zaburzenia w otępieniu alzheimerowskim*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Domagała, A., Długosz-Mazur, E. (2007). *Teraz i dawniej. Zeszyty ćwiczeń dla osób z chorobą Alzheimera*. Lublin: Lubelskie Stowarzyszenie Alzheimerowskie.
- Domagała, A. (2017). Zaburzenia komunikacji pisemnej u osób z chorobą Alzheimera. W: A. Domagała, U. Mirecka (red.), *Zaburzenia komunikacji pisemnej* (s. 524–545). Gdańsk: Harmonia Universalis.
- Domagała, A., Sitek, E. (2018). *Choroba Alzheimera. Zaburzenia komunikacji językowej*. Gdańsk: Harmonia Universalis.
- Dzienniak, M. (2017). *Ćwiczę z głową. Ćwiczenia funkcji poznawczych dla osób z otępieniem*. Warszawa: Lundbeck.
- Grochmal-Bach, B. (2007). *Cierpienie osób z otępieniem typu Alzheimera. Podejście terapeutyczne*. Kraków: Wydawnictwo WAM.
- Harada, C., Natelson, M., Triebel, K. (2013). Normal cognitive aging. *Clinics in Geriatric Medicine*, 29(4), 737–752.
- Jodzio, K. (2016). Psychologiczna moc leciwych neuronów. W: M. Kielar-Turska (red.), *Starość. Jak ją widzi psychologia* (s. 67–83). Kraków: Wydawnictwo WAM.
- Kielar-Turska, M., Byczewska-Konieczny, K. (2017). Specyficzne właściwości posługiwania się językiem przez osoby w wieku senioralnym. W: S. Milewski, J. Kuczkowski, K. Kaczorowska-Bray (red.), *Biomedyczne podstawy logopedii* (s. 429–443). Gdańsk: Harmonia Universalis.
- Kuna, K. (2016). *Ćwiczenia słownikowe. Związki frazeologiczne, synonimy i antonimy*. Gdańsk: Harmonia Universalis.
- Lewicka, T., Stompel, D., Nowakowska-Kempna, I. (2014). Zaburzenia językowe w chorobach neurodegeneracyjnych: aspekty diagnostyczne i terapeutyczne. *Logopedia Silesiana*, 3, 76–94.

- Łazarewicz, M. (2015). Radzenie sobie z procesem starzenia się. W: K. Owczarka, M. Łazarewicz (red.), *Pogoda na starość. Podręcznik skutecznego wspierania seniorów* (s. 33–62). Warszawa: Wolters Kluwer.
- Łuczywek, E. (1996). Zaburzenia aktywności poznawczej osób w późnym wieku. Problemy demencji. W: A. Herzyk, D. Kądzielawa (red.), *Zaburzenia w funkcjonowaniu człowieka z perspektywy neuropsychologii klinicznej* (s. 111–149). Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Makara-Studzińska, M., Gustaw, K., Kryś, K. (2012). Trudności w komunikacji z pacjentem z chorobą Alzheimera. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 12(1), 18–25.
- Malinowska, B., Dzienniak, M. (2016). *Ćwiczę z głową. Ćwiczenia pamięci i innych procesów poznawczych na 4 tygodnie*. Warszawa: Wydawnictwo Item Publishing.
- Marczewska, H. (1994). Zaburzenia językowe w demencji typu Alzheimera i demencji wielozawałowej. W: E. Osiejuk, H. Marczevska (red.), *Nie tylko afazja: o zaburzeniach językowych w demencji Alzheimera, demencji wielozawałowej i przy uszkodzeniach prawej półkuli mózgu* (s. 7–60). Warszawa: Energeia.
- Martyniuk-Gęca, A., Papuć, E., Tynecka-Turowska, M., Rejdak, K. (2016). Choroba Alzheimera i jej rzadkie warianty oraz implikacje dla jakości życia. W: J. Tatarczuk, M. Markowska (red.), *Dobrostan a stan zdrowia* (s. 127–138). Lublin: Wydawnictwo NeuroCentrum.
- Milewski, S., Kaczorowska-Bray, K., Kamińska, B. (2016). Późna dorosłość z perspektywy logopedii. *Pogranicze. Studia Społeczne*, 28, 165–182.
- Mirczak, A. (2014). Profilaktyka otępienia u osób starszych. W: N. Pikuła (red.), *Warsztaty edukacyjne seniora* (s. 85–102). Kraków: Wydawnictwo „Scriptum” Tomasz Sekunda.
- Parnowski, T. (2016). Depresja i zaburzenia funkcji poznawczych. Czy wiemy wystarczająco dużo?. W: T. Parnowski (red.), *Depresje w wieku podeszłym* (s. 133–148). Warszawa: Wydawnictwo Medical Education.
- Piskunowicz, M., Bieliński, M., Zgliński, A., Borkowska, A. (2013). Testy fluencji słownej – zastosowanie w diagnostyce neuropsychologicznej. *Psychiatria Polska*, 47(3), 475–486.
- Pniewska, J., Jaracz, K., Górna, K., Suwalska, A. (2011). Czynniki protekcyjne funkcji poznawczych w procesie starzenia się – przegląd piśmiennictwa. *Neuropsychiatria i Neuropsychologia*, 6(3–4), 166–171.
- Potocka-Pirosz, K. (2019). *Zaburzenia mowy w początkowej fazie choroby Alzheimera. Studium przypadków*. Warszawa: Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego.
- Starchalska, B. (2009). *Ćwiczenia usprawniające aktualizację wyrazów w mowie osób z afazją*. Warszawa: Wydawnictwo APS.
- Strosznajder, J., Mossakowski, M. (2001). *Mózg a starzenie*. Warszawa: Upowszechnianie Nauki – Oświata.
- Styczek, I. (1980). *Logopedia*. Warszawa: PWN.
- Susułowska, M. (1989). *Psychologia starzenia się i starości*. Warszawa: PWN.
- Szepietowska, E., Daniluk, B. (2000). Zaburzenia językowe w demencji w ujęciu neuropsychologicznym. *Audiofonologia*, 16, 117–135.

- Szepietowska, E., Gawda, B. (2014). Fluencja czasownikowa i rzeczownikowa: mechanizmy neuronalne – badania z zastosowaniem funkcjonalnego rezonansu magnetycznego. *Neuropsychiatria i Neuropsychologia*, 9(3–4), 81–87.
- Tłokiński, W. (1990). *Mowa ludzi u schyłku życia*. Warszawa: PWN.
- Tłokiński, W., Olszewski, H. (2017). Zaburzenia mowy związane z wiekiem. W: S. Milewski, J. Kuczkowski, K. Kaczorowska-Bray (red.), *Biomedyczne podstawy logopedii* (s. 410–428). Gdańsk: Harmonia Universalis.
- Wiśniewska, M. (2016). *Ćwiczenia językowe, część 2: Propozycje zadań dla dzieci i dorosłych z zaburzeniami komunikacji językowej*. Gdańsk: Harmonia Universalis.
- Wnuk, W. (2013). Potencjał osób starszych. W: P. Błędowski, A. Stogowski, K. Wieczorowski-Tobis (red.), *Wyzwania współczesnej gerontologii* (s. 21–32). Poznań: Wydawnictwo Naukowe Wyższej Szkoły Nauk Humanistycznych i Dziennikarstwa.
- Wolańska, E. (2015). Zaburzenia funkcji językowych w chorobach i zespołach otępienych. Rola i cele logopedii wieku podeszłego. *Poradnik Językowy*, 5, 67–82.
- Żulewska, J., Nowis-Zalewska, M. (2015). *Ćwiczenia dla osób z afazją. Formy gramatyczne*. Gdańsk: Harmonia Universalis.

Elżbieta Sadowska

Uniwersytet Warszawski

KINESIOTAPING W TERAPII LOGOPEDYCZNEJ – ZARYS PROBLEMATYKI

STRESZCZENIE

Logopedia jest szeroką dziedziną nauki o interdyscyplinarnych podstawach. Odkrycia w obrębie innych dyscyplin naukowych powiązanych z logopedią w znaczący sposób wpływają również na możliwości coraz lepszego i skuteczniejszego pomagania pacjentom z zaburzeniami mowy. W artykule zaprezentowano możliwości zastosowania kinesiotalingu w terapii logopedycznej. Kinesiotaling jest metodą stosowaną pierwotnie w fizjoterapii, obecnie znajduje zastosowanie również w logopedii.

Słowa kluczowe: kinesiotaling, terapia logopedyczna, interdyscyplinarność

Kinesiotaping in speech therapy – outline of the issues

ABSTRACT

Speech therapy is a broad field of science with interdisciplinary foundations. Discoveries within other scientific disciplines related to speech therapy significantly influence the possibilities of helping patients with speech and language disorders to become better and more effective. In this article I would like to present the possibilities of using kinesiotaping in speech therapy. Kinesiotaping is a method originally used in physiotherapy, now it is also used in speech therapy.

Keywords: kinesiotaping, speech therapy, interdisciplinary

Wprowadzenie

Nie jest niczym nowym stwierdzenie, że logopedia jest szeroką dziedziną nauki o interdyscyplinarnych podstawach. Odkrycia w obrębie innych dyscyplin naukowych powiązanych z logopedią w znaczący sposób wpływają również na możliwości coraz lepszego i skuteczniejszego pomagania pacjentom z zaburzeniami mowy i języka. W artykule zaprezentowano możliwości zastosowania kinesiotalingu w terapii logopedycznej. Rozważania teoretyczne odniesione zostaną do wybranych doświadczeń klinicznych oraz doniesień z badań. Podjęta zostanie próba odpowiedzi na pytanie, czy kinesiotaling może być wsparciem terapii logopedycznej. Pytań i wątpliwości jest oczywiście o wiele więcej – ze względu jednak na charakter prezentowanego tekstu zasygnalizuję tylko niektóre z nich.

Kinesiotaling – podstawowe informacje

Kinesiotaling jest metodą stosowaną pierwotnie w fizjoterapii, najczęściej w terapii sportowców, jednakże znajduje on również zastosowanie w leczeniu różnego rodzaju schorzeń. Metoda znana jest na świecie już od ponad 30 lat, a jej twórcą jest japoński lekarz chiropraktyk Kenzo Kase (por. Kase, 1994). Badacz ten zauważył, że ból bardzo często wynika z dysfunkcji mięśni oraz tkanek mięśniowo-powięziowych znajdujących się wokół stawów. Aby wspomóc układ mięśniowo-powięziowy, Kase zaproponował metodę *kinesio tapingu*¹ wykorzystującą elastyczne taśmy², aplikowane w różnych miejscach na ciele.

¹ Hanna Mosiejczuk (2016) zapisuje *kinesiotaling* łącznie (zob. też: Mikołajewska, 2011), w innych pracach polskich badaczy, także w pracach Kase, spotykamy formę rozłączną: *kinesio taping* (zob. Kase, 1994; Kase, Wallis, Kase, 2013; Markowski, 2015).

² Do kinesiotalingu/plastrowania używane są specjalne bawełniane taśmy, nazywane również *tapami*. Ich cechą charakterystyczną jest przede wszystkim elastyczność. Jedna strona plastra pokryta jest specjalnym klejem (zabezpieczonym papierem), który umożliwia przymocowanie go na skórze. Klej rozłożony jest na taśmie nierównomiernie, aby zapewnić respirację skóry (Śliwiński, Krajczy, 2014). Taśmy mogą powodować reakcje alergiczne, dlatego też zalecane jest wykonanie aplikacji testowej, aby sprawdzić, czy dana taśma nie uczula konkretnej osoby. Zbyt gwałtowne zerwanie przyklejonego do skóry plastra może wywołać podrażnienie.

Metoda ta może uzupełniać inną, zastosowaną wcześniej terapię, jak również być metodą stosowaną samodzielnie (Mosiejczuk i in., 2016). Celem kinesiotalpingu jest: „[...] normalizacja funkcji mięśni, poprawienie przepływu krwi i limfy, redukcja bólu, poprawienie propriocepcji, wspieranie procesów gojenia się tkanek oraz przywrócenie tkankom normalnego funkcjonowania” (Mosiejczuk i in., 2016, s. 60).

Mechanizm działania plastra jest zgodny z zasadami kinezylogii oraz korzysta z teorii tensegracji łańcuchów mięśniowo-powięziowych. Od wskazań klinicznych i tego, jaki efekt ma zostać uzyskany, zależy technika aplikacji plastra. Zdaniem badaczy zajmujących się kinesiotalpingiem: „W wyniku aplikacji plastra dochodzi do uniesienia i pofałdowania naskórka, dzięki czemu zwiększa się przepływ krwi w sieci naczyń w warstwie brodawkowej skóry oraz naczyniach głębiej położonych. Dochodzi także do zwiększenia transportu chłonki, co wpływa znacznie na regenerację tkanek w obrębie miejsc zmienionych procesem chorobowym” (Mosiejczuk i in., 2016, s. 61). Nie ma jednego, ściśle wyznaczonego sposobu przyklejania taśm na skórze. Przegląd technik można znaleźć między innymi w pozycji *Dynamiczne plastrowanie. Podręcznik. Kinesiology Taping* (Śliwiński, Krajczy, 2014). Jedną z technik przyklejania taśm jest technika mięśniowa: „Przyczepy mięśnia, dla którego wykonywana jest aplikacja w technice mięśniowej, są maksymalnie oddalone od siebie. Wyjątek stanowi stan uniemożliwiający przyjęcie takiej pozycji. Taśmę przyklejamy bez napinania. Prawidłowo wykonana aplikacja powoduje pojawienie się fałdów na skórze po powrocie do pozycji spoczynkowej pacjenta” (Śliwiński i Krajczy, 2014, s. 72). Plastry mogą być również aplikowane za pomocą techniki więzadłowej, powięziowej, korekcyjnej, limfatycznej i funkcjonalnej (Śliwiński i Krajczy, 2014, s. 72).

Kinesiotalping jest w Polsce stosunkowo nową metodą terapeutyczną. Hanna Mosiejczuk zauważa, że mimo iż taping był rozpowszechniony w Stanach Zjednoczonych i Europie już w latach 90., to w Polsce stał się znany szerzej dopiero od 2004 roku (Mosiejczuk i in., 2016). Jednym z pierwszych polskich opracowań naukowych, którego celem była ocena plastrowania w fizjoterapii, jest dysertacja doktorska Marcina Krajczego pt. „Wpływ kinesiotalpingu na efekty fizjoterapii u chorych po zabiegu cholecystektomii laparoskopowej”. Badania w tym zakresie publikowane były głównie przez fizjoterapeutów (między innymi w: *Kwartalniku Ortopedycznym, Rehabilitacji Praktycznej*,

czy też *Fizjoterapii Polskiej*). Obecnie metoda kinesiotapingu znajduje zastosowanie również w logopedii³.

Zastosowanie kinesiotapingu w logopedii

Jeszcze do niedawna w terapii logopedycznej kinesiotaping nie był stosowany. W ostatnich latach można jednak zauważyć zainteresowanie związane z wykorzystaniem kinesiotapingu w logopedii jako metody wspomagającej. Badano zastosowanie kinesiotapingu między innymi: w porażeniu nerwu twarzowego (Sasinowski, 2013; Śliwiński i Krajczyk, 2014), w usprawnianiu pacjentów po rekonstrukcji nerwu twarzowego (Hałas, Senderek i Krupa, 2005), u pacjentów z dysfonią (Mezzedimi, Livi i Spinosi, 2017), w terapii nadmiernego ślinienia (Mikami, Furia i Welker, 2019).

Joanna Grudzińska (2013) zaprezentowała przypadek 30-letniej pacjentki z idiopatycznym, obwodowym uszkodzeniem nerwu twarzowego. Terapia pacjentki rozpoczęła się po 14. miesiącach od wystąpienia porażenia i obejmowała masaż, ćwiczenia PNF⁴ (terapia w gabinecie codziennie oprócz weekendów), „ćwiczenia przed lustrem” (kinezyterapia)⁵ oraz kinesiotaping. Kinesiotaping był w tym przypadku stosowany w celu normalizacji napięcia i stymulacji opadającego kącika ust, był stosowany wyłącznie w weekendy. Po czterech miesiącach zauważono znaczną poprawę: „[...] na czole pojawiły się zmarszczki, oko całkowicie się zamyka, bruzda nosowo-wargowa stała się widoczna. Usta i uśmiech stały się bardziej symetryczne niż przed

³ Warto zaznaczyć, że aby móc korzystać z danej metody, należy ukończyć specjalne szkolenie. Logopedzi mają szeroki wybór szkoleń dotyczących różnych koncepcji plastrowania.

⁴ Czyli prioprioceptywne nerwowo-mięśniowe torowanie ruchu (ang. *prioprioceptive neuromuscular facilitation*).

⁵ Pacjentka wykonywała ćwiczenia w obrębie następujących obszarów: czoło („zmarszcz czoło”, „patrz zdziwiona”), brwi („ściągnij brwi”), oczy („zamknij oczy”, „zaciśnij oczy”, „otwieraj raz jedno, raz drugie oko”), nos („zmarszcz nos”), usta („uśmiechnij się”, „wyszczierz zęby”, „pokaż tylko górne zęby”, „pokaż tylko dolne zęby”, „ściągnij usta w dziubek”, „zagwiźdź”, „unieś raz jeden, raz drugi kącik”, „opuść kąciki”) (Grudzińska, 2013, s. 251). Pacjentka ćwiczyła mięśnie mimiczne także poprzez zmiany wyrazu twarzy (np. smutek, złość, zdziwienie), jak również wykonywała ćwiczenia z patyczkiem lekarskim umieszczonym poziomo pomiędzy wargami po stronie porażonej oraz automasaż policzka za pomocą języka (czyli „wypychała” policzek od wewnątrz) (Grudzińska, 2013). Badana ćwiczyła również dmuchanie baniek, dmuchanie w balon, uczyła się gwizdać, biernie wypychała policzek.

rozpoczęciem współpracy. Brak poprawy w dalszym ciągu obserwuje się w okolicy bródki po lewej stronie” (Grudzińska, 2013, s. 251).

Trudno w tym przypadku jednoznacznie ocenić wpływ kinesiotapingu na poprawę mięśni mimicznych twarzy ze względu na ograniczone – do weekendów – jego stosowanie oraz wykorzystanie innych opisanych powyżej metod usprawniających (m.in. ćwiczeń aparatu artykulacyjnego). Kinesiotaping był tu metodą wspomagającą.

Jedną z propozycji zastosowania kinesiotapingu w logopedii jest „aplikacja taśmy S”⁶. Twórczynią tego typu aplikacji jest fizjoterapeutka Esther de Ru (de Ru i in., 2019). Nazwa aplikacji nie nawiązuje do kształtu taśmy⁷, pochodzi od nazw: *saliva* (śliny) i *swallowing* (połykanie), które rozpoczynają się literą S. Ten rodzaj aplikacji używany jest w celu „poprawy ruchów języka”, „pracy nad uzyskaniem prawidłowego wzorca połykania i wymowy”, jak również w przypadku nadmiernego ślinienia (regulacja częstości i intensywności) (de Ru i in., 2019, s. 45). Polega on na przyklejeniu pod brodą małej elastycznej taśmy (de Ru i in., 2019)⁸. Prowadzone są badania nad skutecznością zastosowania „taśmy S” w terapii logopedycznej.

Ograniczenia i środki ostrożności w stosowaniu kinesiotapingu

Wielu autorów podkreśla, że kinesiotaping jest stosunkowo prostą i mało inwazyjną metodą (Mosiejczuk i in., 2016, s. 65). Jednak aplikacja plastra powinna być wykonywana przez osobę, która ukończyła odpowiednie szkolenie i która zachowuje zalecane środki ostrożności⁹. Istnieje szereg przeciwwskazań do zastosowania kinesiotapingu, szczególnie u dzieci, a zwłaszcza u tych z labilnym układem nerwowym (Śliwiński,

⁶ Początkowo tego typu aplikacja nie miała osobnej nazwy. Jej celem była korekcja nadmiernego ślinienia.

⁷ Jednak w literaturze dotyczącej tematyki kinesiotapingu nazwy aplikacji często odnoszą się do kształtu, jaki został uzyskany po aplikacji taśmy, np. taśma w kształcie litery Y, I oraz X (Śliwiński i Krajczy, 2014).

⁸ Aplikacja taśmy S posiada określony protokół postępowania (de Ru i in., 2019).

⁹ Esther de Ru przestrzega na przykład, aby plaster nie był aplikowany „na skórę (dermatom) należącą do nerwu żuchwowego” (de Ru i in., 2019, s. 46).

Krajczy, 2014). Ważne jest zarówno miejsce, jak i sposób aplikacji plastra. Na przykład aplikacje więzadłowe w okolicy podbrzusza mogą spowodować u dzieci krótkotrwały spadek ciśnienia krwi¹⁰, co może doprowadzić do omdlenia. Natomiast przy aplikacji plastra na mięsień brzucha skośny zewnętrzny po stronie lewej może dojść do podrażnienia nerwu międzyżebrowego, co może spowodować u dzieci wzmożoną sekrecję śluzu w drzewie oskrzelowym. Śliwiński i Krajczy (2014) zaznaczają, że tego typu zaburzenia pojawiają się bardzo rzadko i po usunięciu taśmy stosunkowo szybko ustępują. Także sposób aplikacji może wywołać niepożądane reakcje. Zbyt duże napięcie taśmy może uwrażliwiać skórę. Do wystąpienia negatywnych reakcji może doprowadzić również spożywanie zbyt małej ilości wody w czasie noszenia plastra (Śliwiński i Krajczy, 2014).

Informacje te wskazują jednoznacznie, że kinesiotaping nie może być stosowany przez osobę nieposiadającą odpowiedniej wiedzy o wzajemnym oddziaływaniu poszczególnych struktur w organizmie człowieka.

W kinesiotapingu konieczne jest zachowanie odpowiedniej procedury. Śliwiński i Krajczy (2014, s. 174) przedstawili sześć kroków tzw. nawigacji w dynamicznym plastroowaniu: krok 1: „Identyfikacja afektowanego obszaru poprzez wywiad i badanie”; krok 2: „Wykonanie testów przesiewowych związanych z afektowanym obszarem jako różnicowanie wywiadu i badania”; krok 3: „Potwierdzenie stanu afektowanego obszaru wynikami wykonanych testów przesiewowych”; krok 4: „Identyfikacja grup mięśniowych zaangażowanych w tworzenie afektowanego obszaru”; krok 5: „Wykonanie testów mięśniowych zaangażowanych w afektację obszaru”; krok 6: „Podsumowanie wyników badań i wybór sposobu leczenia”.

Podsumowanie

Zastosowanie kinesiotapingu w logopedii jest nowym obszarem wartym zbadania. Kinesiotaping może wspierać terapię logopedyczną, szczególnie pacjentów z zaburzeniami funkcjonowania mięśni biorących udział w mówieniu. Niewątpliwie interesujące byłyby badania zespołowe dotyczące skuteczności tej metody, w których skład weszliby specjaliści z różnych dziedzin.

¹⁰ Podczas naklejania i usuwania plastra.

Bibliografia

- Grudzińska, J.M. (2013). Porażenie nerwu twarzowego – opis przypadku. *Kwartalnik Ortopedyczny*, 2, 249–254.
- Hałas, I., Senderek, T., Krupa, L. (2005). Wykorzystanie kinesiotalingu w usprawnianiu pacjentki po rekonstrukcji nerwu twarzowego. *Fizjoterapia Polska*, 5(2), 272–276.
- Kenzo, K. (1994). *Illustrated Kinesio Taping*. Tokyo: Ken'i-Kai.
- Kenzo, K., Wallis, J., Kase, T. (2013). *Clinical Therapeutic Applications of the Kinesio Taping Method*. Wyd. 3. Kinesio Taping Association International.
- Markowski, A. (2015). *Kinesiotalping*. Warszawa: Wydawnictwo SBM.
- Mezzedimi, C., Livi, W., Spinosi, M.C. (2017). Kinesio taping in Dysphonic Patients. *Journal of Voice*, 31(5), 589–593.
- Mikami, D.L.Y., Furia, C.L.B, Welker, A.F. (2019). Addition of Kinesio Taping of the orbicularis oris muscles to speech therapy rapidly improves drooling in children with neurological disorders. *Developmental Neurorehabilitation*, 22(1), 13–18.
- Mikołajewska, E. (2011). *Kinesiotalping. Rozwiązania wybranych problemów funkcjonalnych*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Mosiejczuk, H., Lubińska, A., Ptak, M., Szylińska, A., Kemicer-Chmielewska, E., Laszczyńska, E., Rotter, I. (2016). Kinesiotalping jako interdyscyplinarna metoda terapeutyczna. *Pomeranian Journal of Life Sciences*, 62(1), 60–66.
- de Ru, E., Brychcy, M., Rutkowski, P., Rąglewska, P. (2019). Skuteczność stosowania taśmy S. *Rehabilitacja w Praktyce*, 3, 45–48.
- Sasinowski, J. (2013). Kinesio Taping w pourazowym porażeniu nerwu twarzowego. *Rehabilitacja Praktyczna*, 1, 38–41.
- Śliwiński, Z., Krajczyk, M. (red.). (2014). *Dynamiczne plastrowanie. Podręcznik. Kinesiology Taping*. Wrocław: Wydawnictwo Markmed Rehabilitacja s.c.

CZĘŚĆ III

DONIESIENIA Z BADAŃ ZWIĄZANYCH Z ZABURZENIAMI MOWY

Ewa Jeżewska-Krasnodębska

Uczelnia Łazarzkiego w Warszawie

Centrum Terapii Dziecka w Warszawie i w Otwocku

Jarosław Krasnodębski

Centrum Terapii Dziecka w Warszawie i w Otwocku

DYSFUNKCJE PRZETWARZANIA SENSORYCZNEGO JAKO PROBLEM WYSTĘPUJĄCY U WSZYSTKICH DZIECI Z ZABURZENIAMI MOWY – DONIESIENIA Z BADAŃ

STRESZCZENIE

Dysfunkcje przetwarzania sensorycznego i zaburzenia mowy to problemy coraz częściej diagnozowane u dzieci w różnym wieku. Wstępne analizy przeprowadzonych badań wskazują, że u dzieci z dysfunkcjami integracji sensorycznej współwystępują zaburzenia mowy. W artykule przedstawiono klasyfikację zaburzeń przetwarzania sensorycznego, ich przyczyny i objawy oraz możliwości działań terapeutycznych. Podkreślono, że te same przyczyny powodują zarówno dysfunkcje integracji sensorycznej, jak i zaburzenia mowy u dzieci. Podjęto próbę odpowiedzi na pytanie, jakie wspólne czynniki mogą łączyć te dwa zjawiska. Czy dotyczą one tylko etiologii, uwarunkowań neurologicznych i objawów? Czy mogą istnieć inne korelacje i powiązania między tymi zaburzeniami? Zaproponowane podejście badawcze i wstępne doniesienia z badań wskazują na konieczność naukowej polemiki i nowego spojrzenia na prezentowane zagadnienia.

Słowa kluczowe: dysfunkcje integracji sensorycznej, zaburzenia mowy, diagnoza, terapia logopedyczna

Sensory processing dysfunctions as a problem regarding all children with speech disorders – reports from studies

ABSTRACT

Sensory processing dysfunctions and speech disorders are more and more often diagnosed among children of all ages. Preliminary analyzes of recent studies indicate that currently children with sensory integration dysfunctions also suffer from speech disorders. The article presents the classification of sensory processing disorders, their causes and symptoms as well as possibilities of therapeutic treatments. It was emphasized that the same causes are responsible for both sensory integration dysfunctions and speech disorders in children. It was debated whether there exist common factors that can combine these two phenomena. Do they solely concern etiology, neurological conditions and symptoms? Could there be other correlations and connections between these disorders? The proposed research approach and preliminary reports from the studies indicate the need for scientific polemics and a new look at the presented issues.

Keywords: sensory processing dysfunctions, speech disorders, diagnosis, speech therapy

Wprowadzenie

Zaburzenia przetwarzania sensorycznego, które wcześniej były określane jako dysfunkcje integracji sensorycznej, są obecnie jednym z najczęściej obserwowanych problemów u dzieci trafiających do gabinetów terapeutycznych. Dysfunkcje te po raz pierwszy rozpoznano w połowie XX wieku. Zostały one zauważone i opisane przez amerykańską badaczkę Anne Jean Ayres, która była psychologiem wychowawczym i terapeutką zajęciową, a jej zainteresowania badawcze i praktyka kliniczna skoncentrowały się na badaniach tych zaburzeń (Ayers, 1979; Goddard i Blythe, 2015). Autorka na podstawie własnych obserwacji i doświadczeń klinicznych sformułowała hipotezy wskazujące na powiązanie funkcji psychoneurologicznych z zachowaniem i uczeniem się dziecka. Wykazała, że konsekwencją dysfunkcji integracji sensorycznej mogą być problemy społeczne, emocjonalne, ruchowe i/lub funkcjonalne (Ayers, 1979; Miller, 2016). Wprowadziła termin *integracja sensoryczna*, który można zdefiniować jako porządkowanie informacji sensorycznych w sposób umożliwiający ich celowe wykorzystanie i opracowała koncepcję pracy z wykorzystaniem tej wiedzy (Maas, 2016). Wskazała, że koncepcja integracji sensorycznej w aspekcie trudności w uczeniu się nie polega na nauczaniu konkretnych umiejętności, takich jak np. łączenie bodźców wzrokowych, zapamiętywanie sekwencji dźwięków, rozróżnianie dźwięków czy nawet opanowanie podstawowego materiału szkolnego, bowiem celem integracji sensorycznej jest poszerzenie możliwości mózgu do nauczania się, jak te czynności należy wykonywać (Ayers, 1979). Dlatego integracja sensoryczna może sprawić, że nauka będzie łatwiejsza (Maas, 2016).

Założenia teorii integracji sensorycznej

Założenia teorii integracji sensorycznej oparte zostały na neurobiologii i teorii zachowania. W spektrum zainteresowań pozostają wszystkie zmysły i układy sensoryczne, jednak dominujące znaczenie mają trzy układy, które rozwijają się już w życiu płodowym: dotyk, propriocepcja (czucie głębokie) oraz zmysł przedsionkowy. Violet Maas – uczennica Ayres – podkreśla, że niezbędnym etapem rozwoju tych układów jest naturalny poród w położeniu główkowym, podczas którego dziecko, przeciskając się przez kanał rodny

główką w dół, dostaje maksymalną stymulację sensoryczną. Maluch obraca się wokół własnej osi, odczuwa skurcze macicy matki i tą drogą zostaje mu dostarczona niezbędna ilość bodźców proprioceptywnych. Pierwotne, prawidłowe reakcje sensoryczne są konieczne do dalszego rozwoju dziecka i stanowią podstawę do rozwoju układów zmysłów „wyższego rzędu”, tj. wzroku czy słuchu (Maas, 2016; Yack, Aguilla i Sutton, 2014).

W teorii i praktyce integracji sensorycznej podkreśla się znaczenie następujących czynników (Ayres, 2005; Jodzis, 2016; Przyrowski, 2011):

- plastyczności neuronalnej, czyli zdolności naszego mózgu i układu nerwowego do zmian i modyfikacji. Plastyczność mózgu uzależniona jest od stopnia zaangażowania dziecka w wykonywanie zadań, różnorodności czynników otoczenia oraz od okresów sensorywnych w jego rozwoju;
- sekwencyjności rozwoju integracji sensorycznej – złożone zachowania kształtują się na podstawie prostych reakcji;
- integralności systemu nerwowego – polegającej na ścisłej współpracy kory mózgowej z ośrodkami podkorowymi;
- reakcji adaptacyjnych – są nimi indywidualne, normatywne zachowania powstające w odpowiedzi na bodźce z otoczenia, opierające się na doświadczeniach sensoryczno-motorycznych;
- wewnętrznego pędu dziecka do rozwoju integracji sensorycznej – jest to wrodzona motywacja do poszukiwania i integrowania wrażeń zmysłowych.

Ayres (2005) przedstawiła rozwój integracji sensorycznej w czteroetapowym modelu, który stopniowo powstaje w pierwszych latach życia dziecka. Autorka wyszła z założenia, że jeśli dziecko na pierwszych etapach rozwojowych nie będzie w stanie rozwinać przewidzianych na tym poziomie umiejętności, to fakt ten spowoduje pojawienie się zaburzeń w umiejętnościach dziecka i w jego zachowaniu na kolejnych etapach. Niektóre reakcje na bodźce pojawiają się już w życiu płodowym i jest to okres, w którym zmysły dotyku, równowagi i propriocepcji współpracują ze sobą (Maas, 2016).

Integracja ludzkich wrażeń to proces ciągły, zachodzący bez naszej świadomości, w którym porządkowane są informacje pobrane przez zmysły. Doświadczenia te porządkowane są przez selekcję i wybór tego, co istotne w danej sytuacji, co nam pozwala celowo reagować i działać (Ayres, 2005).

Przyczyny dysfunkcji integracji sensorycznej

W literaturze przedmiotu podaje się wiele możliwych przyczyn dysfunkcji integracji sensorycznej. Wymieniane są uwarunkowania genetyczne lub/i dziedziczne (Kranowitz, 2011; Przyrowski, 2011). Wśród czynników działających w okresie prenatalnym wymieniane są: substancje szkodliwe dla płodu (tytoń, alkohol, inne używki); choroby przewlekłe i wirusowe matki; silny stres w czasie ciąży; ciążę mnogie. Ostatnio wskazuje się też na wpływ metali ciężkich, tj. ołowiu czy rtęci (Kranowitz, 2011). Kolejną wymienianą grupą przyczyn są czynniki okołoporodowe: nieprawidłowe ułożenie dziecka; przedwczesny poród; niska masa urodzeniowa; cesarskie cięcie; niedotlenienie okołoporodowe; przedłużająca się żółtaczka; wcześniactwo i jego konsekwencje w postaci długotrwałej hospitalizacji, poddawania dziecka licznym zabiegom medycznym. Wymienia się też inne niekorzystne czynniki postnatalne typu: zanieczyszczenie środowiska; nadmierna lub zbyt niska stymulacja sensoryczna; ograniczenie możliwości ruchowych, interakcji społecznych, możliwości zabawy, które określane są jako deprywacja sensoryczna (Ayres, 2011; Kranowitz, 2011, Maas, 2007).

Wszystkie powyżej wymienione przyczyny, które powodują dysfunkcje integracji sensorycznej, mogą również wpływać na występowanie zaburzeń mowy u dzieci.

Typologia dysfunkcji integracji sensorycznej

Do klasyfikacji dysfunkcji SI obecnie wykorzystuje się termin **zaburzenia przetwarzania sensorycznego** (ang. *Sensory Processing Disorder*, SPD), który oznacza, że sygnały płynące ze zmysłów nie są przetwarzane na właściwe reakcje organizmu i dlatego cała aktywność dziecka i wykonywane przez nie codzienne czynności są zaburzone (Maas, 2007; Miller, 2016). Cechą znaną tych trudności jest to, że mają one charakter przewlekły i w różnym stopniu mogą zakłócać jakość życia dziecka. Lucy Jane Miller (2016) stwierdza, że SPD określane bywa jako zaburzenie neurologiczne.

Zaburzenia SPD mogą przybierać następujące wzorce i podtypy (Miller, 2016):

- 1) Zaburzenia modulacji sensorycznej (ang. *Sensory Modulation Disorder, SMD*) – są to problemy z zamianą informacji pochodzących ze zmysłów w kontrolowane zachowanie, dostosowane charakterem i intensywnością do bodźców sensorycznych; można w tym wzorcu wyróżnić następujące podtypy:
 - a) nadreaktywność sensoryczna;
 - b) podreaktywność sensoryczna;
 - c) poszukiwanie bodźców sensorycznych.
- 2) Zaburzenia różnicowania sensorycznego (ang. *Sensory Discrimination Disorder, SDD*) – w tym wzorcu występują problemy z wyczuwaniem podobieństw i różnic między wrażeniami sensorycznymi. Trudności te można rozpoznać osobno w obszarze każdego zmysłu.
- 3) Zaburzenia ruchowe o podłożu sensorycznym (ang. *Sensory-Based Motor Disorder, SBMD*) – wzorec ten przejawia się głównie problemami ze stabilizacją ciała, ruchem oraz wykonywaniem sekwencji ruchów. W tym wzorcu wyróżnić można dwa podtypy zaburzeń:
 - a) dyspraksję;
 - b) zaburzenia posturalne.

Objawy dysfunkcji zaburzeń przetwarzania sensorycznego

Objawy zaburzeń przetwarzania sensorycznego u każdego dziecka mogą wyglądać inaczej, dlatego mogą wystąpić trudności w ich wyodrębnieniu i zaliczeniu do konkretnej kategorii diagnostycznej. Dzieci z tymi dysfunkcjami wykazują całe spektrum objawów, które mogą pojawiać się niezależnie od siebie lub w połączeniu ze sobą, mogą też mieć różne nasilenie. Nieprawidłowości w przetwarzaniu sensorycznym często współwystępują z innymi zaburzeniami, takimi jak na przykład spektrum autyzmu, ADHD czy zaburzenia rozwojowe. Można jednak zaobserwować występowanie wyizolowanych objawów SPD (Ayres, 2011; Kranowitz, 2011; Miller, 2016; Yack, Aguilla i Sutton, 2014).

Badacze podjęli jednak próbę wyróżnienia trzech podstawowych wzorców zachowań i przyporządkowania im grup objawów:

- 1) Dziecko z dysfunkcją modulacji sensorycznej (SMD)
Reakcje dziecka na bodźce mogą być niezintegrowane, ponieważ jego centralny układ nerwowy (CUN) nie jest w stanie ich dokładnie zorganizować i kontrolować. Nadreaktywność przejawia się nadmierną wrażliwością na niektóre bodźce słuchowe, wzrokowe czy dotykowe. Dziecko wówczas stara się unikać tych bodźców, jest strachliwe i ostrożne lub zbuntowane (Kranowitz, 2011). Podreaktywność objawia się zbyt małą wrażliwością na niektóre bodźce. Dziecko tych bodźców w ogóle nie zauważa lub nie zwraca na nie uwagi, na przykład ból, skaleczenie nie wywołują żadnej reakcji. Natomiast poszukiwanie intensywnych wrażeń sensorycznych objawia się podążaniem za doznaniem zmysłowymi, na przykład kręceniem w kółko; wpadaniem na różne przedmioty; skakaniem; podkręcaniem głośności odbiorników. Można u tych dzieci obserwować występowanie wahań sensorycznych, na przykład może wystąpić unikanie delikatnego dotyku, a poszukiwanie silnych wrażeń związanych ze zmysłem równowagi (Arnwine, 2011).
- 2) Dziecko z zaburzeniami dyskryminacji sensorycznej
Dziecko ma problem z różnicowaniem i wyróżnianiem bodźców. Jego CUN nie jest w stanie poprawnie przetworzyć wrażenia sensorycznego. To powoduje, że nie używa uzyskanej informacji i nie przekształca jej w zamierzoną reakcję adaptacyjną. Dla dziecka z tym rodzajem dysfunkcji interpretacja prostych sytuacji typu: jak wysoki jest ten krawężnik?, jak głośno mówię?, jak ciepły jest płomień tej świeczki? wiąże się z ogromnym wysiłkiem (Kranowitz, 2011; Miller, 2016).
- 3) Dziecko z zaburzeniami ruchowymi o podłożu sensorycznym
Pacjent ma trudności ze stabilizacją, schematami ruchowymi, koordynacją stronną. Dziecko z dyspraksją nie potrafi wyobrazić sobie, zaplanować i wykonać sekwencji czynności. Zatem może mieć problemy na przykład z ubieraniem się, wiązaniem sznurowadeł, robieniem kanapki, żuciem, gryzieniem oraz ustną fazą połykania, której nieprawidłowy przebieg powodować może zaburzenia mowy i niską samoocenę (Miller, 2016).
Zaburzenia integracji sensorycznej są problemem złożonym, ciągle jeszcze nie do końca poznanym. SPD może prowadzić do nieprawidłowego funkcjonowania psychospołecznego dziecka. Dzieci cierpiące na zaburzenia integracji sensorycznej zazwyczaj nigdy nie czują

się bezpiecznie, są niepewne w swoich działaniach, często niezgrabne w ruchach. W konsekwencji osoby te często cierpią na poczucie niższej wartości i ciągle poszukują sposobów radzenia sobie z tymi trudnościami (Kranowitz, 2011).

Diagnoza integracji sensorycznej

Diagnoza przeprowadzana jest przez certyfikowanego terapeutę integracji sensorycznej. W Polsce może to być psycholog, fizjoterapeuta, logopeda, lekarz, pedagog specjalny, który posiada kwalifikacje w postaci dwustopniowego kursu integracji sensorycznej lub ma ukończone studia podyplomowe z tego zakresu. Diagnoza może odbywać się w ośrodku wczesnego wspomaganiania, poradni psychologiczno-pedagogicznej, w szkole, w przedszkolu, czy w prywatnej placówce. Przed badaniem rodzic dostaje do wypełnienia kwestionariusz, a następnie diagnosta przeprowadza z nim wywiad (Arwine, 2011). Badanie dziecka odbywa się w formie zabawy, która ma na celu ocenę rozwoju małej i dużej motoryki, funkcji wzrokowych, integracji wzrokowo-ruchowej, reakcji na stymulację sensoryczną, koordynacji obustronnej oraz planowania motorycznego (Borkowska, Wagh, 2011). Diagnosta podczas badania dostarcza dziecku wielu doznań sensorycznych i ocenia jego reakcję na nie. Następnie interpretuje i opisuje uzyskane wyniki oraz sporządza raport z zaleceniami do terapii. Przygotowaną diagnozę i plan działań terapeutycznych omawia z rodzicami dziecka (Arwine, 2011).

Terapia integracji sensorycznej

Terapia integracji sensorycznej oparta jest na plastyczności neuronalnej. Według doniesień neurobiologii, mózg może się zmieniać, a nowe doświadczenia sensoryczne i motoryczne mogą powodować modyfikację istniejących połączeń. Terapia SI ma na celu zwiększenie zdolności przetwarzania sensorycznego i przeniesienie osiągnięć z sali terapeutycznej na zwykłe sytuacje codzienne. Ayres (2011, za: Miller, 2016) uważała, że rozwijanie coraz dojrzalszych wzorców reakcji na wyzwania sensoryczne spowoduje, że reakcje staną się automatyczne, a następnie będą rozszerzone również na reakcje rutynowe i codzienne doświadczenia. W praktyce

terapia integracji sensorycznej pozornie wygląda jak zwykła zabawa z dzieckiem, jednak podczas każdej z sesji terapeuta realizuje indywidualny program terapii i kontroluje poziom zaangażowania dziecka w wykonywane ćwiczenia. Terapeuta musi ostrożnie dawkować odpowiednią aktywność sensoryczną, nie może bowiem dopuścić do przestymulowania pacjenta. Terapeuta opracowuje też „dietę sensoryczną”, czyli plan ćwiczeń, które dziecko powinno wykonywać w ciągu całego dnia (Arnwine, 2011; Borkowska i Wagh, 2011). Terapia integracji sensorycznej powinna pomóc dziecku w sposób aktywny, przyjazny i naturalny zdobyć informacje na temat wrażeń sensorycznych. W terapii dysfunkcji przetwarzania sensorycznego wykorzystuje się odpowiednio dobrane pomoce i sprzęty terapeutyczne, są to między innymi różnego typu platformy, huśtawki, hamaki terapeutyczne, pomoce obciążeniowe, woreczki sensoryczne¹. Ważną rolę we wspomaganiu terapii zaburzeń przetwarzania sensorycznego odgrywają rodzice i opiekunowie dzieci, dlatego ważne jest udzielanie im wsparcia w formie szkoleń czy coachingu (Maas, 2016; Miller, 2016).

Doniesienia z prowadzonych badań

Projekt badawczy dotyczący oceny występowania zaburzeń mowy u dzieci z dysfunkcjami integracji sensorycznej prowadzony jest od września 2010 roku.

W doniesieniu z roku 2017 (Jeżewska-Krasnodębska, Krasnodębski, 2017) przedstawiono wyniki z pierwszego okresu badań, w których grupa badana liczyła 100 osób. Celem badań było wstępne zbadanie skali współwystępowania zaburzeń mowy u dzieci z dysfunkcjami integracji sensorycznej i próba wyjaśnienia przyczyn tego zjawiska. Badania przeprowadzone w latach 2010–2014 wykazały, że u 89% dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym z dysfunkcjami integracji sensorycznej współwystępowały zaburzenia mowy.

¹ We własnej praktyce stosujemy też innowacyjne sprzęty, które mogą stymulować różne zmysły. Przykładem takiego sprzętu, który stosujemy zarówno w terapii zaburzeń przetwarzania sensorycznego, jak i w postępowaniu logopedycznym, jest Musicon. Obecnie prowadzimy badania nad skutecznością wykorzystania tego urządzenia w terapii dzieci z zaburzeniami mowy i dysfunkcjami integracji sensorycznej. Więcej informacji na temat tego sprzętu można uzyskać na stronie internetowej www.musicclub.com.

W niniejszym artykule prezentujemy wstępnie oszacowane wyniki z ostatniej tury badań z lat 2019–2020. Do tych badań zostały zakwalifikowane wszystkie zbadane dzieci w wieku od 3 do 10 lat, które zostały zgłoszone do Centrum Terapii Dziecka w Warszawie i Otwocku (od stycznia 2019 do końca lutego 2020) w celu wykonania diagnozy procesów integracji sensorycznej. Badane dzieci pochodziły z Warszawy i okolic, na diagnozę były kierowane przez nauczycieli, specjalistów lub zgłaszane przez rodziców. U wszystkich tych dzieci oprócz badań integracji sensorycznej przeprowadzono też diagnozę logopedyczną. Grupa badanych liczyła 100 osób. Celem badań była ocena procesów integracji sensorycznej, określenie rodzaju zaburzeń mowy oraz oszacowanie współwystępowania zaburzeń mowy z dysfunkcjami integracji sensorycznej u dzieci w badanej grupie. Rezultaty badań dotyczących typów dysfunkcji przetwarzania sensorycznego zostaną przedstawione w kolejnym doniesieniu. Poniżej zaprezentowano odpowiedzi na następujące pytania badawcze:

- A. U jakiej liczby dzieci z zaburzeniami procesów integracji sensorycznej występują zaburzenia mowy?
- B. Jakie zaburzenia mowy występują u badanych dzieci z zaburzeniami integracji sensorycznej?

Postanowiono też zestawić wyniki badań dzieci z zaburzeniami integracji sensorycznej z pierwszej i ostatniej tury badań, aby odpowiedzieć na pytanie: Jakie różnice występują w wynikach badań z lat 2010–2014 i 2019–2020 w zakresie zdiagnozowanych zaburzeń mowy u dzieci z dysfunkcjami integracji sensorycznej?

Uzyskano następujące wyniki:

- Ad. A. Rezultaty badań przeprowadzonych w latach 2019–2020 wskazują na współwystępowanie zaburzeń mowy i dysfunkcji integracji sensorycznej u wszystkich badanych dzieci.
- Ad. B. Zaburzenia mowy² odnotowane w badanej grupie dzieci to:
 1. Dyslalie obwodowe – 52%
 2. Niedokształcenie mowy w autyzmie – 24%, w tym:
 - zdiagnozowany autyzm – 4%
 - zdiagnozowany ZA – 8%

² Typologia zaburzeń mowy wg *Zestawienia form zaburzeń mowy* Emiluty-Roza i Mierzejewskiej (2008).

- podejrzenie ZA – 12% (wskazanie do przeprowadzenia diagnozy w tym kierunku)
3. Opóźnienie rozwoju mowy – 10%³
 4. Niedokształcenie mowy pochodzenie korowego – 4%
 5. Jąkanie/niepłynność mowy – 2 %
 6. Niedokształcenie mowy towarzyszące niepełnosprawności intelektualnej – 1%
 7. Niedokształcenie mowy z powodu niedosłuchu – 1%
 8. Dyzartria – 1%
 9. Nieskasyfikowane zaburzenia mowy – 2%

W tabeli 1 przedstawiono zestawienie wyników badań z lat 2010–2014 i 2019–2020 dotyczących występowania zaburzeń mowy u dzieci z dysfunkcjami integracji sensorycznej.

Tabela 1. Zestawienie wyników badań z lat 2010–2014 i 2019–2020

Forma zaburzenia mowy	Badania prowadzone w latach 2010–2014	Badania prowadzone w latach 2019–2020
Dyslalie obwodowe	39%	55%
Niedokształcenie mowy w autyzmie (spektrum zaburzeń autystycznych w badanej grupie w całości)	18%	24%
Opóźnienie rozwoju mowy	24%	10%
Niedokształcenie mowy pochodzenia korowego	1%	4%
Niedokształcenie mowy towarzyszące niepełnosprawności intelektualnej	1%	1%
Jąkanie/niepłynność mowy	4%	2%
Mutyzm	1%	0%
Dyzartria	0%	1%
Niedokształcenie mowy z powodu niedosłuchu	1%	1%
Nieskasyfikowane zaburzenia mowy	0%	2%
Mowa prawidłowa	11%	0%

Źródło: opracowanie własne.

³ W klasyfikacji form zaburzeń mowy Emiluty-Rozya i Mierzejewskiej (2008) opóźnienie rozwoju mowy nie jest uwzględnione jako jednostka nozologiczna, nie jest to bowiem określenie zaburzenia mowy. Mamy świadomość tego faktu, jednak zachowaliśmy to określenie, ponieważ w naszej grupie znalazły się dzieci w wieku 3–4 lat wykazujące cechy opóźnienia rozwoju mowy.

Zestawienie wyników prezentuje, że w obu badanych grupach dzieci z dysfunkcjami integracji sensorycznej największy odsetek stanowią badani, u których w wyniku diagnozy logopedycznej stwierdzono dyslalie obwodowe. Z przeprowadzonych wstępnie analiz wynika, że nasilenie objawów dysfunkcji integracji sensorycznej u dzieci tylko z zaburzeniami artykulacji jest zdecydowanie mniejsze niż w grupie dzieci z pozostałymi zaburzeniami mowy. Następną grupę pod względem liczebności stanowią osoby z zaburzeniami ze spektrum autyzmu. Współwystępowanie tych zjawisk nie dziwi, ponieważ w grupie dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu zarówno dysfunkcje integracji sensorycznej, jak i zaburzenia komunikacji mają największy zakres i nasilenie objawów. W dalszych etapach badań planowane jest przeprowadzenie szczegółowych analiz dotyczących patomechanizmów i objawów tych zaburzeń.

Podsumowanie

Na podstawie wstępnie oszacowanych wyników badań można stwierdzić, że u wszystkich dzieci z dysfunkcjami przetwarzania sensorycznego współwystępują zaburzenia mowy o różnym charakterze. Wszystkie dzieci z tymi zaburzeniami wymagają zarówno wsparcia w postaci odpowiednio zaprogramowanego postępowania logopedycznego, jak i terapii zaburzeń integracji sensorycznej. Wiadomo, że postępowanie logopedyczne należy wspierać metodami ruchowymi i polisensorycznymi, a terapia zaburzeń przetwarzania sensorycznego doskonale w ten profil działań terapeutycznych się wpisuje. Terapia SI poprawia integrację między układami zmysłów i wpływa między innymi na precyzję w wykonywaniu czynności samoobsługowych, koordynację ruchową, kształtowanie równowagi oraz planowanie ruchowe. Pod wpływem terapii dokonuje się integracja sygnałów pochodzących z różnych kanałów sensorycznych, co stymuluje rozwój dziecka, także językowy.

Współpraca specjalistów z zakresu terapii integracji sensorycznej i logopedii daje szansę na odpowiednio zaprogramowane postępowanie terapeutyczne, co w konsekwencji pozwala na skuteczne usuwanie zaburzeń przetwarzania sensorycznego, a także na poprawę komunikacji językowej u dzieci.

Bibliografia

- Arnwine, B. (2011). *Rozpoczynanie terapii integracji sensorycznej*. Gdańsk: Harmonia Universalis.
- Ayres, A.J. (1979). *Sensory Integration and Learning Disabilities*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Ayres, A. J. (2005). *Sensory Integration and the Child 25 Anniversary Edition*. Los Angeles C A: Western Psychological Services.
- Ayres, A. J. (2011). *Dziecko a integracja sensoryczna*. Tłum. J. Okuniewski. Gdańsk: Harmonia Universalis.
- Borkowska, M., Wagh, K. (2011). *Integracja sensoryczna na co dzień*. Warszawa: PZWL.
- Emiluta-Rozya, D. (2008). Modyfikacja zestawienia form zaburzeń mowy H. Mierzejewskiej i D. Emiluty-Rozya. W: J. Porayski-Pomsta (red.), *Diagnoza i terapia w logopedii* (s. 25–36). Warszawa: Dom Wydawniczy Elipsa.
- Goddard Blythe, S. (2015). *Niedojrzałość neuromotoryczna dzieci i dorosłych*. Tłum. T. Śliwowski. Warszawa: WN PWN.
- Jeżewska-Krasnodębska, E., Krasnodębski, J. (2017). Rodzaje zaburzeń mowy u dzieci z dysfunkcjami procesów integracji sensorycznej. W: E. Jeżewska-Krasnodębska, B. Skalbani (red.), *Diagnoza i terapia pedagogiczna w pracy logopedy i nauczyciela terapeuty. Konteksty teoretyczne i praktyka* (s. 273–288). Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Jodzisz, D. (2016). *Dysfunkcje integracji sensorycznej a sprawność językowa dzieci w młodszym wieku szkolnym*. Gdańsk: Harmonia Universalis.
- Kranowitz, C.S. (2011). *Nie-zgrane dziecko. Zaburzenia przetwarzania sensorycznego – diagnoza i postępowanie*. Tłum. A. Sawicka-Chrapkowicz. Gdańsk: Harmonia Universalis.
- Mass, V.F. (2007). *Integracja sensoryczna a neuronauka – od narodzin do starości*. Tłum. L. Klimont i in. Warszawa: Fundacja Innowacja.
- Maas, V.F. (2016). *Uczenie się przez zmysły*. Tłum. D. Szatkowska. Gdańsk: Harmonia Universalis.
- Miller, L.J. (2016). *Dzieci w świecie doznań. Jak pomóc dzieciom z zaburzeniami przetwarzania sensorycznego*. Tłum. A. Pałynyczko-Ćwiklińska. Gdańsk: Harmonia Universalis.
- Przyrowski, Z. (2011). *Integracja sensoryczna. Wprowadzenie do teorii diagnozy i terapii*. Warszawa: Empis.
- Yack, E., Aguilla, P., Sutton, S. (2014). *Tworzenie więzi poprzez integrację sensoryczną*. Tłum. A. Zbróg. Gdańsk: Harmonia Universalis.

ZABURZENIA PRZETWARZANIA SENSORYCZNEGO U CHŁOPCÓW W MŁODSZYM WIEKU SZKOLNYM Z CHOROBA ŚANFILIPPO A MOŻLIWOŚCI WSPARCIA PEDAGOGICZNO-LOGOPEDYCZNEGO. STUDIA PRZYPADKÓW

STRESZCZENIE

Mukopolisacharydoza typu III (MPS III, choroba Sanfilippo) jest obecnie klasyfikowana jako rzadka choroba genetyczna. Ma ona charakter postępujący i wraz z wiekiem dziecka następuje spowolnienie lub nawet zatrzymanie jego rozwoju poznawczego i motorycznego. Dotychczas ukazało się niewiele publikacji charakteryzujących funkcjonowanie dzieci z MPS III. Większość z nich ma charakter kazuistyczny. Celem podjętych badań było opisanie propozycji wsparcia pedagogiczno-logopedycznego dziecka z mukopolisacharydozą typu III. Zostały one osadzone w strategii jakościowej z wykorzystaniem metody studium przypadku. Główne pytanie badawcze to: jakie metody i techniki terapeutyczne (z zakresu terapii pedagogicznej i logopedycznej) mogą być stosowane w pracy z dzieckiem z zaburzeniami przetwarzania sensorycznego i zdiagnozowaną chorobą Sanfilippo? W badaniach wzięło udział trzech chłopców w młodszym wieku szkolnym z rozpoznaną mukopolisacharydozą typu III i z niepełnosprawnością intelektualną. Na podstawie przeprowadzonych badań można wskazać, że w ramach wsparcia pedagogiczno-logopedycznego należy uwzględnić między innymi elementy metody Montessori, integracji sensorycznej oraz Attention Autism.

Słowa kluczowe: zaburzenia przetwarzania sensorycznego, dziecko z chorobą Sanfilippo, wsparcie pedagogiczno-logopedyczne

Sensory Processing Disorders of younger school age boys with Sanfilippo Syndrome and possibilities of pedagogical and speech therapy support. Case studies

ABSTRACT

Type III mucopolysaccharidosis (MPS III, Sanfilippo Syndrome) is currently classified as a rare genetic disease. It has a progressive character and with the age of the child, their cognitive and motor development slow down or even stop. So far, few publications describing the functioning of children with MPS III have been published. Most of them are casuistic. The aim of the research was to describe the proposals for pedagogical and speech therapy support for a child with type III mucopolysaccharidosis. The study used qualitative strategy, namely the case study method. The main research question is: Which therapeutic methods

and techniques (in the field of pedagogical and speech therapy) can be used in the process of working with a child with Sensory Processing Disorders and diagnosed Sanfilippo Syndrome? Three boys with diagnosed type III mucopolysaccharidosis and intellectual disabilities at an early school age took part in the study. Based on the conducted research, it can be pointed out that elements of the Montessori method, sensory integration and Attention Autism should be taken into account as part of pedagogical and speech therapy support.

Keywords: Sensory Processing Disorder (SPD), child with Sanfilippo Syndrome, pedagogical and speech therapy support

Wprowadzenie

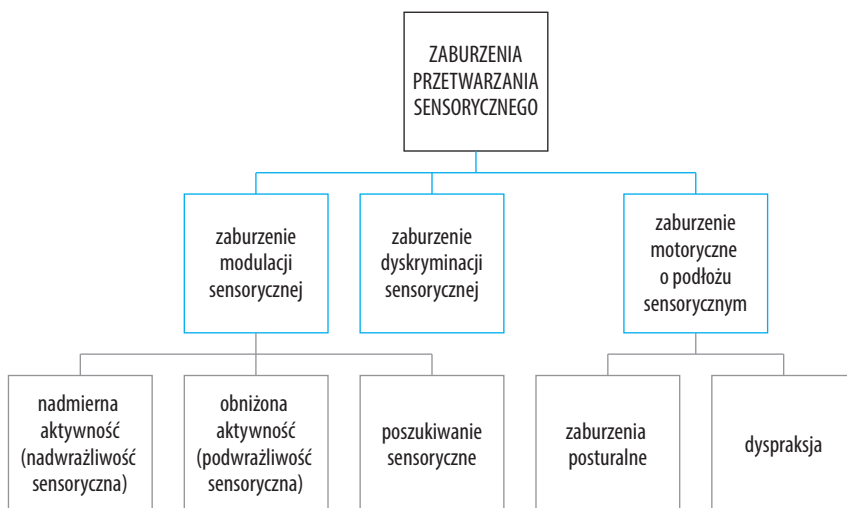
Prawidłowe odbieranie bodźców zewnętrznych przez dziecko jest niezbędne dla jego rozwoju. Zaburzenia w tym zakresie będą przyczyną różnego rodzaju trudności związanych między innymi ze zbyt intensywnym lub za słabym ich odczytywaniem. Jean Ayers (1973), twórczyni teorii integracji sensorycznej, wskazała trzy podstawowe, najszybciej dojrzewające systemy zmysłowe, które są niezbędne dla prawidłowego rozwoju dziecka. Wśród nich wymieniła system dotykowy, czucia głębokiego oraz układ przedsionkowy. Ayers (1973) podkreślała, że kształtowanie się procesów percepcji wzrokowej i słuchowej oraz ich koordynacji jest uzależnione od prawidłowej stymulacji przez bodźce dotykowe i przedsionkowo-proprioceptywne. Aby mózg dziecka prawidłowo się rozwijał i funkcjonował – w szczególności w pierwszych latach jego życia – potrzebuje bodźców zarówno słuchowych, wzrokowych, jak i węchowo-smakowych. Mózg człowieka w każdym momencie jego życia „odbiera, segreguje i przetwarza bodźce zmysłowe docierające do niego w formie impulsów elektrycznych” (Odowska-Szlachcic, 2016, s. 25). Wówczas zachodzi proces ich integracji (Odowska-Szlachcic, 2016, s. 25). Coraz częściej diagnozuje się u dzieci z rzadkimi zespołami genetycznymi, w tym z rozpoznaną mukopolisacharydozą typu III (MPS III, choroba Sanfilippo), zaburzenia przetwarzania sensorycznego. Ze względu na małą liczbę dzieci, u których w Polsce zdiagnozowano MPS III, publikacje dotyczące ich funkcjonowania mają najczęściej charakter kazuistyczny. Uwzględnienie aspektu zaburzeń przetwarzania sensorycznego w budowaniu sieci wsparcia pedagogiczno-logopedycznego wydaje

się istotne ze względu na zmienność profilu sensorycznego wynikającego z wieku dziecka (im starsze, tym większy regres funkcji poznawczych).

Zaburzenia przetwarzania sensorycznego

Zdaniem Carol Stock Kranowitz (2012, s. 29) przetwarzanie sensoryczne „[...] to typowy neurologiczny proces, w którym dochodzi do organizacji naszych wrażeń sensorycznych, abyśmy mogli poprawnie funkcjonować w codziennym życiu. Potrzebujemy wrażeń sensorycznych pochodzących z bodźców zewnętrznych, aby przetwarzać, zaspokoić potrzeby, uczyć się i poprawnie funkcjonować”. Gdy pojawia się jego dysfunkcja, inaczej określana jako zaburzenie przetwarzania sensorycznego (ang. *Sensory Processing Disorder*, SPD), dziecko niepoprawnie przetwarza wrażenia, które pochodzą zarówno z jego ciała, jak i z otoczenia (Barańska, Gajewska, Sobieska, 2012). SPD dzieli się na zaburzenie modulacji sensorycznej, zaburzenie dyskryminacji sensorycznej oraz zaburzenie motoryczne o podłożu sensorycznym (zob. Rycina 1.).

Rycina 1. Zaburzenia przetwarzania sensorycznego



Źródło: opracowanie własne na podstawie: Kołat, 2014; Kranowitz, 2011, 2012.

Modulacja jest rozumiana jako „[...] proces hamowania lub wzmacniania aktywności neuronalnej w celu utrzymywania jej w harmonii

z wszystkimi innymi funkcjami systemu nerwowego” (Grzywniak, 2016, s. 144). Jej zaburzenia mogą występować w postaci nad- lub podwrażliwości sensorycznej. Nadwrażliwość oznacza większe niż u osób neurotypowych wyczulenie na bodźce sensoryczne. Natomiast podwrażliwość można zaobserwować, gdy człowiek potrzebuje bardziej nasilonych lub większej liczby działających bodźców, aby wywołać u siebie pobudzenie (Nason, 2017; Wasilewski, 2018). Dotyczy to zmysłu dotyku, wzroku, słuchu, smaku, węchu, równowagi i propriocepcji. Jednocześnie dziecko może być nadwrażliwe na bodźce w obrębie jednego zmysłu, podwrażliwe zaś – w zakresie innego (Nason, 2017). Zaburzenia te można zaobserwować także u osób z zespołami genetycznymi. Poszukiwanie sensoryczne występuje wówczas, gdy dziecko wyraźnie/usilnie próbuje zaspokoić swoją potrzebę związaną z jakimś zmysłem. Przybiera ono czasem formę, która może nie być akceptowana społecznie (np. ciągła potrzeba dotykania ludzi). Jak podkreśla Barbara Cygan (2018, s. 87) charakterystyczne „dla poszukiwaczy jest to, że ostateczne uzyskanie doznania, o które przecież tak zabiegają, często prowadzi do rozregulowania organizmu, co pozostawia dzieci w stanie skrajnej dezorganizacji i dysfunkcji”.

Dyskryminacja sensoryczna odnosi się do trudności z rozróżnianiem i wyróżnianiem bodźców. Jak zauważa Kranovitz (2012, s. 32), centralny układ nerwowy dziecka „[...] nie jest w stanie w poprawny sposób przetworzyć wrażenia sensorycznego, przez co nie może użyć podanej mu informacji, aby dostarczyć zamierzoną reakcję adaptacyjną i przejść do kolejnych czynności”. Wspomniane zaburzenia modulacji i dyskryminacji sensorycznej będą się przejawiały w różny sposób, na przykład od zatykania przez dziecko uszu z powodu słyszenia głośnego dźwięku, zwiększanie głośności telewizora, przez nieustanne nucenie melodii, po niezauważanie różnic między dźwiękami.

Natomiast zaburzenia motoryczne o podłożu sensorycznym to między innymi trudności z zaplanowaniem i wykonywaniem czynności wymagających sekwencji następujących po sobie ruchów czy trudności z przekraczaniem linii środkowej ciała (zob. Tabela 1.). Dyspraksja to inaczej brak zdolności wykonywania ruchów celowych (Kołat, 2014).

Tabela 1. Objawy zaburzenia przetwarzania sensorycznego (wybrane zmysły)

Zmysł	Zaburzenia modulacji sensorycznej			Zaburzenia motoryczne o podłożu sensorycznym		
	nadwrażliwość	podwrażliwość	poszukiwanie sensoryczne			
słuchu	<p>Dziecko:</p> <ul style="list-style-type: none"> • jest wrażliwe na głośne dźwięki, zatyka uszy • rękami; • odczuwa lęk przed tłumem, ruchem ulicznym, syrenami; • staje się pobudzone, gdy jest w dużej grupie; • może słyszeć częstotliwości niesłyszalne dla innych. 	<p>Dziecko:</p> <ul style="list-style-type: none"> • głośno mówi; • jest bardzo hałaśliwe; • zwiększa głośność, np. oglądając telewizję; • nieustannie nuci lub wydaje dźwięki; • uwielbia przedmioty/zajęcia, które wiążą się z dźwiękami. 	<p>Dziecko:</p> <ul style="list-style-type: none"> • lubi głośne dźwięki i ruchliwe miejsca. 	<p>Zaburzenia dyskryminacji sensorycznej</p> <p>Dziecko:</p> <ul style="list-style-type: none"> • nie zauważa różnic między dźwiękami; • nie potrafi powtórzyć rytmu; • ma dużą rozpraszalność uwagi słuchowej; • ma trudności z czytaniem. 	<p>dyspraksja</p> <p>Dziecko:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ma trudności z zaplanowaniem i wykonywaniem czynności wymagających od niego sekwencji następujących po sobie ruchów; • może mieć słabą koordynację oko-ręka; • ma słabo wykształconą motorykę małą i dużą. 	<p>zaburzenia posturalne</p> <p>Dziecko:</p> <ul style="list-style-type: none"> • łatwo traci równowagę podczas chodzenia; • nie potrafi skoordynować ruchów podczas skakania, chwytania piłki; • ma trudności z przekraczaniem linii środkowej ciała.
wzroku	<p>Dziecko:</p> <ul style="list-style-type: none"> • jest bardzo wrażliwe na jasne oświetlenie • światło słoneczne; • mruży oczy lub patrzy peryferyjnie; • męczy się podczas bezpośredniego patrzenia na obiekt; • widzi np. drobinki kurzu w powietrzu 	<p>Dziecko:</p> <ul style="list-style-type: none"> • często wpatruje się w światło; • uwielbia zapalać i gasić światło; • uwielbia lustra, błyszczące przedmioty, gładkie powierzchnie odbijające światło. 	<p>Dziecko:</p> <ul style="list-style-type: none"> • szuka miejsc stymulujących wzrok oraz przygląda im się przez dłuższy czas. 	<p>Zaburzenia dyskryminacji sensorycznej</p> <p>Dziecko:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ma problemy z integracją wzroku ze słuchowymi, ruchowymi i dotykowymi; • może w kontaktach interpersonalnych mieć trudności z interpretowaniem wyrazu twarzy i gestów. 	<p>dyspraksja</p> <p>Dziecko:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ma słabą koordynację oko-ręka; • ma słabo wykształconą motorykę małą i dużą. 	<p>zaburzenia posturalne</p> <p>Dziecko:</p> <ul style="list-style-type: none"> • łatwo traci równowagę podczas chodzenia; • nie potrafi skoordynować ruchów podczas skakania, chwytania piłki; • ma trudności z przekraczaniem linii środkowej ciała.

Tabela 1. cd.

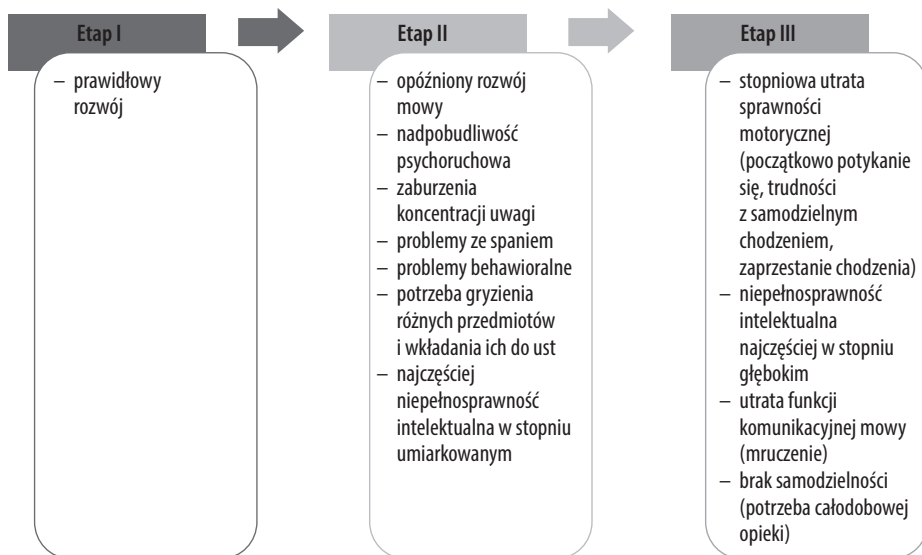
Zmysł	Zaburzenia modulacji sensorycznej			Zaburzenia dyskryminacji sensorycznej	Zaburzenie motoryczne o podłożu sensorycznym	
	nadwrażliwość	podwrażliwość	poszukiwanie sensoryczne		dyspraksja	zaburzenia posturalne
dotyku	<p>Dziecko:</p> <ul style="list-style-type: none"> nie lubi dotykania; pojawia się obronność dotykowa; broni się przed przytulaniem i czesaniem; nie lubi nosić nakryć głowy; boi się, gdy ktoś do niego podchodzi 	<p>Dziecko:</p> <ul style="list-style-type: none"> potrzebuje silnego dotyku; uderza rękami, nogami lub głową o twarde powierzchnie; ciągle chce trzymać jakiś obiekt w dłoni; może dotykać zbyt mocno; pragnie być dotykane, mocno się przytula. 	<p>Dziecko:</p> <ul style="list-style-type: none"> cały czas chce dotykać przedmiotów i ludzi; pociera, gryzie własną skórę, owija kosmyk włosów wokół palca, chętnie chodzi bosy; chętnie żuje lub obgryza niejadalne przedmioty. 	<p>Dziecko:</p> <ul style="list-style-type: none"> może sprawiać wrażenie, że nie jest w stanie zaprowadzić rękami; ma trudności w trzymaniu, użyciu np. ołówka, nożyczek; nie dostrzega cech przedmiotów, tj. faktury, rozmiaru; woli stać niż siedzieć. 		

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Kofat, 2014; Kranowitz, 2012; Nason, 2017; Odowska-Szlachcic, 2016; Odowska-Szlachcic i Mierzejewska, 2013.

Dziecko z chorobą Sanfilippo

Mukopolisacharydoza typu III to rzadka choroba genetyczna, która należy do grupy chorób lizosomalnych spichrzeniowych. W zależności od brakującego enzymu wyróżnia się typ A, B, C, D (Wijburg i in., 2013). Wśród objawów można między innymi wymienić: uszkodzenie układu nerwowego; powiększenie wątroby i śledziony; napady padaczkowe; zmiany w wyglądzie twarzy (łagodnie pogrubiałe rysy twarzy; szerokie i wydatne brwi; wywinięta górna warga itp.); opóźniony rozwój psychoruchowy; zaburzenia motoryczne; zaburzenia funkcji poznawczych; zachowania niepożądane (Jones, Jones, del Campo, 2018). Nie każda osoba ze zdiagnozowanym MPS III będzie miała wszystkie symptomy choroby oraz takie samo ich nasilenie. Wiek, w którym pojawiają się pierwsze objawy, może być różny. Niektóre źródła podają, że do drugiego, czasem trzeciego roku życia rozwój dziecka przebiega prawidłowo. Następnie zaczyna się okres charakteryzujący się spowolnieniem rozwoju poznawczego, rozwoju mowy, a z czasem także rozwoju motorycznego (Conijn, 2018). Wraz z postępem choroby u dziecka można zauważyć stopniowe spowolnienie a następnie zahamowanie, jego rozwoju (zob. Rycina 2.).

Rycina 2. Etapy rozwoju dziecka z mukopolisacharydozą typu III



Źródło: opracowanie własne na podstawie: Conijn i in., 2018; Wijburg i in., 2013.

Przedmiot i cel badań

Przedmiotem badań były zaburzenia przetwarzania sensorycznego u chłopców w młodszym wieku szkolnym z rozpoznaną chorobą Sanfilippo, celem zaś – opisanie możliwości wsparcia badanych dzieci z wykorzystaniem metod i technik terapii pedagogicznej oraz logopedycznej.

W prowadzonych badaniach uwzględniono zaburzenia modulacji sensorycznej, a przede wszystkim nadwrażliwość i podwrażliwość sensoryczną w zakresie zmysłu słuchu, wzroku i dotyku. Było to podyktowane faktem, że ich objawy najczęściej dezorganizują przebieg terapii dziecka z mukopolisacharydozą typu III.

Sformułowano główne pytanie badawcze:

Jakie metody i techniki terapeutyczne (z zakresu terapii pedagogicznej i logopedycznej) mogą być stosowane w pracy z dzieckiem z zaburzeniami przetwarzania sensorycznego i zdiagnozowaną chorobą Sanfilippo?

oraz pytania szczegółowe:

- Jakie zaburzenia przetwarzania sensorycznego w zakresie dotyku, słuchu i wzroku mają dzieci z chorobą Sanfilippo?
- Jakie metody i techniki lub ich elementy można stosować w pracy terapeutycznej z dzieckiem z chorobą Sanfilippo i zaburzeniami przetwarzania sensorycznego?

Metody, techniki oraz narzędzia badawcze

Badania osadzono w strategii jakościowej z wykorzystaniem metody studium przypadku, technik: obserwacji uczestniczącej, otwartego wywiadu pogłębionego z rodzicem dziecka oraz narzędzi:

1. Karty Rozwoju Psychoruchowego, KORP (Bogacz i Bogacz-Rybczak, 2018)

Karty są narzędziem stosowanym do przygotowania wstępnej oceny rozwoju dziecka. Celem ich zastosowania jest między innymi zdiagnozowanie, czy rozwój dziecka przebiega harmonijnie czy z opóźnieniem. Narzędzie składa się z trzech części: materiału merytorycznego, pomocy do diagnozy oraz programu komputerowego KomKOD, moduł KORP. Integralną częścią narzędzia są Karty oceny rozwoju psychoruchowego – Pretest (KORP-PRE). Można je wykorzystać do wstępnej oceny

poziomu rozwoju dziecka z grupy ryzyka, tj. z opóźnieniem psychomotorycznym, zaburzeniami w rozwoju, dysharmoniami rozwojowymi (np. opóźnionym rozwojem mowy), zdiagnozowanymi wadami genetycznymi. Przeprowadzenie wstępnej diagnozy dziecka zakończone jest nakreśleniem profilu jego umiejętności, z zaznaczeniem sfer, które charakteryzują się prawidłowym bądź opóźnionym rozwojem. Diagnozą objęte są następujące sfery:

- rozwoju ruchowego,
- motoryki precyzyjnej i lateralizacji,
- spostrzegania wzrokowego i koordynacji wzrokowo-ruchowej,
- komunikowania się i mowy,
- emocji i relacji społecznych,
- funkcji behawioralnych,
- umiejętności przedszkolnych,
- umiejętności szkolnych (Bogacz i Bogacz-Rybczak, 2018).

2. Arkuszy Billa Nasona (2017), które oceniają:

- a) wrażliwość sensoryczną – na pierwszą część arkusza składa się ocena zmysłów dotyku, słuchu, wzroku, węchu/smaku oraz reakcji ogólnych dziecka. Druga dotyczy stymulacji, jakiej dana osoba poszukuje/pragnie i jakiej unika w zakresie ocenianych zmysłów;
- b) główne deficyty – arkusz służy do oceny deficytów w zakresie trudności sensorycznych, poznawczych, emocjonalnych, społecznych, komunikacyjnych oraz zdrowotnych;
- c) strefy komfortu.

Arkusz składa się z pięciu części:

- profilu sensorycznego, uwzględniającego stymulację sensoryczną, której dziecko unika, poszukuje; która pobudza jego aktywność, powoduje obciążenie sensoryczne; określającego wykorzystywane przez dziecko obecnie przystosowania sensoryczne i ulubione zajęcia sensoryczne, które zachęcają je do interakcji;
- profilu poznawczego (zdolność przetwarzania informacji), uwzględniającego problemy z przetwarzaniem informacji, których dziecko doświadcza; najlepszy sposób przedstawiania informacji dziecku; problemy, jakich doświadcza; przystosowanie/pomoce, które dotychczas skutecznie ułatwiały mu naukę i przyswajanie informacji;
- profilu społecznego, określającego styl i typy interakcji, sposoby radzenia sobie podczas interakcji, umiejętności społeczne;

- profilu emocjonalnego obejmującego między innymi sposób wyrażania przez dziecko emocji, umiejętności w rozpoznawaniu i nazywaniu, kontrolowaniu i regulacji emocji; sposoby uspokajania dziecka; strategie stosowane przez rodzica, gdy córka/syn jest przeciążona/y emocjonalnie i te, które pomagają jej/mu czuć się bezpiecznie w codziennych sytuacjach związanych dla niej/niego z odczuwaniem stresu;
 - mocnych stron i preferencji, uwzględniających umiejętności (np. zdolności dziecka) oraz jego zainteresowania.
3. Autorskiej obserwacji uczestniczącej i wywiadu
- Kwestionariusz obserwacji uczestniczącej obejmował następujące elementy: wykaz zachowań związanych z zaburzeniami przetwarzania sensorycznego w zakresie zmysłu wzroku, słuchu i dotyku, ich częstotliwość w czasie indywidualnych zajęć, sytuacji, w których się ujawniają, rodzaj stymulacji uspokajającej i pobudzającej aktywność dziecka.
- Kwestionariusz wywiadu z rodzicem składał się z następujących części:
- metryczka dziecka,
 - okres prenatalny, okołoporodowy i poporodowy,
 - rozwój psychoruchowy,
 - rozwój mowy,
 - rozwój i przebieg czynności fizjologicznych,
 - stan zdrowia dziecka,
 - informacje o dotychczasowej opiece specjalistycznej,
 - dodatkowe informacje o dziecku.

Organizacja i przebieg badań

Badania były realizowane podczas turnusu rehabilitacyjnego dla osób z chorobą rzadką w terminie: lipiec–sierpień 2019 roku. W turnusie uczestniczyło 70 chorych, w tym dziesięcioro z rozpoznaną chorobą Sanfilippo w wieku od 6 do 26 lat. Wśród nich było czterech chłopców w młodszym wieku szkolnym. W badaniu wzięło udział trzech z nich, ponieważ stan zdrowia jednego nie pozwolił na udział w indywidualnych zajęciach terapii pedagogicznej.

Grupa badana

Sformułowano następujące kryteria włączenia do grupy badanych:

- zdiagnozowana mukopolisacharydoza typu III oraz niepełnosprawność intelektualna,
- młodszy wiek szkolny,
- uczestnictwo podczas turnusu rehabilitacyjnego w indywidualnych zajęciach terapii pedagogicznej.

Maciej

Chłopiec urodził się w 2013 r. (o terminie) siłami natury. W wieku czterech lat rozpoznano u niego mukopolisacharydozę typu III B, padaczkę lekooporną oraz dziecięcą astmę oskrzelową. Był często hospitalizowany z powodu nawracającego zapalenia oskrzeli lub płuc.

Rozwój ruchowy

W wieku 10 miesięcy zaczął raczkować. Kiedy skończył pierwszy rok życia zaczął chodzić. Obecnie jest nadaktywny ruchowo. Samodzielnie się porusza. Nie ma trudności z bieganiem, skakaniem oraz podnoszeniem się z pozycji siedzącej do stojącej. Prawidłowo chwyta przedmioty i przenosi z pojemnika do pojemnika.

Rozwój poznawczy i społeczny

W 2019 roku, kiedy chłopiec miał skończone sześć lat, na podstawie przeprowadzonych badań psychologiczno-pedagogicznych zdiagnozowano u niego niepełnosprawność intelektualną w stopniu umiarkowanym.

Obecnie ma trudności ze zrozumieniem złożonych poleceń. Bywa również, że rozumienie prostych poleceń jest zakłócone, gdy chłopiec jest zmęczony lub źle się czuje. Chłopiec dłużej skupia uwagę na przedmiotach niż na osobach (nawet tych z najbliższego otoczenia). W sytuacji, gdy się denerwuje, zaczyna uciekać i gryźć. Wówczas trudno jest uspokoić chłopca. Motywacja do podjęcia i wykonania zadania jest zależna od aktualnej kondycji psychofizycznej. W czasie poprzedzającym uczestnictwo w turnusie (ok. trzech miesięcy wcześniej) rodzice zgłaszali, że Maciej ma zaburzenia snu, które obserwowano również w trakcie turnusu. Podczas wykonywania zadań można było zauważyć szybszą męczliwość i podsypianie

(krótkie, ok. 5-minutowe drzemki), co może być wynikiem zaburzeń snu. Lubi bawić się samochodami, szybko przechodzi z wykonywania jednej aktywności na drugą, nie koncentrując się na aktualnym zadaniu, które ma zrobić. Jeżeli podczas jego wykonywania natrafi na trudności, to rezygnuje z dalszej aktywności.

Mowa i komunikacja

Można zauważyć obniżone napięcie mięśniowe, co przyczynia się do mniejszej sprawności narządów artykulacyjnych oraz nieprawidłowej spoczynkowej pozycji języka. Budowa języka, wędzidełka podjęzykowego, podniebienia i zgryzu prawidłowa. Maciej ma często otwarte usta, nadmiernie się ślini, obserwuje się nadwrażliwość w obrębie twarzy.

W wieku pięciu lat zdiagnozowano u chłopca opóźniony rozwój mowy. Wówczas wypowiadał pojedyncze słowa „mama”, „tata”, „daj”.

Obecnie komunikacja Macieja oparta jest na geście i krzyku. W zakresie komunikacji prewerbalnej w obszarze komunikacji pierwotnej (kontakt z otoczeniem na poziomie percepcji własnego ciała) Maciej reaguje w sposób specyficzny na pojedyncze wybrane bodźce z otoczenia (odwraca głowę w kierunku głosu matki), reaguje także na swoje ciało. Odczuwa stany z zaspokojeniem lub deprywacją podstawowych potrzeb, ale tylko te związane z nasyceniem i głodem. W zakresie komunikacji sensorycznej (kontakt z otoczeniem poprzez gesty i określone zachowania, np. krzyk, uderzenia, śmiech) reaguje ruchowo w sposób zróżnicowany zależnie od sygnału z otoczenia (np. nie toleruje hałasu, napręża wtedy ciało i się wyrывa, jeżeli jest trzymany za rękę). Jeżeli chodzi o komunikację na poziomie organizacji zachowania (kontakt z otoczeniem na poziomie organizacji własnego zachowania), reaguje na proste komunikaty słowne z otoczenia dotyczące codziennych powtarzalnych rytuałów, jak na przykład wieczorna kąpiel. W zakresie zachowań na poziomie komunikacji dźwiękowej (kontakt z otoczeniem na poziomie konkretno-obrazowym z użyciem elementów mowy dźwiękowej) chłopiec czasami wokalizuje – zawsze jest to związane z określoną sytuacją i ma charakter intencjonalny.

Czynności samoobsługowe

Nie sygnalizuje potrzeb fizjologicznych (nosi pieluchę). Sprawnie posługuje się widelcem i nożem, jednak preferuje jedzenie ręką. Gdy jest najedzony, wyrzuca jedzenie pod stół. W czasie jedzenia często wykonuje

jakiś ruch (np. bawi się szelkami od krzeselka) lub trzyma w ręku telefon i ogląda ulubione bajki.

Rozwój przetwarzania sensorycznego

Dziecko negatywnie reaguje na dotykanie jego głowy, twarzy oraz dłoni, natomiast pozytywnie na głaskanie i masowanie ramion, pleców oraz brzucha. Uspokaja się, gdy ograniczy mu się przestrzeń lub gdy mocno się go przytula. Natomiast pobudza go: energiczne pocieranie, łaskotanie. W zakresie zmysłu słuchu wycisza się przy spokojnej muzyce, a pobudza się i przejawia zachowania trudne w hałasie. Unika takich czynności, jak obcinanie paznokci, przytulanie i głaskanie. Gryzie przedmioty (zob. Zdjęcie 1).

Zdjęcie 1. Gryzienie przedmiotów przez badanego chłopca



Źródło: opracowanie własne.

Tomasz

Chłopiec urodził się w 2008 roku. W wieku sześciu lat rozpoznano u niego mukopolisacharydozę typu III A.

Rozwój ruchowy

Tomasz w wieku siedmiu miesięcy zaczął raczkować. Kiedy skończył 13 miesięcy, zaczął chodzić. Do ukończenia 8. roku życia poruszał się samodzielnie. Obecnie porusza się tylko z pomocą opiekuna. Podczas chodzenia ze wsparciem widoczna jest rotacja tułowia i lewego kolana. Bardzo często się potyka i przewraca.

Rozwój poznawczy i społeczny

Badania psychologiczno-pedagogiczne wykazały, że chłopiec funkcjonował w wieku 6 lat na poziomie dziecka z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym, a od wieku 7 lat w stopniu znacznym. Nie reaguje na własne imię. Na krótki moment utrzymuje kontakt wzrokowy. Można zauważyć brak uwagi dowolnej, natomiast mimowolną uwagę wywołuje u chłopca tylko bardzo silny bodziec. Dziecko nie rozumie oraz nie wykonuje prostych poleceń. Nie przejawia zachowań autoagresywnych ani agresywnych.

Mowa i komunikacja

Można zauważyć obniżone napięcie mięśniowe, co przyczynia się do mniejszej sprawności narządów artykulacyjnych oraz nieprawidłowej spoczynkowej pozycji języka. Budowa języka, podniebienia i zgryzu prawidłowa. Chłopiec nadmiernie się ślini, obserwuje się nadwrażliwość w obrębie twarzy.

W wieku siedmiu lat mówił proste zdania typu „mamo ście bum”, „mamo ście pić”, obecnie tylko wokalizuje „ma”. W zakresie komunikacji prewerblanej w obszarze komunikacji pierwotnej (kontakt z otoczeniem na poziomie percepcji własnego ciała) Tomasz reaguje w sposób specyficzny na pojedyncze wybrane bodźce z otoczenia (odwraca głowę w kierunku głosu matki). Nie odczuwa stanów z zaspokojeniem lub deprywacją podstawowych potrzeb. W zakresie komunikacji sensorycznej (kontakt z otoczeniem poprzez gesty i określone zachowania, np. krzyk, uderzenia, śmiech) reaguje ruchowo w sposób zróżnicowany zależnie od sygnału z otoczenia (np. nie toleruje hałasu – napręża wtedy ciało i zaczyna gryźć rękę). Jeżeli chodzi o komunikację na poziomie organizacji zachowania (kontakt z otoczeniem na poziomie organizacji własnego zachowania), nie reaguje na proste komunikaty słowne z otoczenia dotyczące codziennych powtarzalnych rytuałów, jak na przykład wieczorna kąpiel. Nie przejawia zachowań

na poziomie komunikacji dźwiękowej (kontakt z otoczeniem na poziomie konkretno-obrazowym z użyciem elementów mowy dźwiękowej).

Czynności samoobsługowe

Obecnie chłopiec nie spożywa samodzielnie posiłków, często krztusi się podczas jedzenia, mimo to nadal jest karmiony doustnie. Nie wykonuje także czynności samoobsługowych.

Rozwój przetwarzania sensorycznego

W wywiadzie rodzice podkreślali, że Tomasz przejawia trudne zachowanie, takie jak gryzienie ręki oraz przedmiotów. Najczęściej można je zaobserwować w sytuacji, gdy się denerwuje. Jednak zachowania te nie są częste i nie ma trudności z ich przerwaniem i zatrzymaniem. Według mamy chłopiec mruczy, jeśli czegoś potrzebuje. Uspokaja się, gdy wtula się w pościel lub gdy się go owinie ciasno w tkaninę. Dziecko uspokaja również cicha, relaksacyjna muzyka. Pobudza go kontakt z wodą oraz z przedmiotami o różnej fakturze. Gdy chłopiec źle się czuje, szuka matki i mocno ją przytula. Dziecko unika dotykania głowy, nosa oraz uszu oraz takich czynności, jak obcinanie paznokci i mycie stóp. Chłopiec pozytywnie reaguje na delikatny dotyk. Nie toleruje natomiast głębokiego nacisku. Pozwala w czasie zajęć lub aktywności, które lubi, masować sobie ramiona, plecy oraz brzuch. Wówczas też wyraża zgodę na kierowanie ruchami swoich rąk. Przejawia także cechy nadwrażliwości słuchowej, na przykład podczas hałaśliwych zajęć staje się pobudzony i przejawia trudne zachowania.

Robert

Chłopiec urodził się w 2012 roku. W wieku sześciu lat rozpoznano u niego mukopolisacharydozę typu III A.

Rozwój ruchowy

Do 3. roku życia rozwój ruchowy przebiegał prawidłowo, chłopiec raczkował około 5. miesiąca, a zaczął chodzić w 10. miesiącu. Samodzielnie się poruszał, podnosił z pozycji siedzącej do stojącej, wchodził i schodził ze schodów do 6. roku życia. Obecnie zauważyć można regres w zakresie rozwoju motorycznego. Robert ma trudności z wchodzeniem i schodzeniem ze schodów, z podnoszeniem się z pozycji siedzącej do wyprostowanej,

wymaga przy tym pomocy osoby dorosłej. W 2019 roku Robert został objęty badaniem gotowości do podjęcia nauki w szkole podstawowej. Stwierdzono, że w zakresie oceny rozwoju fizycznego występują u chłopca trudności w skokach, skłonach i podskokach, krążeniu ramionami, turlaniu, czworakowaniu.

Rozwój poznawczy i społeczny

W wieku sześciu lat u Roberta zdiagnozowano niepełnosprawność intelektualną w stopniu znacznym. Robert nawiązuje kontakt wzrokowy. Nie potrafi wykonać poleceń nauczyciela i rodziców. Jest to prawdopodobnie spowodowane tym, że ich nie rozumie. Przy zmianie formy przekazu polecenia i wsparcia go gestem (chodź, weź) wykona je. W 2019 roku Robert został objęty badaniem gotowości do podjęcia nauki w szkole podstawowej, jako zauważalne trudności w zakresie rozwoju emocjonalnego wskazano, że chłopiec nie rozumie swoich emocji, a na doświadczane problemy reaguje zaniechaniem wykonywania zadania. Jeżeli chodzi o rozwój społeczny, to chętnie wchodzi w relacje z dorosłymi, a w kontakcie z innymi osobami nie przejawia zachowań agresywnych. Nie stosuje się do norm i zasad panujących w grupie rówieśniczej oraz w przedszkolu. Nie podejmuje współpracy z koleżankami i kolegami. Stwierdzono, że dziecko nie posiada odpowiednich umiejętności do podjęcia nauki w szkole podstawowej.

Mowa i komunikacja

Można zauważyć obniżone napięcie mięśniowe, co przyczynia się do mniejszej sprawności narządów artykulacyjnych oraz nieprawidłowej spoczynkowej pozycji języka. Budowa języka, podniebienia i zgryzu prawidłowa. Krótkie wędzidełko języka. Chłopiec ma często otwarte usta, nadmiernie się ślini, obserwuje się nadwrażliwość w obrębie twarzy.

W wieku trzech lat posługiwał się wyrazami „mama”, „tata”, „baba”, „dziadzia”, „nie”, „ta” (to znaczyło tak), „daj”, „Ania”, „lala”, „ciocia”, „mu”, „cicia”. Obecnie chłopiec wokalizuje „nie”, „nana”, „mama”, „tata”, „baba”, „dziadzia”, ale nie jest to intencjonalne. W zakresie komunikacji prewerblanej w obszarze komunikacji pierwotnej (kontakt z otoczeniem na poziomie percepcji własnego ciała) Robert reaguje w sposób specyficzny na pojedyncze wybrane bodźce z otoczenia (odwraca głowę w kierunku głosu matki), reaguje także na swoje ciało. Odczuwa stany z zaspokojeniem lub deprivacją podstawowych potrzeb, ale tylko te związane z nasyceniem i głodem. W zakresie

komunikacji sensorycznej (kontakt z otoczeniem poprzez gesty i określone zachowania, np. krzyk, uderzenia, śmiech) reaguje ruchowo w sposób zróżnicowany zależnie od sygnału z otoczenia (np. nie toleruje hałasu, napręża wtedy ciało i się wyrывa, jeżeli jest trzymany za rękę). Reaguje także na głos, aktywnie poszukując jego źródła, jeżeli jest to głos matki. Nawiązuje i utrzymuje przez chwilę kontakt wzrokowy. Jeżeli chodzi o komunikację na poziomie organizacji zachowania (kontakt z otoczeniem na poziomie organizacji własnego zachowania), reaguje na proste komunikaty słowne z otoczenia dotyczące codziennych powtarzalnych rytuałów, jak na przykład wieczorna kąpiel. Nie reaguje na własne imię. W zakresie zachowań na poziomie komunikacji dźwiękowej (kontakt z otoczeniem na poziomie konkretno-obrazowym z użyciem elementów mowy dźwiękowej) naśladuje wokalizy drugiej osoby oraz sygnalizuje potrzeby określonym dźwiękiem („ma”).

Czynności samoobsługowe

Obecnie nie sygnalizuje potrzeb fizjologicznych. Robert spożywa jedzenie samodzielnie, jeżeli ma je nałożone na widelec lub łyżkę. Nie krztusi się podczas jedzenia.

Rozwój przetwarzania sensorycznego

Rodzic nie potrafił wskazać, jakie czynności związane z dotykiem uspokajają Roberta. Zasygnalizował, że pobudza go zabawa w wodzie. Uspokaja go muzyka relaksacyjna i śpiewanie jego ulubionych piosenek. Chłopiec unika mocnego nacisku. Pozytywnie reaguje na dotykanie dłoni, głaskanie oraz przytulanie. Negatywnie zaś na masowanie, dotykanie głowy i twarzy.

Wyniki badań

Na podstawie przeprowadzonych badań z wykorzystaniem arkusza oceny wrażliwości sensorycznej Nasona (2017) można stwierdzić, że w zakresie zmysłu dotyku wszyscy badani chłopcy:

- wymagają dużej przestrzeni osobistej,
- nie tolerują czynności higienicznych (mycia twarzy, kąpieli, czesania, szczotkowania zębów, obcinania paznokci),
- mają dużą tolerancję na ból,
- są nadwrażliwi na wysokie i niskie temperatury (zob. Tabela 2.).

Tabela 2. Ocena wrażliwości sensorycznej w zakresie dotyku

CECHA	MACIEJ	TOMASZ	ROBERT
nie lubi być dotykany	TAK		
opiera się przytulaniu i całowaniu	TAK		
boi się, gdy ktoś inny do niego podchodzi	TAK		
odsuwa się od osoby, która do niego podchodzi lub go dotyka, bądź staje się wobec niej agresywny	TAK		
pociera miejsce na ciele dotknięte przez inną osobę	TAK		
mocno trzyma się rodzica lub opiekuna	TAK	TAK	
próbuję chwycić lub dotykać wszystkie dostępne przedmioty/ludzi znajdujące/-ych się obok	TAK	TAK	
nie chce być trzymany za rękę	TAK	TAK	
wymaga dużej przestrzeni osobistej	TAK	TAK	TAK
woli przebywać w kącie, pod stołem, za meblami	TAK		
lubi ciasne ubrania	TAK		
nie lubi ciasnych ubrań			
wkłada kilka warstw ubrań			
pociąga nogawki, rękawy, koszule			
ściąga z siebie ubrania	TAK		
toleruje tylko jeden rodzaj materiału			
usuwa metki, kołnierzyki lub mankiety		TAK	
często poprawia ubrania na sobie lub pościel			
upiera się, by owinąć czymś nadgarstek, ramię, palec			
nie lubi chodzić boso		TAK	TAK
chce koniecznie chodzić boso	TAK		
chodzi na palcach			TAK
wypluwa jedzenie/nie toleruje pokarmów o pewnych konsystencjach			
jest wybredne, kapryśne	TAK		
nie znosi czynności higienicznych, mycia twarzy, kąpieli, czesania, szczotkowania zębów, obcinania paznokci	TAK	TAK	TAK
ma dużą tolerancję na ból	TAK	TAK	TAK

Tabela 2. cd.

CECHA	MACIEJ	TOMASZ	ROBERT
jest nadwrażliwe na wysokie i niskie temperatury	TAK	TAK	TAK
jest podwrażliwe na wysokie i niskie temperatury			
nie lubi nakryć głowy		TAK	
wykonuje natrętne czynności związane z dotykiem ust			
dotyka ustami obiektów lub ubrań	TAK	TAK	
dotyka śliny, odchodów lub bawi się nimi			
uparcie trzyma rękę w spodniach lub w kieszeni			
siedzi na rękach, stopach			
naciska lub pociera ciałem objekty/ściany/ludzi	TAK		
upiera się, by trzymać jakiś przedmiot w rękach	TAK	TAK	
pociera palcami dłoni lub inne palce			
robi sobie krzywdę: drapie, szczypie, pociera skórę			

Źródło: opracowanie własne.

Na podstawie przeprowadzonych badań z wykorzystaniem arkusza oceny wrażliwości sensorycznej (Nason, 2017) można stwierdzić, że wszyscy badani chłopcy:

- są wrażliwi na głośne dźwięki,
- głośno wokalizują,
- uwielbiają muzykę (zob. Tabela 3.).

Tabela 3. Ocena wrażliwości sensorycznej w zakresie słuchu

CECHA	MACIEJ	TOMASZ	ROBERT
jest wrażliwy na głośne dźwięki	TAK	TAK	TAK
słyszy częstotliwości niesłyszalne dla innych	TAK		
słyszy szum lamp, kabli elektrycznych	TAK		
głośno mówi	TAK	TAK	TAK
nieustannie nuci	TAK		
zakrywa uszy dłońmi			
rozprasza się pod wpływem nieistotnych dźwięków w tle	TAK		
staje się pobudzony podczas zajęć w dużej grupie	TAK		

Tabela 3. cd.

CECHA	MACIEJ	TOMASZ	ROBERT
jest bardzo hałaśliwy	TAK		
oglądając telewizję, zwiększa głośność			
podczas hałaśliwych zajęć staje się pobudzony i destrukcyjny	TAK	TAK	
relaksuje się, gdy się szepce			
uwielbia muzykę	TAK	TAK	TAK
często ma infekcje uszu			TAK
czasami wyłącza się lub wycisza dźwięki ze świata			

Źródło: opracowanie własne.

Na podstawie przeprowadzonych badań z wykorzystaniem arkusza oceny wrażliwości sensorycznej (Nason, 2017) w zakresie zmysłu wzroku można wskazać, że wszyscy badani chłopcy:

- są nadwrażliwi na światło słoneczne,
- często mrużą oczy i patrzą w dół,
- czują się przytłoczeni dużymi zmianami miejsc,
- przekręcają głowę, zwykle z boku na bok, gdy pojawi się bodziec wzrokowy (zob. Tabela 4.).

Tabela 4. Ocena wrażliwości sensorycznej w zakresie wzroku

CECHA	MACIEJ	TOMASZ	ROBERT
jest nadwrażliwy na światło słoneczne	TAK	TAK	TAK
jest nadwrażliwy na jasne światło	TAK		
często mruży oczy i patrzy w dół	TAK	TAK	TAK
czuje się przytłoczony dużymi zmianami miejsc	TAK	TAK	TAK
macha rękami, zwykle na wysokości oczu	TAK		
przekręca głowę, zwykle z boku na bok	TAK	TAK	TAK
lubi patrzeć na światło lamp		TAK	TAK
lubi wyłączać i włączać światło	TAK	TAK	
bawi się rękami blisko oczu			TAK
naciska rękami oczy, zwykle w kąciach			TAK

Tabela 4. cd.

CECHA	MACIEJ	TOMASZ	ROBERT
ma trudności z poruszaniem się między miejscami o różnej nawierzchni		TAK	
lubi przewracać kartki książek			TAK
uwielbia obiekty o błyszczących i lustrzanych powierzchniach			
uwielbia lustra	TAK		
niemal nie utrzymuje kontaktu wzrokowego	TAK		
wydaje się, że „przewierca ludzi spojrzeniem”			TAK
fascynuje się wentylatorami i innymi obiektami, które się obracają	TAK		

Źródło: opracowanie własne.

W dostosowaniu programu terapii w przypadku dziecka z zaburzeniami wrażliwości sensorycznej, znaczenie ma także zrozumienie sygnałów sensorycznych, jakie ono wysyła. Wszyscy chłopcy mrużyli oczy lub patrzyli w dół (odwracali wzrok), co może mieć dwojakie znaczenie. Można te czynności wykonywać po to, aby dostarczyć sobie unikalnych i przez cały czas zmieniających się bodźców wzrokowych lub żeby „[...] odfiltrować się od przytłaczających bodźców wzrokowych” (Voss, 2017). W przypadku badanych dzieci drugie wyjaśnienie wydaje się właściwsze.

Chłopcy mają podwyższony próg bólu. Mają większą jego tolerancję. Może to być związane z podwrażliwością sensoryczną. W różnych sytuacjach często wokalizują lub wydają intencjonalne odgłosy (np. takie jak mruczenie). Takie zachowanie może stanowić dla dziecka kotwicę sensoryczną¹, która jest mu niezbędna w procesie samoregulacji². Obserwując aktywność chłopców w ciągu dnia, można zauważyć, że źle reagują na zmianę miejsc (można to zauważyć podczas przemieszczania się między zajęciami z budynku, gdzie odbywa się rehabilitacja, do budynku, gdzie są zajęcia terapii pedagogicznej), dotyczy to także nierównych powierzchni podłogi.

¹ Kotwica sensoryczna to „[...] zachowanie lub powtarzająca się czynność, która pomaga mózgowi się zorganizować, uspokoić, wyciszyć i osiągnąć lub utrzymać stan gotowości. To sygnał sensoryczny, wskazujący, że dziecko jest prawdopodobnie rozregulowane albo potrzebuje dawki uspokajających i wyciszających wrażeń dla poprawy samopoczucia” (Voss, 2017, s. 233).

² Przyjęto, że zdolność do samoregulacji dziecka „[...] jest stała i polega na utrzymywaniu funkcjonalnego stanu czujności w ciągu dnia. Odpowiada też za przechodzenie ze stanu czuwania do snu i odwrotnie” (Voss, 2017, s. 228).

Może to być spowodowane zarówno obniżeniem kontroli mięśniowej i planowania ruchu, podwrażliwością na bodźce proprioceptywne, jak również zaburzeniami poczucia własnego ciała i ułożenia go w przestrzeni. Zdaniem Angi Voss (2017) często jest to spowodowane deficytami neuromięśniowymi. Chłopcy nie tolerują czynności higienicznych, na przykład obcinania paznokci czy mycia twarzy. Wynika to z faktu, że zarówno opuszki palców, jak i paznokcie mają dużą liczbę receptorów dotykowych, a twarz jest częścią układu dotykowego. Jej mycie może być nieprzyjemne, a nawet bolesne. Dlatego może się zdarzyć, że pojawia się obronność sensoryczna (Voss, 2017).

Propozycja wsparcia dziecka z chorobą Sanfilippo w terapii pedagogicznej i logopedycznej

Na podstawie wyników badań można wskazać, że badani chłopcy są nadwrażliwi w zakresie zmysłu słuchu i wzroku. Jeżeli chodzi o zmysł dotyku, to przejawiają zarówno zachowania klasyfikowane jako nad-, jak i podwrażliwość. Stąd opracowanie odpowiednich metod i technik terapii w pracy z dzieckiem z mukopolisacharydozą typu III i zaburzeniami przetwarzania sensorycznego będzie uwzględniało:

- 1) w przypadku nadwrażliwości na bodziec słuchowy, wzrokowy lub dotykowy:
 - potrzeby odseparowania się od przytłaczających bodźców,
 - udostępnianie sprzętu multimedialnego z możliwością odtworzenia ulubionej muzyki, jeżeli relaksacyjna muzyka uspokaja dziecko,
 - zachęcanie do głębokich oddechów, śpiewania ulubionej piosenki lub wspólnej zabawy, aby rozproszyć uwagę podczas czynności wywołujących obronność dotykową
 - wcześniejsze sygnalizowanie chęci dotyku dziecka,
 - wcześniejsze sygnalizowanie pojawienia się hałasu,
 - nieużywanie podniesionego głosu,
 - unikanie pomieszczeń, gdzie jest pulsujące i migoczące światło,
 - uprzedzanie o zmianie oświetlenia, na przykład gdy przechodzi się z dzieckiem z jednego pomieszczenia do drugiego,
 - prowadzenie zajęć w sali znajdującej się daleko na przykład od boiska szkolnego czy ruchliwej ulicy,

- wyeliminowanie wzorzystych, z jaskrawymi i kontrastującymi kolorami wykładzin czy dekoracji na ścianach sali terapeutycznej,
 - stosowanie w dekoracjach i wyposażeniu sali terapeutycznej kolorów stonowanych i pastelowych,
- 2) w przypadku podwrażliwości na bodziec dotykowy:
- opracowanie wraz z rodzicami dodatkowej procedury bezpieczeństwa³ w sytuacjach, gdy dziecko się przewróci i uderzy w głowę, a nie zasygnalizuje bólu. W przypadku dzieci z rozpoznaną chorobą Sanfilippo najczęściej będą to zdarzenia związane z przewracaniem się, uderzeniem głowy, ale nie zawsze powodujące uraz. Jednak ze względu na trudności w zakresie komunikacji z tymi dziećmi oraz ich podwyższony próg bólu niezbędna jest dodatkowa procedura bezpieczeństwa. Może to być na przykład założenie zeszytu do korespondencji z rodzicami, w którym zostaną opisane sytuacje przewrócenia się, mocnego uderzenia. Opis powinien zawierać datę, godzinę, szczegółowy przebieg zdarzenia, zakres uszkodzenia ciała zarówno od razu po uderzeniu, jak i po upływie około 20 min (np. czy pojawiła się opuchlizna, krwiak etc.) oraz reakcję dziecka na zdarzenie. Dodatkowo zeszyt powinien zawierać grafikę sylwetki człowieka, aby na nim zaznaczać miejsca uderzenia.
 - zapewnienie większej liczby/częstszych dawek stymulacji dotykowej z wrażeń podstawowych w celu wspomagania dziecka w ogólnym przetwarzaniu sensorycznym,
 - wypożyczanie sprzętu multimedialnego z możliwością odtworzenia ulubionej muzyki,
 - wykorzystanie w terapii elementów dostosowanych ćwiczeń ruchowych, na przykład wspólne wchodzenie na zjeżdżalnię.

³ Standardowe procedury szkolne dotyczące wypadku ucznia na terenie szkoły wskazują, że o każdym takim zdarzeniu należy bezzwłocznie informować rodziców i pracownika odpowiedzialnego za bezpieczeństwo i higienę pracy. „Wypadkiem ucznia jest nagle zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, powodujące uraz lub śmierć, które nastąpiło w czasie pozostawania ucznia pod opieką szkoły na jej terenie oraz poza nim (wycieczki, wyjścia pod opieką nauczyciela)” (§ 2 Ustawy z dnia 30 października 2002 r. o zaopatrzeniu w tytułu wypadków lub chorób zawodowych powstałych w szczególnych okolicznościach, tekst jedn.: Dz.U. 2013, poz. 737; wyrok Sądu Najwyższy z dnia 27 września 2002 r., sygn. II UKN 385/01). Procedury te regulują osobne akty prawne: wspomniana ustawa o zaopatrzeniu w tytułu wypadków lub chorób zawodowych, Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 31 grudnia 2002 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny w publicznych i niepublicznych szkołach i placówkach (Dz.U. 2003 nr 6, poz. 69 z późn. zm.), Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 1 lipca 2009 r. w sprawie ustalania okoliczności i przyczyn wypadków przy pracy (Dz.U. 2009 nr 105, poz. 870).

Wspomniane wskazówki umożliwią spersonalizowanie planu terapii, który będzie uwzględniał między innymi elementy metody integracji sensorycznej, Attention Autism czy metody Montessori. Obecnie najbardziej znana i rozpowszechniona w terapii dzieci z zaburzeniami rozwojowymi i behawioralnymi jest metoda integracji sensorycznej⁴. Metoda ta obejmuje działania, które mają na celu pomóc dziecku zorganizować swój układ sensoryczny, nauczyć odbioru i analizy bodźców, które są dostarczane przez wzrok, słuch, dotyk, smak, węch, równowagę i czucie głębokie. Dostarczenie odpowiedniej ilości i jakości bodźców pozwala na właściwe reagowanie i wykształcenie prawidłowych reakcji adaptacyjnych (American Academy of Pediatrics, 2012). Badani chłopcy przejawiali między innymi zachowania z zakresu nadwrażliwości słuchowej i wzrokowej. W takim przypadku wśród zaleceń i propozycji strategii terapeutycznych – zdaniem Bożeny Odowskiej-Szlachcic (2016) – należy uwzględnić: ograniczenie bodźców wzrokowych; uprzedzenie o zmianach oświetlenia i rodzaju światła; używanie okularów przeciwsłonecznych; ograniczenie wzorzystych, jaskrawych i kontrastowych kolorów materiałów i przedmiotów. Sala, w której odbywają się zajęcia powinna znajdować się daleko od pomieszczeń, które będą generowały hałas (np. łazienki, sali gimnastycznej). Dodatkowo podłogę należy wyłożyć wykładziną, która będzie pochłaniała hałas (zob. Tabela 5.).

Jednocześnie chłopcy przejawiali zachowania charakterystyczne dla pod- i nadwrażliwości dotykowej – niski próg bólu, obronność dotykową oraz unikanie dotyku, manipulację w obrębie twarzy i jamy ustnej. W przypadku nadwrażliwości można zastosować elementy treningu odwracania sfery oralnej na podstawie metody Muller i Morris. Polega ona między innymi na oklepywaniu, opukiwaniu i obszcypywaniu podbródka, brody, policzków i warg (Odowska-Szlachcic, 2016)⁵.

Natalia Kołat (2014) podkreśla, że metoda integracji sensorycznej w przypadku dzieci, u których zdiagnozowano zespół deficytu uwagi, niepełnosprawność intelektualną, spektrum autyzmu czy zespoły uwarunkowane genetycznie, może odgrywać rolę terapii wspomagającej.

⁴ Jej twórczynią jest Anna Jean Ayres, która badała związek „[...] pomiędzy procesami sensorycznymi dzieci a uczeniem się, mową, czytaniem, pisanem, liczeniem, szeroko pojętymi umiejętnościami motorycznymi oraz emocjami” (Barańska i in., 2012, s. 16).

⁵ Te czynności są wykonywane opuszkami palców i z wykorzystaniem części łyżeczki lub pałeczki plastikowej (Odowska-Szlachcic, 2016).

Tabela 5. Wybrane zalecenia z wykorzystaniem elementów metody integracji sensorycznej

Zmysł	WYBRANE ZALECENIA nadwrażliwość		WYBRANE ZALECENIA podwrażliwość	
	w zakresie organizacji miejsca zajęć	w zakresie zasad pracy z dzieckiem	w zakresie organizacji miejsca zajęć	w zakresie zasad pracy z dzieckiem
wzrok	<ul style="list-style-type: none"> ograniczenie bodźców wzrokowych, światła jarzeniowych urządzeń i pulsujących, wyeliminowanie luster, stosowanie bocznego oświetlenia 	<ul style="list-style-type: none"> uprzedzenie o zmianie oświetlenia, używanie okularów przeciwsłonecznych 	<ul style="list-style-type: none"> używanie ostrych kolorów i kontrastów w najbliższym otoczeniu 	<ul style="list-style-type: none"> obwodzenie konturów prostych wzorów kredkami lub mazakami fluorescencyjnymi, prezentowanie przedmiotu/zabawki w różnym oświetleniu
słuch	<ul style="list-style-type: none"> stosowanie wykładzin pochłaniających hałas, pomieszczenie daleko od tych, które generują hałas, np. łazienka 	<ul style="list-style-type: none"> sygnalizowanie pojawienia się bodźca słuchowego, nieużywanie podniesionego głosu, jeżeli dziecko pozwoli, to można szeptać do ucha 	<ul style="list-style-type: none"> realizowanie także zabaw dźwiękowych w akustycznych pomieszczeniach 	<ul style="list-style-type: none"> używanie zabawek dźwiękowych i przedmiotów wydających dźwięki, prezentowanie „ostrych” dźwięków, najpierw pojedynczo, potem w sekwencjach, wprowadzanie różnorodnych dźwięków: od mocnych do delikatnych
dotyk	unikanie wysokich temperatur	<ul style="list-style-type: none"> wprowadzenie elementów masażu, kompresja – mocny ucisk stawów, np. podczas ubierania, wcześniejsze sygnalizowanie dotyku 	<ul style="list-style-type: none"> przygotowanie miejsca, w którym dziecko będzie mogło robić ćwiczenia związane z przesypaniem wilgotnego piasku 	<ul style="list-style-type: none"> wspywanie wilgotnego piasku do pojemnika i przenoszenie go, przenoszenie butelek z wodą i piaskiem, naprzemienne kąpiele dłoni, przedramion w ciepłej i zimnej wodzie lub kompresy żelowe

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Emmons i McKendry-Anderson, 2007; Odowska-Szlachcic i Mierzejewska, 2013; Odowska-Szlachcic, 2016.

Drugą metodą jest Attention Autism – Giny Davies (2010). Metoda jest skierowana do dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu (ASD) oraz z innymi trudnościami w rozwoju (McKeown, 2015). Może być realizowana zarówno w formie indywidualnej, jak i grupowej. Badani chłopcy, tak jak dzieci z ASD, przejawiają zaburzenia integracji sensorycznej, mają trudności w nawiązywaniu kontaktu wzrokowego i tworzeniu lub utrzymaniu wspólnego pola uwagi. Celem prowadzonych zajęć jest między innymi zwrócenie uwagi dziecka, zbudowanie wspólnego pola uwagi, zachęcanie do spontanicznej reakcji w grupie, wspieranie komunikacji prewerbalnej oraz werbalnej (Davies, 2020). Attention Autism składa się z czterech poziomów: wiaderko – skupienie uwagi, budowanie uwagi, gra grupowa oraz zajęcia przy stoliku. Poziom pierwszy ma za zadanie skupić uwagę dziecka na osobie dorosłej, która prowadzi zajęcia. Ma także zachęcić dziecko do angażowania się w proponowane aktywności, których wykonywanie ma wzbudzać pozytywne emocje i relaksować. Drugi opiera się na aktywnościach, które mają na dłużej utrzymać koncentrację uwagi. Trzeci poziom to zabawy, które uczestnik jest w stanie wykonać z zachowaniem przenoszenia koncentracji uwagi, czekania na swoją kolej etc. Na tym poziomie aktywności przebiegają już w grupie. Ostatni poziom – czwarty to prezentacja danego działania przez terapeutę, które następnie powinno zostać wykonane przez dziecko (przekazanie dziecku pudełka z zadaniem do wykonania) (McKeown, 2015). Prowadzącego zajęcia metodą Attention Autism obowiązują zasady, zaliczamy do nich między innymi:

- decydowanie o czasie rozpoczęcia i zakończenia zajęć;
- używanie prostego języka, nazywanie przedmiotów, którymi dziecko posługuje się w trakcie zajęć, oraz czynności, jakie się wykonuje;
- zainteresowanie uczestników zajęć wiaderkiem, które jest używane, oraz czynnościami z nim związanymi;
- pamiętanie o zasadzie niedzielenia się zabawkami, które są schowane w wiaderku.

Aktywność jest także ważnym elementem pedagogiki Montessori⁶. Maria Montessori (1870–1952) uważała, że o efektach wychowawczych

⁶ Maria Montessori uważała, że ważne w wychowaniu dziecka są zarówno niezależność, jak i szacunek dla naturalnego rozwoju psychologicznego, fizycznego i społecznego dziecka (Casella, 2015). Jest ono zdolne do samodzielnego budowania własnej osobowości, bazując między innymi na swoim potencjale (Wójcik, 2018). Każdy bez względu na poziom funkcjonowania ma zasoby, które umożliwią mu jego rozwój, w tym zainteresowań i umiejętności adekwatnych do jego stanu zdrowia i możliwości.

decydują dwa czynniki. Pierwszy to indywidualne właściwości wychowanka, które należy uwzględnić w procesie dydaktyczno-wychowawczym. Drugi to adekwatna organizacja środowiska wychowawczego, uwzględniająca jego wymiar zarówno materialny, jak i społeczny. Według pedagogiki Montessori ujęcie tych czynników spowoduje, że dziecko podejmie aktywność; zacznie kształtować swoje zainteresowania, budować zasób wiedzy i spostrzeżeń dotyczących jego najbliższego otoczenia i świata, w którym żyje. Dodatkowo zapewnienie wychowankowi atmosfery wolności i swobody pozwoli na modelowanie się jego niezależności (Ordon, 2000), co jest ważne, gdy dziecko ma zdiagnozowane trudności w rozwoju. Stosowane pomoce dydaktyczne, określane jako materiał dydaktyczny, sklasyfikowane są w następujących kategoriach: ćwiczenia życia praktycznego, doskonalenie zmysłów, ćwiczenia edukacji matematycznej, językowej, wychowania kosmicznego oraz religijnego (Sikorska, Osmańska, 2013). W przypadku badanych chłopców istotne wydaje się uwzględnienie pomocy w planie wsparcia dziecka, które Sabina Guz (1998) podzieliła na:

- materiał rozwojowy, umożliwiający podopiecznemu swobodną zabawę, odkrywanie tego, czego jeszcze nie zna, mobilizowanie do dostrzegania szczegółów, klasyfikowania, porównywania, a także łączenia rozumowania i wydawania sądów;
- materiał uzupełniający, będący elementem dopełniającym materiał rozwojowy;
- materiał dodatkowy, czyli wszystkie te pomoce, których potrzebuje dziecko, a które nie były wcześniej uwzględnione w założeniu metody Montessori;
- materiał praktyczny, mający na celu rozwój nabytych już umiejętności, następnie ich przekształcanie w określoną sprawność.

Dzieci z MPS III uczą się na pamięć zadań, które wykonują. Stąd istotne wydaje się urozmaicenie ich o nowe pomoce dydaktyczne, które będą dla nich interesujące i pozwolą na odkrywanie za każdym razem czegoś nowego. Taką funkcję mogą spełnić pomoce, które w metodzie Montessori są określane jako materiał rozwojowy.

Wnioski

Mukopolisacharydoza typu III jest chorobą rzadką, postępującą, która współwystępuje z niepełnosprawnością intelektualną, zaburzeniami mowy i komunikacji, a także przetwarzania sensorycznego. Dzieci z chorobą Sanfilippo przejawiają często zachowania charakterystyczne dla nadwrażliwości słuchowej i wzrokowej, a w zakresie zmysłu dotyku – zarówno dla nad-, jak i podwrażliwości. Wspomniane trudności będą miały bezpośredni wpływ na przebieg i efekty prowadzonej terapii pedagogicznej oraz logopedycznej. Rzadkość występowania choroby przyczynia się do braku odpowiednio wypracowanej ścieżki terapeutycznej. Trudności związane z zaburzeniami przetwarzania sensorycznego, jakich doświadcza dziecko ze zdiagnozowaną chorobą Sanfilippo, determinują uwzględnienie w procesie jego terapii metody integracji sensorycznej. Aktywności i ćwiczenia, jakie są proponowane podczas zajęć, pozwalają na stymulację ośrodkowego układu nerwowego (OUN). Podczas ich wykonywania dokonuje się integracja zarówno bodźców zmysłowych, jak i doświadczeń płynących z OUN, co przyczynia się do lepszej organizacji działań dziecka. Istotne jest, że proponowane zabawy są dostosowane do poziomu rozwojowego dziecka. Dzieci z MPS III mają także trudności z koncentracją uwagi oraz budowaniem wspólnego pola uwagi. Stąd w procesie terapii istotne wydaje się zastosowanie elementów metody Attention Autism. Proponowane w niej aktywności zachęcają dziecko do zwrócenia uwagi na dorosłego (prowadzącego zajęcia), a także budowania wspólnego pola uwagi. Będą również wspierały rozwój komunikacji. Uwzględnienie w terapii pacjenta z MPS III elementów metody Montessori da możliwość budowania mu zasobów wiedzy dotyczących najbliższego otoczenia, w którym żyje. Umożliwiają to między innymi pomoce dydaktyczne, które uwzględniają ćwiczenie czynności codziennych, tak niezbędnych w przypadku uczniów ze zdiagnozowaną niepełnosprawnością intelektualną. Stosowane zasady odnoszące się do organizacji przestrzeni, w której dziecko przebywa, umożliwiają między innymi ograniczanie bodźców wzrokowych, słuchowych i dotykowych płynących z otoczenia oraz wspierają jego samodzielność.

Bibliografia

- American Academy of Pediatrics. (2012). Sensory Integration Therapies for Children With Developmental and Behavioral Disorders. *Pediatrics*, 129(6), 1186–1189.
- Ayers, A.J. (1973). *Sensory Integration and Learning Disorders*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Barańska, E., Gajewska, E., Sobieska, M. (2012). Zaburzenia przetwarzania sensorycznego u dzieci – klasyfikacja grup diagnostycznych i objawy. W: M. Majchrzycki, E. Gajewska, M. Łączak-Trzaskowska (red.), *Dysfunkcje narządów ruchu. Interdyscyplinarne rozumienie problemów związanych z diagnostyką i terapią dziecka* (s. 16–22). Poznań: Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego.
- Bogacz, E., Bogacz-Rybczak, A. (2018). *Karty Oceny Rozwoju Psychoruchowego – KORP*. Gliwice: Komlogo.
- Cascella, M. (2015). Maria Montessori (1870–1952). Women’s emancipation, pedagogy and extra verbal communication. *Historia De La Medicina*, 143, 658–662.
- Conijn, T., Nijmeijer, S.C.M., van Oers H.A., Wijburg, F.A., Haverman L. (2018). Psycho-social Functioning in Parents of MPS III Patients. *JIMD Reports*, 44, 33–41.
- Cygan, B. (2018). Zaburzenia przetwarzania sensorycznego jako źródło trudności i niepowodzeń szkolnych dziecka w edukacji wczesnoszkolnej. *Rocznik Komisji Nauk Pedagogicznych*, LXXI, 83–96.
- Davies, G. (2020). *Getting in early: The critical importance of early intervention with children on the autism spectrum*. Pobrane z: <https://network.autism.org.uk/sites/default/files/ckfinder/files/R1%20Getting%20in%20early%20-%20Gina%20Davies.pdf> (dostęp: 5.01.2020).
- Davies, G. (2010). *Autism Residential Study Weekend Attention Autism: Gaining and Maintaining Attention (Lecture)*. Birmingham: University of Birmingham.
- Emmons, P.G., McKendry-Anderson, L. (2007). *Dzieci z zaburzeniami integracji sensorycznej. Zaburzenia rozwojowo-sensoryczne oraz edukacyjne występujące w ramach autyzmu, ADHD, trudności szkolnych oraz zaburzeń dwubiegunowych*. Tłum. R. Waliś. Warszawa: K.E. LIBER.
- Grzywniak, C. (2016). Nieprawidłowa integracja sensoryczna jako składowa zaburzeń psychicznych występujących zarówno u dzieci, jak i u młodzieży oraz dorosłych. *Psychiatria*. 13(3), 143–148.
- Guz, S. (1998). *Edukacja w systemie Montessori*. T. I. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Jones, K.L., Jones, M.C., del Campo, M. (2018). *Atlas malformacji rozwojowych według Smitha*. Warszawa: Medipage.
- Kołat, N. (2014). Zaburzenia przetwarzania sensorycznego u dzieci – diagnostyka i postępowanie. *Nowa Pediatria*, 3, 97–102.
- Kranowitz, C.S. (2011). *Nie-zgrane dziecko. Zaburzenia przetwarzania sensorycznego – diagnoza i postępowanie*. Tłum. A. Sawicka-Chrapkiewicz. Gdańsk: Harmonia Universalis.
- Kranovitz, C.S. (2012). *Nie-zgrane dziecko w świecie gier i zabaw. Zajęcia dla dzieci z zaburzeniami przetwarzania sensorycznego*. Tłum. J.A. Kamrowska, K. Majcher, P. Sørensen. Gdańsk: Harmonia Universalis.

- McKeown, L. (2015). An evaluation of the Attention Autism programme for secondary aged children with autism in a mainstream setting. *Good Autism Practice (GAP)*, 16(1), 12–17.
- Nason, B. (2017). *Porozmawiajmy o autyzmie. Przewodnik dla rodziców i specjalistów*. Tłum. A. Haduła. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Odowska-Szlachcic, B., Mierzejewska, B. (2013). *Wzrok i słuch – zmysły wiodące w uczeniu się w aspekcie integracji sensorycznej*. Gdańsk: Harmonia Universalis.
- Odowska-Szlachcic, B. (2016). *Metoda integracji sensorycznej we wspomaganiu rozwoju mowy u dzieci z uszkodzeniami ośrodkowego układu nerwowego*. Gdańsk: Harmonia Universalis.
- Ordon, U. (2000). System Marii Montessori w pracy z małym dzieckiem. *Prace Naukowe Wyższej Szkoły Pedagogicznej w Częstochowie. Pedagogika*, 9, 203–209.
- Sikorska, I., Osmańska, I. (2013). Czy montessoriański przedszkolak stanie się kreatywnym nastolatkiem? Doświadczenia średniego dzieciństwa a postawa twórcza adolescentów. *Edukacja Elementarna*, 30(4), 91–108.
- Watling, R.L., Deitz, J., White, O. (2001). Comparison of Sensory Profile Scores of Young Children With and Without Autism Spectrum Disorders. *The American Journal of Occupational Therapy*, 55(4), 416–423.
- Wasilewski, T.P. (2018). Integracja sensoryczna i jej znaczenie dla funkcjonowania i rozwoju mowy dziecka. *Pediatrya i Medycyna Rodzinna*, 14(1), 20–32.
- Wijburg, F.A., Wegrzyn, G., Burton, B.K., Tylki-Szymańska, A. (2013). Mucopolysaccharidosis type III (Sanfilippo syndrome) and misdiagnosis of idiopathic developmental delay, attention deficit/hyperactivity disorder or autism spectrum disorder. *Acta Paediatrica*, 102, 462–470.
- Wójcik, A. (2018). Pedagogika Montessori – ciągle aktualne wyzwanie dla współczesnej pedagogiki. *Edukacja – Technika – Informatyka*, 1(23), 264–270.
- Voss, A. (2017). *Zrozumieć sygnały sensoryczne dziecka..* Tłum. A. Sawicka-Chrapkowicz. Gdańsk: Harmonia Universalis.

ZABURZENIA MOWY U DZIECI I MŁODZIEŻY Z USZKODZENIAMI MÓZGU UDOKUMENTOWANYMI NEUROOBRAZOWANIEM – WSTĘPNY OPIS PROCEDURY BADAŃ

STRESZCZENIE

Do uszkodzeń mózgu u dzieci i młodzieży dochodzi najczęściej w wyniku wad rozwojowych OUN, urazów czaszkowo-mózgowych, chorób nowotworowych i naczyniowych. Niejednokrotnie są to zdarzenia, które stanowią zagrożenie dla życia i zdrowia dziecka. Podejmowane wówczas działania medyczne opierają się na wnikliwych badaniach diagnostycznych. Wykonywane są między innymi badania: TK i/lub MRI ukazujące stan struktur anatomicznych mózgu. Ich wyniki dają odpowiedź na pytania o lokalizację uszkodzenia, jego rozległość i charakter. W takich przypadkach celem diagnozy logopedycznej jest ocena poziomu posługiwania się mową przez badane dziecko po zaistniałym incydencie chorobowym. Ważne jest stwierdzenie, czy u pacjenta doszło do przerwania rozwoju procesu werbalnego porozumiewania, jego zahamowania, regresu w rozumieniu i/lub wypowiedzianiu czy też nie obserwuje się u dziecka żadnych nieprawidłowości. W opracowaniu prezentuję wstępny etap analizy, której celem jest ukazanie zależności pomiędzy stanem mowy a lokalizacją uszkodzenia mózgu.

Słowa kluczowe: badania neuroobrazowania mózgu, tomografia komputerowa (TK), rezonans magnetyczny (MRI), uszkodzenia anatomiczne mózgu, urazy czaszkowo-mózgowe, choroby nowotworowe, choroby naczyniowe, lokalizacja uszkodzenia: lewopółkulowa, prawopółkulowa

Speech disorders in children and youth with brain damage documented neuroimaging – a preliminary description of the research procedure

ABSTRACT

Brain damages of children and youth occur most often as a result of developmental defects of the central nervous system (CNS), craniocerebral traumas, cancer and vascular diseases. It is common that such incidents constitute threats to the life and health of a child. Medical activities undertaken in such situations are based on thorough diagnostic examinations. Among others, CT and/or MRI are performed, showing condition of anatomical structures of brain. Results of such examinations provide answers as for the location of damage, its scope and character. In such cases the aim of logopaedic diagnosis is to assess the level of speech and language use of an examined child after an incident. It is important to determine whether in

the case of a given patient occurred interruption in the development of verbal communication process, or whether it was stopped, whether understanding and/or production of utterances was regressed, or no anomalies occurred. This paper presents an initial stage of analysis, which aims to show the relationship between the state of speech and the location of brain damage.

Keywords: neurological imaging examinations of brain, CT computer tomography, MRI magnetic resonance imaging, anatomical brain damage, craniocerebral trauma, cancer, vascular disease, location of damage: left hemisphere, right hemisphere

Wprowadzenie

Odkrycia dokonane przez Pierre'a Paula Broca i Carla Wernickego w drugiej połowie XIX wieku dały początek współczesnej wiedzy o mózgowych mechanizmach funkcji językowych człowieka. Obecnie przyjmujemy, że w prawidłowych warunkach rozwoju obszary anatomiczne mózgu odpowiedzialne za kształtowanie mowy w czasie dzieciństwa, a następnie za sprawne posługiwanie się językiem w czasie osiągnięcia przez człowieka dojrzałości rozwijają się w dominującej półkuli mózgu, najczęściej lewej. Wśród nich należy wymienić struktury w tylnej części górnego zawoju płata skroniowego, dolną tylną część płata czołowego, dolną część płata ciemieniowego oraz styk skroniowo-ciemieniowo-potyliczny (Emiluta-Rozya, 2008; Łuria, 1967; Mierzejewska, 1971, 1977; Mierzejewska i Emiluta-Rozya, 1998; Szelaąg, 2000; Walsh, 1998). Szczególne zainteresowania badawcze budziły zaburzenia mowy występujące w konsekwencji doznanych uszkodzeń anatomicznych tych struktur u osób dorosłych. Są to zaburzenia afatyczne. Przy czym *afazję* należy rozumieć jako „stan mowy po uszkodzeniu okolic kory mózgowej, z którymi są związane programy struktur (inaczej: zachowań) językowych. Programy te przed uszkodzeniem mózgu były już wykształcone i funkcjonowały prawidłowo. Osoby z afazją, dorosłe i dzieci, przed afazją porozumiewały się za pomocą języka prawidłowo” (Mierzejewska i Emiluta-Rozya, 1997, s. 46). Czyli osoby, u których nastąpiło anatomiczne uszkodzenie mózgu, wcześniej mówiły i system językowy był w pełni przez nie opanowany. Osoby te potrafiły posługiwać się językiem w sposób dowolny i swobodny w mowie i piśmie (Mierzejewska i Emiluta-Rozya, 1997, s. 46). W ogólnym podziale przyjmuje się, że uszkodzenia tylnej części dolnego zakrętu czołowego półkuli

lewej (dominującej), zwanej okolicą Broca – powoduje zaburzenia o typie ruchowym (motorycznym, ekspresywnym) i przejawia się trudnościami w budowaniu wypowiedzi. Natomiast uszkodzenie tylnej części górnego zakrętu skroniowego lewego, zwanej okolicą Wernickego – prowadzi do zmian o typie słuchowym (sensorycznym, percepcyjnym) i trudności w rozumieniu mowy (Łuria, 1967; Walsh, 1998). Precyzowanie opisów zachowań charakterystycznych dla afazji u osób dorosłych pozwalało na pogłębianie wiedzy na temat funkcjonowania mózgu człowieka w stanie normatywnym i jednocześnie przyczyniło się do rozwoju zainteresowania sposobem przyswajania mowy przez dziecko (Jakobson, 1989). W początkowej fazie badań (Alajuanine i Lehrmitte, 1965; Jakobson, 1968; Kordyl, 1968) problemy związane z mową występujące u dzieci wyjaśniano poprzez odwołanie się do afazji osób dorosłych. Wskazywano podobieństwa obserwowanych u dzieci objawów zaburzeń rozwoju mowy i języka do objawów występujących w afazji u osób dorosłych (Kordyl, 1968). Na tej podstawie formułowano przypuszczenie, że może istnieć podobna lub nawet ta sama przyczyna, wywołująca zaburzenia mowy u osób dorosłych i dzieci, związana z uszkodzeniem kory mózgowej.

Zaburzenia afatyczne u dzieci i młodzieży

Współczesne badania z zakresu neuropsychologii nie potwierdzają prostej zależności pomiędzy zaburzeniami występującymi u dzieci a rejestrowanymi u dorosłych, które mają swoją przyczynę w uszkodzeniach kory mózgowej (Bryden, 1982; Herzyk, 1993; Kinsbourne, 1989; Maryniak, 2000; Witelson, 1986). Jednym z argumentów tych badań jest odmiennosc funkcjonowania mózgu rozwijającego się i dojrzałego. Trzeba pamiętać, że półkulowa przewaga funkcjonalna mózgu (jej wynikiem jest organiczna podstawa różnych funkcji, w tym językowych) kształtuje się pod wpływem wielu różnych czynników i może przyjąć bardzo indywidualny jednostkowy obraz rozwoju (Dimond, 1972, za: Maryniak, 2000; Mroziak, 1992). Dlatego też, w przypadku dzieci, u których podejrzewamy bardzo wczesne występowanie patologicznych zmian w budowie i funkcji mózgu, należy brać pod uwagę możliwość wystąpienia u nich odmiennego schematu anatomicznego dla ukształtowania się tych funkcji (Kurowska, 2015; Tarczyńska, 1982). U dzieci występuje przede wszystkim większa plastyczność

neurobiologiczna i funkcjonalna mózgu. Często też obserwuje się u nich szybszą i pełniejszą remisję mowy i pełniejsze przejmowanie funkcji z obszarów uszkodzonych przez struktury nieuszkodzone (Dilling-Ostrowska, 1982; Herzyk, 1992; Maryniak, 2000). Na tej podstawie niektórzy badacze wnioskują, że korowe zaburzenia mowy u dzieci są najprawdopodobniej wynikiem jednoczesnego uszkodzenia w obu półkulach: prawej i lewej, gdyż właśnie obustronna lokalizacja uszkodzenia utrudnia, a niekiedy uniemożliwia kompensację (Dilling-Ostrowska, 1982; Kowszykow, 1985). Niejednoznaczne są doniesienia badawcze o możliwościach transferu funkcji z jednej półkuli do drugiej u bardzo małych dzieci, na przykład w następstwie hemisferektomii (Dimond, 1972, za: Mroziak, 1992). Właściwsze wydaje się wyjaśnienie wskazujące „[...] na zmiany adaptacyjne, możliwe dzięki większej plastyczności rozwijającego się mózgu” (Mroziak, 1992, s. 33). Również pogłębiona analiza zaburzonych – afatycznych zachowań werbalnych u dzieci i dorosłych ujawnia pewną odmienność niektórych objawów i dynamiki ich występowania.

W odróżnieniu od osób dorosłych, u których afazja ma charakter nabyty, zaburzenia rejestrowane u dzieci mogą być wywoływane czynnikami natury rozwojowej lub nabytej. Do rozwojowych uszkodzeń i/lub dysfunkcji OUN często dochodzi już we wczesnym okresie życia dziecka, a ich następstwem są trudności w przyswajaniu mowy. Rozwój mowy od początku przebiega nieprawidłowo i dziecko często nie osiąga normatywnego stopnia opanowania funkcji językowych w zakresie rozumienia i wypowiedzania. Niejednokrotnie jest to poziom niedostateczny dla sprawnej komunikacji werbalnej, co w konsekwencji powoduje trudności szkolne i ograniczenia w realizacji różnych ról społecznych (Kurowska, 2019). Natomiast czynniki nabyte, na przykład choroba lub uraz czaszkowo-mózgowy, prowadzić mogą do przerwania, zahamowania lub regresu rozwoju mowy dziecka (Herzyk, 1992). Ustalenie, kiedy doszło do uszkodzenia mózgu dziecka, oraz ocena, czy do momentu uszkodzenia rozwój mowy przebiegał normatywnie, ma ważne znaczenie dla określenia jednostki diagnostycznej rejestrowanego zaburzenia. W tej ocenie istotny jest stan opanowania przez dziecko podstaw języka macierzystego¹. W procesie normatywnego rozwoju mowy przyjmuje się za ten moment ukończenie przez dziecko 3. roku życia (Porayski-Pomsta, 2015;

¹ Podstawy w zakresie podsystemów: fonologicznego, morfologicznego, leksykalnego, składniowego.

Zarębina, 1965). W innym stanowisku określa się, że u dziecka w wieku siedmiu lat mowa powinna być już w pełni ukształtowana (Grabias, Woźniak, Kurkowski, 2002; Kaczmarek, 1988). Inni badacze wskazują zaś na trwający jeszcze rozwój umiejętności narracyjnych i pragmatycznych, co sprawia, że o dojrzałym posługiwaniu mową przez dziecko mówi się w wieku około 12 lat (Aitchison, 1991; Porayski-Pomsta, 2015). Jednocześnie cały czas należy pamiętać, że u dzieci, ze względu na różnice indywidualne w ich rozwoju, nie można opierać się tylko na kryterium wiekowym. Ma ono jedynie charakter umowny. Najważniejszym wyznacznikiem jest rzeczywisty stopień opanowania mowy przez dziecko przed zadziałaniem czynnika uszkadzającego struktury mózgowe (Herzyk, 1992; Panasiuk, 2008).

Najczęściej stosowanymi terminami dla określenia zaburzeń rozwojowych mowy są: *alalia* (Grabias, 2012), *niedokształcenie mowy o typie afazji* (Kordyl, 1968; Panasiuk, 2008; Parol, 1989), *niedokształcenie mowy pochodzenia korowego* (Mierzejewska i Emiluta-Rozya, 1998), *afazja rozwojowa* (inaczej: *wrodzona*) (Herzyk, 1992), *afazja wczesnodziecięca* (Mroziak, 1992), *specyficzne zaburzenia rozwoju mowy i języka* – F 80.1, F 80.2 (ICD-10), *Specific Language Impairment (SLI)* (Leonard, 2006) – zastąpione terminem – *Developmental Language Disorder (DLD – DSM 5)*².

Natomiast w przypadku nabytych zaburzeń, używa się terminu – *afazja/dysfazja nabyta* (Herzyk, 1992), *afazja dziecięca* (Panasuk, 2008). Można uznać, że formułowanie rozpoznania *afazji nabytej dziecięcej* jest uzasadnione w wypadku dziecka, u którego można stwierdzić w konsekwencji uszkodzenia lub dysfunkcji OUN zahamowanie dalszego rozwoju mowy lub też jego regres, czyli utratę wcześniej nabytych już umiejętności językowych. O ile w tych ogólnych założeniach wśród badaczy istnieje zgoda, o tyle przegląd literatury przedmiotu wskazuje na brak wspólnego stanowiska w zakresie określenia wieku dziecka, w którym użycie tego terminu jest uzasadnione. I tak na przykład: Anna Herzyk (1992, s. 35) mówi o *afazji nabytej* – „najwcześniej od 2. r.ż.”, a Jolanta Panasiuk – od 7. roku życia (2008). To zróżnicowanie poglądów zależy od przyjętego przez danego badacza kryterium określającego poziom zaawansowania rozwoju mowy i języka u dziecka. Wydaje się jednak, że dopiero koniec 12. roku życia dziecka można przyjąć jako podstawę do zróżnicowania *afazji dziecięcej i afazji osób dorosłych*.

² Ustalenia grupy ekspertów z krajów anglojęzycznych CATALISE w 2016 r. (Low, i in., 2019).

Objawy zaburzeń mowy u dzieci i młodzieży z uszkodzeniami mózgu

Niektórzy badacze (Kaczmarek, 1986; Panasiuk, 2008; Tarczyńska, 1982) zauważają, że bardzo wczesne uszkodzenia mózgu – wrodzone lub też nabyte do końca 1. roku życia – prowadzą do zaburzeń mowy na drodze innych patomechanizmów niż afazja u osób dorosłych. U dzieci uszkodzenie mózgu następuje bowiem przed wykształceniem się prawidłowo funkcjonujących: słuchu fonematycznego lub/i kinestezji artykulacyjnej lub/i innych ogniw układu funkcjonalnego dla mowy, natomiast u dorosłych dochodzi do dezintegracji wcześniej prawidłowo ukształtowanych i prawidłowo przebiegających tych funkcji (Mierzejewska, Przybysz-Piwko, 1997). W rezultacie wyraża się także innymi charakterystycznymi objawami językowymi. W przypadkach wrodzonych zaburzeń mózgowych upośledzenie rozwoju „jednego z analizatorów³ może, a nawet musi prowadzić do wtórnych nieprawidłowości w kształtowaniu się czynności pozostałych analizatorów mowy i ich wzajemnych połączeń” (Kaczmarek, 1986; Tarczyńska, 1982). Prowadzi to do występowania przede wszystkim „mieszanych” postaci wrodzonych zaburzeń mowy, które dotyczą wszystkich czynności mowy: rozumienia słów, spontanicznej mowy ciągłej, powtarzania i nazywania (Tarczyńska, 1982; Kaczmarek, 1986). Największe jednak ograniczenia rejestrowane są przede wszystkim w zakresie umiejętności wypowiedzania (Dilling-Ostrowska, 1982). Niejednokrotnie nawet przy stwierdzonych uszkodzeniach okolicy skroniowej i wynikających z tego powodu deficytach (np. w różnicowaniu dźwięków mowy, w prawidłowym rozumieniu wypowiedzi, w braku dostatecznej samokontroli słuchowej), u dzieci nie obserwuje się takich objawów, jak: wielomówność, parafazje, stereotypy werbalne, które są typowe dla dorosłych afatyków (Kaczmarek, 1986). Tę zasadniczą różnicę warunkuje właśnie niedostateczna dojrzałość u dzieci struktur nerwowych związanych z opanowaniem mowy i fakt, że proces mówienia nie uległ u nich jeszcze całkowitemu zautomatyzowaniu i dzieci te nie mówią wcale lub bardzo niewiele (Kaczmarek, 1986).

Z kolei w odniesieniu do zaburzeń nabytych potwierdza się przekonanie, że im później w życiu dziecka następuje uraz, tym bardziej specyficzne

³ Można się domyślać, że autorce Halinie Tarczyńskiej (1982) chodzi o analizatory: słuchowy, wzrokowy, kinestetyczny, kinetyczny.

i wybiórcze powstają u niego objawy zaburzenia mowy. Stają się stopniowo – wraz z wiekiem dziecka i wyższym poziomem ukształtowania u niego kompetencji językowej – w momencie zaistnienia uszkodzenia, coraz bardziej podobne do zaburzeń rejestrowanych u osób dorosłych. Jest to konsekwencja ukształtowanej już specjalizacji funkcjonalnej struktur mózgowych (Kurowska, 2015, 2016; Panasiuk, 2008).

W tym miejscu warto przytoczyć wyniki polskich badań przeprowadzonych przez Agnieszkę Maryniak (2000) wśród pięćdziesięciorga pacjentów w wieku od 6 do 17 lat, u których stwierdzono guza mózgu. Wśród nich siedemnaścioro było z lokalizacją predestynującą do wystąpienia zaburzeń mowy, tzn. zmiany zlokalizowane były przede wszystkim w lewej półkuli w płacie czołowym lub skroniowym. Nieprawidłowości w zakresie posługiwania się językiem zarejestrowano jednak tylko u dziewięciorga z nich. Zatem można przypuszczać, że u pozostałych ośmiorga dzieci najprawdopodobniej to inne obszary odpowiadały za ich funkcje językowe. Interesujący wydaje się fakt, że w grupie badanych dzieci najczęstszą lokalizacją zmian patologicznych był lewy lub prawy płat skroniowy. Stanowiły one ponad jedną trzecią wszystkich guzów stwierdzonych w badanej grupie. Tę szczególną podatność okolicy skroniowej na zmiany patologiczne – strukturalne i bioelektryczne – autorka tłumaczy specyficznymi warunkami ukrwienia, głównie przyśrodkowej części płata skroniowego, jej wrażliwością na niedotlenienie i uszkodzenie (Maryniak, 2000).

Przytaczane w literaturze wyniki badań wskazują także, że aż 35% przypadków *afazji* u dzieci jest związanych z uszkodzeniem prawej półkuli (Herzyk, 1992, s. 37; Mroziak, 1992, s. 27).

Dość oczywistym jest fakt, że uszkodzenia anatomiczne OUN mogą być następstwem działania różnych czynników w różnych okresach życia dziecka. Liczni badacze wskazują na okresy: prenatalny, okołoporodowy, niemowlęcy i wczesnego dzieciństwa jako czas szczególnej wrażliwości układu nerwowego na działanie czynników uszkadzających. Najczęściej wśród nich wymieniane są nieprawidłowości związane: z procesem anatomicznego kształtowania mózgu – z neuronogenezą, z synaptogenezą, z nieprawidłową budową naczyń mózgowych, z niedotlenieniem, z mechanicznym urazem, chorobą OUN (Dilling-Ostrowska, 1982; Kowszykow,

1985; Kułakowska, 2003; Rydzyński, 1976; Sidor, 1997). Nie zawsze jednak można ustalić, czy określone czynniki są bezpośrednią przyczyną uszkodzenia czy też do niego predysponują. W niektórych sytuacjach

należy uwzględnić również „nawarstwianie” się kilku czynników „traumatyzujących”, czyli wiele różnych czynników uszkadzających, niekoniecznie bardzo silnych, może wpływać na dziecko w kolejnych etapach jego rozwoju i suma tych nieprawidłowych oddziaływań prowadzi do poważnych zaburzeń mowy (Rostowski, 2012; Rydzyński, 1976).

W odniesieniu do dzieci i młodzieży brak wciąż pewnych i jednoznacznych dowodów wyjaśniających mechanizmy rejestrowanych u nich zaburzeń językowych (Herzyk, 1993). Najczęściej jednak jako przyczynę wskazuje się uszkodzenia okolicy skroniowej, czołowo-skroniowej, ciemieniowo-skroniowo-potylicznej lewej lub prawej półkuli (Łuria, 1967; Maryniak, 2000; Szelaąg, 2000; Walsh, 1998). Przy czym rozważania te prowadzi się zawsze w kontekście indywidualnego rozwoju każdego dziecka i potencjalnie możliwych u dzieci procesów biologicznej i funkcjonalnej reorganizacji uszkodzonego mózgu. Dążenie do precyzowania wiedzy na temat językowego funkcjonowania dzieci i młodzieży z uszkodzeniami nabytymi mózgu stało się podstawowym impulsem do przeprowadzenia przeze mnie badań własnych.

Opis badań własnych

Przedstawiona poniżej część opracowania dotyczy badań ukierunkowanych na sprawdzenie funkcjonowania językowego u dzieci i młodzieży z organicznymi uszkodzeniami mózgu⁴, do których doszło po ukończeniu przez dziecko 3. roku życia. Ten moment w życiu dziecka został przyjęty przeze mnie jako czas przyswojenia podstaw języka macierzystego (Porayski-Pomsta, 2015).

Badania zostały przeprowadzone w celu:

- opisu charakterystycznych objawów językowych i pozajęzykowych w zależności od lokalizacji uszkodzenia, wieku i ręczności dziecka;
- sprawdzenia, czy występują określone prawidłowości pomiędzy lokalizacją uszkodzenia mózgu a ukazującymi się objawami, ich stopniem nasilenia i dynamiką zachodzących zmian;
- oceny skuteczności różnych sposobów i narzędzi badania, wykorzystanych w procesie logopedycznego diagnozowania dzieci i młodzieży ze zmianami strukturalnymi mózgu.

⁴ Całość badań obejmuje dwie grupy dzieci i młodzieży: pierwszą z anatomicznymi uszkodzeniami i drugą z dysfunkcjami mózgu.

Metody i narzędzia badania logopedycznego

Badanie diagnostyczne opierało się na podejściu eksperymentalno-klinicznym, które daje możliwości dostosowania badania do indywidualnych możliwości dziecka (elastyczność czasu i sposobu wykonania poszczególnych prób). Badanie kliniczne pozwalało na uwzględnienie indywidualnych czynników związanych z osobą badaną, jej możliwościami w chwili dokonywania oceny oraz warunkami, w których proces ten przebiegał. Materiał językowy i sam sposób badania był dobierany i dostosowywany do wieku dziecka, do stanu jego zdrowia, zachowania oraz aktualnego nastroju. Podstawowy schemat badania był jednak taki sam u wszystkich dzieci. Badanie kliniczne składało się z następujących części:

I. Wywiadu z rodzicami/opiekunami dziecka

II. Analizy badań specjalistycznych

III. Prób sprawdzających poziom funkcjonowania mowy:

- rozumienie i wypowiedzianie nazw pojęć należących do różnych kategorii znaczeniowo-gramatycznych: rzeczowniki, czasowniki, przymiotniki, przysłówki, przyimki;
- dialog-konwersacja;
- narracja: opowiadanie historyjki obrazkowej/opis obrazka sytuacyjnego (dla najmłodszych dzieci);
- czytanie i pisanie (u dzieci starszych).

IV. Prób sprawdzających podstawy biopsychiczne opanowanie języka:

- budowa i sprawność aparatu artykulacyjnego;
- funkcjonowanie: słuchu fonematycznego – próba wyrazowa i literowa (u dzieci znających materiał literowy), kinestezji artykulacyjnej, pamięci słuchowej.

W badaniu wykorzystano materiał obrazkowy i językowy z opracowań: *Od obrazka do słowa* (Rodak i Nawrocka, 1993), *Ćwiczenia usprawniające aktualizację wyrazów w mowie osób z afazją* oraz *Usprawnianie rozumienia u osób z afazją. Zbiór ćwiczeń* (Strachalska, 2002, 2016), *Całościowe badanie logopedyczne z materiałem obrazkowym* (Emiluta-Rozya, 2013). Próba wyrazowa w badaniu słuchu fonematycznego została przeprowadzona na podstawie *Karty do ćwiczenia słuchu fonemowego* (pwn.pl.). W próbie literowej zastosowano *Klocki Logo* Bronisława Ročławskiego, *Opowiadania o zwierzętach – historyjki obrazkowe* (VisoDidac).

Przyjęłam sposób prowadzenia badania za Danutą Emilutą-Roza (2002, 2013) to znaczy, badałam najpierw wypowiedzianie a następnie rozumienie⁵.

Badania testowe zostały przeprowadzone za pomocą następujących narzędzi:

1. *Test rozwoju językowego – TRJ* (Smoczyńska i in., 2015). U dwojga najmłodszych dzieci (trzyletnich) został zastosowany *Obrazkowy test słownikowy – Rozumienie OTSR* (Haman i Fronczyk, 2013).
2. *Standaryzowane narzędzia oceny wypowiedzi SNOW* – Historyjka obrazkowa *Ptaszki* (Smoczyńska i in., 2015).

Zebrany materiał został zapisany na nośniku audio i poddany analizie. Wyniki zostaną przedstawione w odrębnej publikacji.

Organizacja i przebieg badania

Badania zostały przeprowadzone w grupie trzydziściorga dzieci i młodzieży w wieku od 3 do 18 lat, pacjentów z anatomicznymi uszkodzeniami mózgu, przebywających na Oddziale Neurochirurgii Szpitala Dziecięcego im. prof. Jana Bogdanowicza w Warszawie w okresie od czerwca 2017 do czerwca 2019 roku. Badanie odbywało się w pierwszych dobach po powrocie dziecka z Oddziału Intensywnej Terapii (często po wykonaniu specjalistycznego zabiegu) na Oddział Neurochirurgii. Ze względu na stan badanych pacjentów i obowiązujący ich tzw. reżim łóżkowy przeprowadzane było najczęściej przy łóżku pacjenta. Przy tym konieczne było uważne śledzenie zachowania pacjenta i nienarażanie go na dyskomfort fizyczny i psychiczny. Należało uwzględnić specyficzną sytuację pacjentów, na przykład znaczną męczliwość, senność, zły nastrój, złe ogólne samopoczucie.

Pierwsze informacje na temat funkcjonowania pacjenta otrzymywałam od zespołu medycznego, a w szczególności od lekarza prowadzącego danego pacjenta. Dowiadywałam się o przyczynach hospitalizacji i jej przebiegu. Monitorowanie stanu pacjenta (jego choroby i procesu zdrowienia) obejmowało w swej rozbudowanej specjalistycznej – neurochirurgicznej procedurze również wykonywanie badań neuroobrazowania struktur mózgu: tomografię komputerową (TK) oraz rezonans magnetyczny (MRI).

⁵ Rozumienie było sprawdzane tylko w przypadku braku wypowiedzenia wywoływanej formy lub w sytuacji jej zniekształcenia w takim stopniu, że niemożliwa była jej jednoznaczna ocena.

Charakterystyka badanej grupy

Poszczególne grupy wiekowe oraz płeć pacjentów przedstawia Tabela 1.

Tabela 1. Wiek i płeć pacjentów

Lp.	Wiek życia	Płeć dziecka		
		Dziewczynki	Chłopcy	Razem
1.	3–7	1	1	2
2.	7–12	3	8	11
3.	12–18	8	9	17
Razem		12	18	30

Źródło: opracowanie własne.

Grupę badanych dzieci podzieliłam ze względu na wiek na trzy podgrupy. Jako główne kryterium tego podziału przyjąłm poziom funkcjonowania językowego charakterystyczny dla dzieci rozwijających się w sposób prawidłowy. Zatem pierwsza grupa wiekowa obejmowała dzieci w wieku od 3. do 7. roku życia, u których powinny zostać opanowane podstawy języka macierzystego. Drugą grupę stanowiły dzieci w wieku od 7. do 12. roku życia, osiągające dojrzałość werbalną, a trzecią – młodzież w wieku od 12. do 18. roku życia z ukształtowaną kompetencją językową. Więcej było chłopców (18) niż dziewczynek (12). Największą grupę stanowiły dzieci najstarsze (17 pacjentów), najmniejszą – najmłodsze (dwoje pacjentów).

Czynniki uszkadzające

W grupie badanych pacjentów do hospitalizacji dochodziło najczęściej z dwóch powodów: A) nagłego zdarzenia/wypadku (np. komunikacyjnego), gwałtownego pogorszenia stanu zdrowia, wcześniej niewystępujących zachowań u dziecka (np. utrata świadomości, drgawki) lub też B) ze względu na nasilające się stopniowo objawy, tj. bóle głowy, wymioty, niedowład kończyn/-y. Liczba poszczególnych przypadków przedstawiona jest w Tabeli 2.

Tabela 2. Przyczyny uszkodzeń mózgu

Przyczyny	Liczba
Urazy czaszkowo-mózgowe	15
Guzy mózgu	9
Choroby naczyniowe	6
Razem	30

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 3. Badania neuroobrazowania mózgu przeprowadzone u pacjentów

Badanie	Liczba pacjentów
TK+MRI	20
TK	8
MRI	2

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 4. Badania neuroobrazowania mózgu przeprowadzone u pacjentów z uwzględnieniem czynnika uszkodzającego

Przyczyny uszkodzenia	Badanie	
	TK	MRI
Urazy czaszkowo-mózgowe	14	10
Guzy mózgu	8	8
Choroby naczyniowe	6	4
Razem	28	22

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 5. Lokalizacja uszkodzenia

Lp.	Przyczyny	Lokalizacja	
		P	L
1.	Urazy czaszkowo-mózgowe	5	9
2.	Guzy mózgu	4	5
3.	Choroby naczyniowe	5	1
Razem		14	16

Źródło: opracowanie własne.

Wśród bezpośrednich przyczyn wywołujących obserwowane u dzieci nieprawidłowości dominowały urazy czaszkowo-mózgowe. Występowały

one w postaci: złamania kości czaszki, stłuczenia mózgu, krwawienia wewnątrzczaszkowego, krwiaka pourazowego, krwiaka pod- i nadtworówkowego, rozlanego urazu aksonalnego mózgu. Najczęściej dochodziło do nich w konsekwencji wypadków komunikacyjnych, upadków, ale również nadużycia siły w zachowaniach niebezpiecznych prowokowanych przez młodzież (np. tzw. ustawki). Następną grupę czynników uszkadzających stanowiły guzy mózgu. Występowały one najczęściej w formie gwiaździków, skąpodrzewiaków oraz postaci mieszanych. Są to formy łagodne, wolno rosnące (Maryniak, 2000). Kolejną przyczyną nieprawidłowości mózgowych były choroby naczyniowe w formie malformacji tętniczko-żylnych, udarów krwotocznych, samoistnych krwiałków śródmózgowych. Nieprawidłowości budowy naczyń mózgowych u dzieci mają charakter rozwojowy.

Ze względu na zdarzenia w postaci: urazu wielonarządowego, w tym czaszki; napadu padaczkowego; utraty: świadomości, przytomności; zaburzeń: pamięci, mowy zostały przeprowadzone u pacjentów w toku medycznej diagnozy badania neuroobrazowania struktur mózgu: TK i/lub MRI. Na ich podstawie prowadzono monitoring powstałych zmian anatomicznych i ich dynamiki. Tabela 3. przedstawia zestawienie liczbowe badań neuroobrazowania wykonanych u badanych dzieci.

U większości pacjentów przeprowadzono badania z wykorzystaniem obu technik – 20 pacjentów. Byli też pacjenci, u których zastosowano w procesie diagnozy tylko jedno badanie: TK – u ośmiu, a MRI – u dwójga pacjentów. W Tabeli 4. ukazano badania neuroobrazowania w powiązaniu z ukazanymi w nich przyczynami uszkodzenia mózgu.

Zestawienie liczbowe pacjentów ze wskazaniem lokalizacji uszkodzenia mózgu w prawej lub lewej półkuli zostało zamieszczone w Tabeli 5.

W badanej grupie dzieci i młodzieży występowała minimalna przewaga lokalizacji uszkodzeń w lewej półkuli – u 16 pacjentów, w prawej – u 14 pacjentów. Można zatem przyjąć, że u dzieci i młodzieży z nieprawidłowościami anatomicznymi w lewej półkuli będzie większe prawdopodobieństwo wystąpienia zaburzeń językowych. Głębsza analiza wyników ukazała, że uszkodzenia związane z chorobą nowotworową miały najbardziej określone, konkretne miejsce zmian strukturalnych. Były one rejestrowane przede wszystkim w płacie skroniowym oraz płacie ciemieniowym jednej z półkul – prawej lub lewej. Choroby naczyniowe w badanej grupie pacjentów były zlokalizowane bardziej jednostronnie – prawopółkulowo. Niekiedy trudniej w sposób jednoznaczny interpretować zmiany

pourazowe. Często bowiem uraz jednej półkuli wiązał się ze stłuczeniem przeciwnej lub też z ogólnym obrzękiem mózgu. Zdarza się, że uraz następuje w linii pośrodkowej mózgu lub ma charakter rozlany. Obejmuje zatem jednocześnie większe obszary mózgu, na przykład płat ciemieniowy, skroniowy oraz potyliczny, płat czołowy i skroniowy jednej lub obu półkul⁶.

Podsumowanie

Wstępna analiza badań neuroobrazowania mózgu u badanych pacjentów wskazuje na uszkodzenia zlokalizowane w prawej lub lewej półkuli. W opracowaniu ze względu na wstępny charakter analizy koncentruję się przede wszystkim na wynikach otrzymanych właśnie w tych badaniach. Kolejny etap badań obejmował będzie wnikliwą analizę badań logopedycznych i powiązanie ich wyników z opisami zmian w strukturze mózgu.

Bibliografia

- Aitchison, J. (1991). *Ssak, który mówi. Wstęp do psycholingwistyki*. Tłum. M. Czarnecka. Warszawa: PWN.
- Alajouanine, T., Lermite, F. (1965). Acquired Aphasia in Children. *Brain*, 88(4), 653–662.
- Bryden, M. (1982). *Laterality: Functional Asymmetry in the Intact Brain*. Ney York: Academic Press.
- Bishop, D.V.M., Snowling, M.J., Thomson, P.A., Greenhalgh, T. (2016). *Catalise: A Multinational and Multidisciplinary Delphi Consensus Study. Identifying Language Impairments in Children*. Pobrane z: <https://journals.plos.org> (dostęp: 8.01.2019).
- Dilling-Ostrowska, E. (1982). Rozwój i zaburzenia mowy u dzieci w zależności od stopnia dojrzałości układu nerwowego. W: J. Szumska (red.), *Zaburzenia mowy u dzieci* (s. 18–30). Warszawa: PZWL.
- Dimond, S. (1972). *The double brain*. Edinburgh–London: Churchill Livingstone.
- Emiluta-Roza, D. (2002). Projekt „Badania mowy” Ireny Styczek jako pierwowzór logopedycznego postępowania diagnostycznego. *Szkoła Specjalna*, 3, 142–154.
- Emiluta-Roza, D. (2008). Modyfikacja zestawienia form zaburzeń mowy H. Mierzejewskiej i D. Emiluty-Roza. W: J. Porayski-Pomsta (red.), *Diagnoza i terapia w logopedii* (s. 25–36). Warszawa: Dom Wydawniczy Elipsa.
- Emiluta-Roza, D. (2013). *Całościowe badanie logopedyczne*. Warszawa: Wydawnictwo APS.
- Grabias, S. (2012). Teoria zaburzeń mowy. Perspektywy badań, typologie zaburzeń, procedury postępowania logopedycznego. W: S. Grabias, M. Kurkowski (red.), *Logopedia. Terapia zaburzeń mowy* (s. 15–74). Lublin: Wydawnictwo UMCS.

⁶ Na tym etapie badań przyjąłm rozstrzygnięcie związane z „wagą jakościową”, ciężkością, stopniem nasilenia zmian po danej stronie mózgu (na podstawie konsultacji medycznej z dr .Tymonem Skadorwą, neurochirurgiem ww. Oddziału).

- Grabias, S., Woźniak, T., Kurkowski, Z. (2002). *Logopedyczny test przesiewowy dla dzieci w wieku szkolnym*. Lublin: Polskie Towarzystwo Logopedyczne.
- Haman, E., Fronczyk, K., Łuniewska, M. (2013). *Obrazkowy Test Słownikowy – Rozumienie*. Gdańsk: Pracownia Testów Psychologicznych i Pedagogicznych.
- Herzyk, A. (1992). *Afazja i mutyzm dziecięcy*. Lublin: Wydawnictwo Polskiej Fundacji Zaburzeń Mowy.
- Herzyk, A. (1993). Mózgowa organizacja języka w ontogenezie. Ujęcie neuropsychologiczne. *Audiofonologia*, 5, 55–74.
- Pużyński, S., Wciórka, J. (red.). (1997). *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*. Kraków–Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”.
- Jakobson, R. (1968). *Child language: Aphasia and Phonological Universals*. Hague: Mouton.
- Jakobson, R. (1989). *Wybór pism*. Warszawa: PIW.
- Kaczmarek, L. (1988). *Nasze dziecko uczy się mowy*. Lublin: Wydawnictwo Lubelskie.
- Kaczmarek, B. (1986). Z zagadnień kształtowania mowy u dzieci z dysfunkcjami ośrodkowego układu nerwowego. *Zagadnienia Wychowawcze a Zdrowie Psychiczne*, 2–3, 5–13.
- Kinsbourne, M. (1989). Mechanism and Development of Hemisphere Specialization in Childre. W: C. Reynolds, E. Flether-Janzen (red.), *Handbook of Clinical Child Neuropsychology* (s. 69–87). New York: Springer.
- Kordyl, Z. (1968). *Psychologiczne problemy afazji dziecięcej*. Warszawa: PWN.
- Kowszykow, W.A. (1985). *Ekspresywna alalia*. Leningrad: Instytut A.U. Gerzena.
- Kuślakowska, Z., Konera, W. (2003). *Wczesne uszkodzenie dojrzewającego mózgu. Od neurofizjologii do rehabilitacji*. Lublin: Folium.
- Kurowska, M. (2015). Studium przypadku pacjenta z niedokształceniem mowy pochodzenia korowego. *Neurolingwistyka praktyczna*, 1, 104–124.
- Kurowska, M. (2016). *Kształtowanie się zachowań komunikacyjnych u dzieci z uszkodzeniami i/lub dysfunkcjami ośrodkowego układu nerwowego*. Warszawa: Dom Wydawniczy Elipsa.
- Kurowska, M. (2019). Historie dzieci z zaburzeniami korowymi. *Forum Logopedy*, 29, 50–55.
- Leonard, L. (2006). *SLI – Specyficzne zaburzenia rozwoju językowego*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Low, J., Mc Kean, C., Murphy, C.A., Thordardottir, E. (red.). (2019). *Managing Children with Developmental Language Disorder Theory and Practice Across Europe and Beyond*. London–New York: Routledge.
- Łuria, A. (1967). *Zaburzenia wyższych czynności korowych wskutek ogniskowych uszkodzeń mózgu*. Warszawa: PWN.
- Maryniak, A. (2000). *Rozwój dzieci z guzami mózgu*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak.
- Mierzejewska, H. (1971). *Zaburzenia polskiego systemu fonetycznego w niektórych wypadkach afazji*. Wrocław–Warszawa–Kraków–Gdańsk: Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wydawnictwo PAN.
- Mierzejewska, H. (1977). *Afatyczna dezintegracja fonetycznej postaci wyrazów*. Wrocław–Warszawa–Kraków–Gdańsk: Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wydawnictwo PAN.

- Mierzejewska, H., Emiluta-Rozya, D. (1997). Projekt zestawienia form zaburzeń mowy, *Audiofonologia*, X, 37–48.
- Mierzejewska, H., Emiluta-Rozya, D., (1998). Propozycja modyfikacji projektu „Badania Mowy” Ireny Styczek. *Logopedia*, 25, 49–63.
- Mierzejewska, H., Przybysz-Piwko, M. (1997). Rozważania na temat terminologii logopedycznej. W: H. Mierzejewska, M. Przybysz-Piwko (oprac.). *Rozwój poznawczy i rozwój językowy dzieci z trudnościami w komunikacji werbalnej – Diagnostowanie i postępowanie usprawniające* (s. 178–185). Warszawa: Wydawnictwo DiG.
- Morrison, J. (2016). *DSM-5® Bez tajemnic. Praktyczny przewodnik dla klinicystów*. Tłum. R. Andruszko. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Mroziak, J. (1992). *Równoważność i asymetria funkcjonalna półkul mózgowych*. Warszawa: UW.
- Panasiuk, J. (2008). Standard postępowania logopedycznego w przypadku alalii i niedokształcenia mowy o typie afazji. *Logopedia*, 37, 69–88.
- Parol, U.Z. (1989). *Dziecko z niedokształceniem mowy*. Warszawa: WSiP.
- Porayski-Pomsta, J. (2015). *O rozwoju mowy dziecka. Dwa studia*. Warszawa: Dom Wydawniczy Elipsa.
- PWN (2016). *Karty do ćwiczenia słuchu fonemowego*. Warszawa: pwn.pl.
- Rocławski, B. (1993). *Klocki LOGO do zabawy i nauki wymowy, czytania, pisania, ortografii i matematyki*. Gdańsk: Uniwersytet Gdański.
- Rodak, H., Nawrocka, D. (1993). *Od obrazka do słowa. Gry rozwijające mowę dziecka*. Warszawa: WSiP.
- Rostowski, J. (2012). *Rozwój mózgu w cyklu życia. Aspekty bioneuropsychologiczne*. Warszawa: Difin.
- Rydziński, Z. (1976). *Następstwa uszkodzeń mózgu we wczesnym dzieciństwie*. Warszawa: PZWL.
- Smoczyńska, M., Haman, E., Czapewska, E., Maryniak, A., Krajewski, G., Banasik, N., Kochańska, M., Łuniewska, M. (2015). *Test Rozwoju Językowego TRJ*. Warszawa: Instytut Badań Edukacyjnych.
- Smoczyńska, M., Haman, E., Kochańska, M., Łuniewska, M. (2015). *Standaryzowane narzędzia oceny wypowiedzi SNOW*. Warszawa: Instytut Badań Edukacyjnych.
- Sidor, K. (1997). *Wybrane zagadnienia z neurologii dziecięcej*. Warszawa: PZWL.
- Strachalska, B. (2002). *Ćwiczenia usprawniające aktualizację wyrazów w mowie osób z afazją*. Warszawa: Wydawnictwo APS.
- Strachalska, B. (2016). *Usprawnianie rozumienia u osób z afazją. Zbiór ćwiczeń*. Warszawa: Wydawnictwo APS.
- Szeląg, E. (2000). Neuropsychologiczne podłoże mowy. W: T. Górska, A. Grabowska, J. Zagrodzka (red.), *Mózg a zachowanie* (s. 429–459). Warszawa: WN PWN.
- VisoDidac: *Opowiadania o zwierzętach – historyjki obrazkowe*. Bodegawen: K2-Publisher.
- Walsh, K. (1998). *Neuropsychologia kliniczna*. Tłum. B. Mroziak. Warszawa: WN PWN.
- Witelson, S. (1986). Wires of the Mind: Anatomical Variation in the Corpus Callosum in Relation to Hemispheric Specialization and Integration. W: F. Lepore, M. Ptito, H. Jasper (red.), *Two Hemispheres-One Brain* (s. 117–137). New York: Alan R. Liss.
- Tarczyńska, H. (1982). Rozwój i zaburzenia czynności ruchowych a funkcje mowy u dzieci. W: J. Szumska (red.), *Zaburzenia mowy u dzieci* (s. 31–49). Warszawa: PZWL.
- Zarębina, M. (1965). *Kształtowanie się systemu języka dziecka*. Kraków: Zakład Narodowy im. Ossolińskich.

Justyna Żulewska-Wrzosek

Agata Mężyk

Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie

ŚWIADOMOŚĆ OSÓB STARSZYCH NA TEMAT UDARU MÓZGU

STRESZCZENIE

Udar mózgu jest obecnie jednym z najczęściej rozpoznawanych klinicznie stanów w neurologii i stanowi istotny społecznie problem zdrowotny. Celem badań była ocena wiedzy osób starszych na temat udaru mózgu. Badania przeprowadzono wśród 74 osób mieszkających w Warszawie. Odpowiedzi na postawione pytania badawcze uzyskano dzięki zastosowaniu metody sondażu diagnostycznego. Wykazano, że większość ankietowanych deklaruje znajomość terminu udar mózgu, ale znajomość czynników ryzyka, objawów i następstw tego schorzenia jest zdecydowanie niezadowalająca. Istnieje konieczność upowszechniania informacji na temat udaru mózgu w społeczeństwie. Świadomość czynników ryzyka i objawów choroby to bardzo ważne elementy skutecznej profilaktyki.

Słowa kluczowe: udar mózgu, czynniki ryzyka udaru, objawy udaru, następstwa udaru

Elderly people's awareness of a brain stroke

ABSTRACT

Stroke is currently one of the most clinically recognised conditions in neurology and is a socially significant health problem. The aim of the study was to assess the knowledge about stroke amongst older people. The study was conducted on the group of 74 people living in Warsaw. Answers to the research questions were obtained using diagnostic survey method. Study shows that the majority of respondents declare they know the term "stroke", but knowledge of risk factors, symptoms and consequences of this disease is definitely insufficient. There is a need to propagate information on stroke in society. Awareness of risk factors and symptoms of the disease are very important elements of effective prevention.

Keywords: stroke, risk factors, stroke symptoms, stroke after-effects

Wprowadzenie

Światowa Organizacja Zdrowia (ang. *World Health Organization*, WHO) definiuje udar mózgu jako: „[...] zespół kliniczny charakteryzujący się nagłym pojawieniem się ogniskowych lub globalnych zaburzeń czynności mózgowia, które – jeżeli nie doprowadzą wcześniej do zgonu – utrzymują się dłużej niż 24 godziny i nie mają innej przyczyny niż naczyniowa” (Kozubski, 2011, s. 424). Udar mózgu jest drugą co do częstości przyczyną zgonu w krajach rozwiniętych. Rocznie z powodu udaru mózgu umiera na świecie 5,5 miliona osób (Donkor, 2018). Szacuje się, że na świecie żyje ponad 30 milionów osób po przebytym udarze mózgu, z czego około połowa jest niezdolna do samodzielnej egzystencji z powodu trwałej niepełnosprawności poudarowej (Norrving i Kissela, 2013). W Polsce na udar mózgu zapada około 60 tysięcy osób na rok (Sobkowicz, 2012).

Udary mózgu dzieli się na niedokrwienne i krwotoczne. Udar niedokrwienno pojawia się na skutek zwężenia lub zamknięcia tętnicy, przez co zatrzymany zostaje dopływ krwi do tkanki mózgowej. Udar krwotoczny powstaje w wyniku pęknięcia ściany naczynia mózgowego i powoduje wynaczynienie krwi w obrębie mózgowia. Niedokrwienno udar mózgu

Tabela 1. Podział czynników ryzyka udaru mózgu

Czynniki modyfikowalne		Czynniki niemodyfikowalne
<i>ogólnopopulacyjne</i>	<i>subpopulacyjne</i>	
<ul style="list-style-type: none"> • nadciśnienie tętnicze • choroby mięśnia sercowego (np. migotanie przedsionków, zawał mięśnia sercowego) • zaburzenia gospodarki lipidowej (stężenie cholesterolu powyżej 240 mg/dl) • cukrzyca • otyłość • zwężenie tętnic szyjnych powyżej 60% • zakażenia (np. bakteryjne, wirusowe, grzybicze) • choroby naczyń • choroby krwi 	<ul style="list-style-type: none"> • nikotynizm • nadużywanie alkoholu • wzrost stężenia fibrynogenu w surowicy • zespół bezdechu sennego • migrena • dna moczanowa • uraz tętnicy • niedoczynność gruczołu tarczycowego • niewielka aktywność fizyczna 	<ul style="list-style-type: none"> • wiek powyżej 55. r.ż. • płeć męska • udar mózgu przebyty przez rodziców • niski status społeczny i ekonomiczny

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Kozubski i Liberski, 2011, s. 426–427.

występuje częściej niż udar krwotoczny. Udar niedokrwienny stanowi 80% wszystkich udarów, pozostałe 20% to udary krwotoczne (Jóźwicka i Głąbiński, 2012; Sobkowicz, 2012).

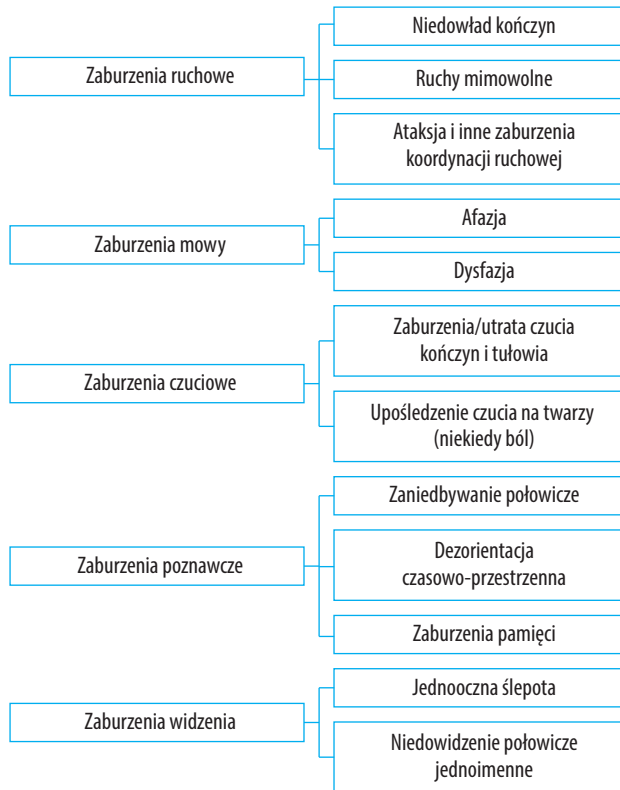
Udar mózgu dotyczy przede wszystkim ludzi w wieku podeszłym. Według prognoz polskich badaczy (Piechowski-Jóźwiak, Truelsen i Kwieciński, 2005) w latach 2005–2025 liczba nowych przypadków udaru mózgu u osób powyżej 65. roku życia, wzrośnie odpowiednio u mężczyzn o 37%, a u kobiet o 38%. Wśród czynników ryzyka udaru mózgu wyróżnia się czynniki modyfikowalne i niemodyfikowalne (Tabela 1.).

Udar mózgu jest zespołem objawów spowodowanych ogniskowym lub, rzadziej, uogólnionym uszkodzeniem mózgu. Nasilenie objawów zależy od rozległości oraz lokalizacji uszkodzenia. Najczęściej spotykane objawy udaru mózgu przedstawia Rycina 1. Udar mózgu jest poważnym zagrożeniem życia, dlatego niezwykle ważne jest prawidłowe rozpoznanie jego objawów i szybka pomoc medyczna. Ponadto szczególnie w przypadku udaru niedokrwiennego kluczowa jest szybka reakcja na obserwowane objawy, ponieważ leczenie trombolityczne¹ należy wdrożyć około 4,5 godziny od momentu wystąpienia pierwszych objawów.

Udar mózgu stanowi bardzo istotny problem nie tylko medyczny, lecz także społeczny. Jest główną przyczyną kalectwa oraz braku samodzielności w grupie osób dorosłych. Trwałe następstwa udaru mózgu zależne są od wielkości i topografii uszkodzenia, a zalicza się do nich: zaburzenia motoryczne (niedowład lub porażenie, problemy z utrzymaniem równowagi i pionizacją ciała), afazję, dyzartrię, zaburzenia w zakresie funkcjonowania poznawczego oraz emocjonalno-osobowościowego, padaczkę poudarową (dotyczy około 10% chorych). Choroba pociąga za sobą znaczne nakłady finansowe związane nie tylko z hospitalizacją, ale również z późniejszą rehabilitacją, opieką społeczną, a także z leczeniem długoterminowych powikłań. Proces rehabilitacji pacjenta po przebytych udarze mózgu wymaga interdyscyplinarnego podejścia i współpracy pomiędzy lekarzem neurologiem a neuropsychologiem, neurologopedą i fizjoterapeutą. Terapia takiego chorego powinna być kompleksowa i prowadzona przez zespół specjalistów.

¹ Leczenie trombolityczne jest najskuteczniejszą terapią udaru niedokrwiennego mózgu. Zgodnie z obowiązującą rejestracją może ona zostać zastosowana w ciągu 4,5 godziny od wystąpienia objawów (Członkowska i Kobayashi, 2013).

Rycina 1. Najczęstsze objawy udaru mózgu



Źródło: opracowanie własne na podstawie: Turaj, 2007, s. 175–181.

Metodologia badań własnych

Cel badań

Celem badań była ocena wiedzy osób starszych na temat udarów mózgu. Poszukiwano odpowiedzi na następujące pytania badawcze:

1. Jaki jest stan wiedzy na temat udarów mózgu wśród osób starszych?
 - a) Czy osoby badane wiedzą, czym jest udar mózgu?
 - b) Czy osoby badane znają czynniki ryzyka udaru mózgu?
 - c) Czy osoby badane wiedzą, jakie są objawy udaru mózgu?
 - d) Czy osoby badane wiedzą, jakie są następstwa udaru mózgu?

Metody, techniki i narzędzia badawcze

W pracy posłużono się metodą sondażu diagnostycznego. W nauce procedurę sondażu diagnostycznego definiuje się jako: „[...] sposób gromadzenia wiedzy o atrybutach strukturalnych i funkcjonalnych oraz dynamice zjawisk społecznych, opiniach i poglądach wybranych zbiorowości, nasileniu się i kierunku rozwoju określonych zjawisk i wszelkich innych zjawiskach instytucjonalnie niezlokalizowanych na podstawie specjalnie dobranej grupy reprezentującej populację generalną, w której badane zjawisko występuje” (Pilch i Bauman, 2001, s. 80). Techniką badawczą była ankieta, a narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankiety, który zawierał pytania zamknięte (zarówno jednokrotnego, jak i wielokrotnego wyboru) oraz pytania otwarte oceniające podstawową wiedzę badanych na temat udaru mózgu. W kwestionariuszu ankiety znalazły się także pytania o dane socjodemograficzne respondentów.

Organizacja i przebieg badań

Badania przeprowadzono w okresie od lipca do września 2019 roku. Dane zostały zebrane w dziesięciu warszawskich Samodzielnych Publicznych Zakładach Opieki Zdrowotnej. Ankiety rozdano pacjentom oczekującym na wizytę u lekarza rodzinnego. Czas na wypełnienie ankiety nie był ściśle określony. Osoba, która zgodziła się wziąć udział w badaniu, przed wyrażeniem zgody otrzymała informacje dotyczące szczegółów badania: kto je organizuje i przeprowadza; jaki jest cel badawczy; w jaki sposób zostaną wykorzystane dane uzyskane w badaniu. Każdego uczestnika badań zapewniono o dyskrecji oraz wykorzystaniu uzyskanych informacji tylko i wyłącznie dla celów badawczych.

Charakterystyka badanej grupy

W badaniu wzięły udział 73 osoby, spełniające kryteria włączenia:

- a) osoba badana w przeszłości nie przeżyła udaru mózgu;
- b) osoba badana nie wykonywała zawodu związanego z ochroną zdrowia;
- c) osoba badana nie posiadała wykształcenia z zakresu nauk medycznych;
- d) osoba badana ukończyła 65 lat.

Wśród wszystkich osób, które wypełniły ankiety, były 44 (60,3%) kobiety oraz 29 (39,7%) mężczyźni. Badani najliczniej reprezentowali przedział

wiekowy 70–74 lata – 34 osoby (46,6%), w przedziale wiekowym 65–69 lat znalazło się 24 respondentów (32,9%), a 11 badanych (15,1%) miało wiek pomiędzy 75–79 lat. Najmniej liczną grupę stanowiły osoby między 80–84 rokiem życia, było ich jedynie cztery (5,5%).

Najliczniejszą grupę stanowiły osoby z wykształceniem średnim (49,3%), wykształcenie wyższe posiadało 16,4% badanych, a zasadnicze zawodowe – 16,4%. 17,8% badanych miało wykształcenie podstawowe. Wszyscy badani byli mieszkańcami Warszawy. Pracę zawodową wykonuje 12,3% respondentów, pozostałe osoby to emeryci. 27 badanych (37%) podało, że wśród członków rodziny lub osób z najbliższego otoczenia wystąpił udar mózgu. 30 osób (41%) nie miało dotąd kontaktu z chorym po przebytych udarze mózgu, pozostałe 16 osób (22%) nie wiedziało, czy ktokolwiek w ich bliskim otoczeniu miał udar. Szczegółowe informacje na temat badanych zawarte są w Tabeli 2.

Tabela 2. Charakterystyka grupy badanej

CECHA	KATEGORIA	n	%
Płeć	Kobiety	44	60,3
	Mężczyźni	29	39,7
Wiek	65–69	24	32,9
	70–74	34	46,6
	75–79	11	15,1
	80–84	4	5,5
Wykształcenie	Podstawowe	13	17,8
	Zawodowe	12	16,4
	Średnie	36	49,3
	Wyższe	12	16,4
Sytuacja zawodowa	Pracujący/pracująca	9	12,3
	Emeryt/emerytka	64	87,7
Udar mózgu w rodzinie lub najbliższym otoczeniu	Tak	27	37
	Nie	30	41
	Nie wiem	16	22

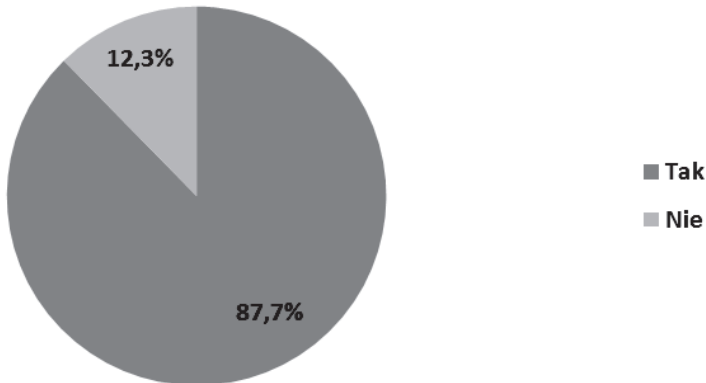
Źródło: opracowanie własne.

Wyniki

Przeprowadzenie autorskiej ankiety umożliwiło ocenę wiedzy osób starszych na temat udaru mózgu. W celu udzielenia odpowiedzi na postawione pytania badawcze dokonano obliczeń przy użyciu pakietu MS Excel. Uzyskane wyniki przedstawiono na wykresach, które obejmują wynik procentowy i liczbowy.

64 osoby (87,7%) deklarowały, że wiedzą, czym jest udar mózgu, natomiast 9 osób (12,3%) nie posiada wiedzy na ten temat (Wykres 1.). Badanych nie proszono o podanie definicji udaru mózgu, ale zadeklarowanie, czy znany jest im ten termin.

Wykres 1. Znajomość terminu udar mózgu



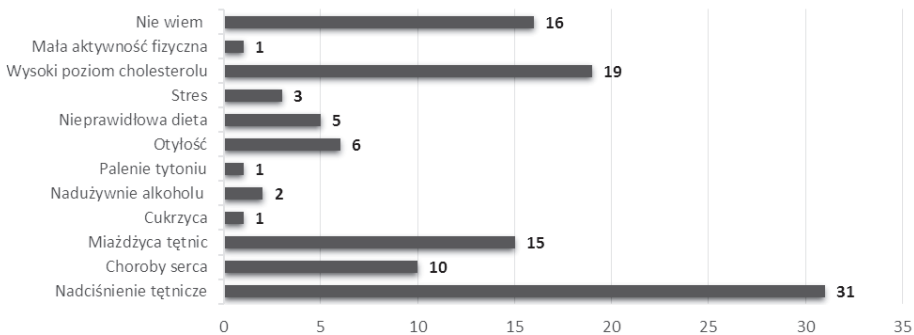
Źródło: opracowanie własne.

Ankietowani, którzy zadeklarowali, że wiedzą, czym jest udar mózgu (64 osoby), zostali poproszeni o wybranie z przedstawionej listy czynników, które w ich ocenie powodują ryzyko wystąpienia udaru mózgu. Warto podkreślić, że wszystkie podane w ankiecie czynniki były prawidłowymi odpowiedziami, zatem respondent mógł wskazać każdą z nich, co wskazywałoby na dużą świadomość dotyczącą udarów. Wśród najczęściej wybieranych odpowiedzi znalazły się: nadciśnienie tętnicze – 31 odpowiedzi (48,4%), wysoki poziom cholesterolu – 19 (29,7%) oraz miażdżyca tętnic – 15 (23,4%). 16 osób (25%) nie było w stanie wskazać żadnego czynnika związanego z ryzykiem udaru. Szczegółowe dane ilustruje Wykres 2.

Wśród 64 osób deklarujących, że wiedzą, czym jest udar mózgu, 17 badanych (24%) nie potrafiło podać żadnego objawu wskazującego na

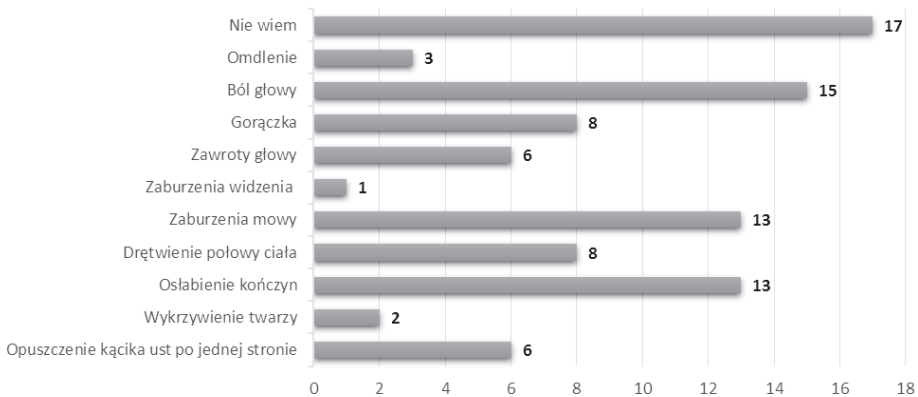
jego wystąpienie. Najczęściej wymienianymi objawami były: ból głowy (15 odpowiedzi), zaburzenia mowy (13 odpowiedzi) oraz osłabienie kończyn (13 odpowiedzi). Należy zaznaczyć, że badani nie wybierali objawów udaru mózgu z gotowej listy, ale samodzielnie formułowali odpowiedzi na postawione pytanie. Wszystkie wymienione przez ankietowanych objawy zostały przedstawione na wykresie 3.

Wykres 2. Czynniki ryzyka udaru mózgu według ankietowanych



Źródło: opracowanie własne.

Wykres 3. Objawy wskazujące na wystąpienie udaru mózgu według ankietowanych

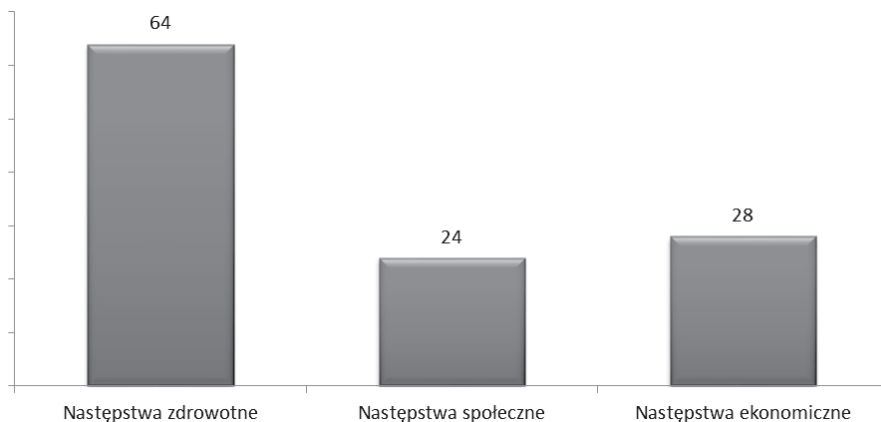


Źródło: opracowanie własne.

Wszystkie osoby twierdzące, że wiedzą, czym jest udar mózgu, wskazały, że powoduje on następstwa zdrowotne. Jednocześnie tylko część z nich wybrała odpowiedź, że powoduje następstwa społeczne, a także ekonomiczne (Wykres 4.). Badani na ogół nie byli jednak w stanie opisać, z czym wiążą się wybrane przez nich następstwa. Pojedyncze odpowiedzi udzielane

w tym zakresie przez respondentów brzmiały następująco: konieczność leczenia w szpitalu, przejściowa utrata sprawności, zgon, długotrwała nieobecność w pracy, ból kończyn.

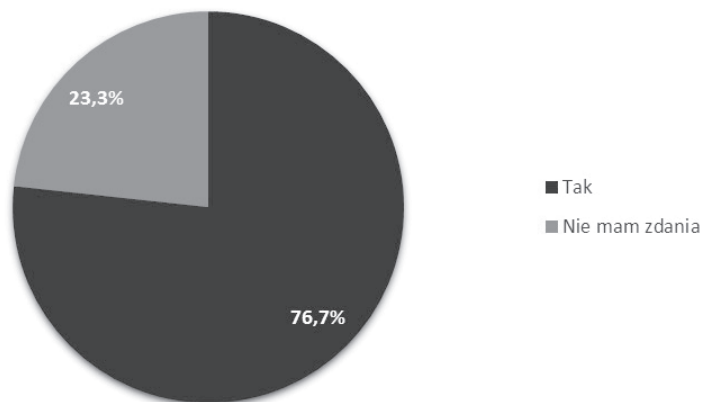
Wykres 4. Następstwa udaru mózgu według ankietowanych



Źródło: opracowanie własne.

Wśród 74 osób biorących udział w badaniu 56 (76,7%) osób wyraziło zainteresowanie zdobyciem wiedzy dotyczącej udaru mózgu, 17 ankietowanych (23,3%) nie ma zdania na ten temat. Warto podkreślić, że żaden badany nie udzielił odpowiedzi przeczącej na pytanie: „Czy jest Pan/Pani zainteresowany/a zdobyciem wiedzy na temat udaru mózgu?” (Wykres 5.).

Wykres 5. Zainteresowanie zdobyciem wiedzy na temat udaru mózgu wśród ankietowanych



Źródło: opracowanie własne.

Dyskusja

Udar mózgu stanowi ogromny problem medyczny i społeczny na całym świecie, w związku z czym jest przedmiotem wielu analiz i badań. Wysoki poziom wiedzy społeczeństwa na temat udaru mózgu zwiększyłby skuteczność zapobiegania temu schorzeniu, zmniejszyłby częstość jego występowania, a w przypadku wystąpienia – skrócić czas przyjazdu chorego do szpitala, zwiększając tym samym szanse na skuteczne leczenie.

W Polsce prowadzone były już badania dotyczące świadomości społecznej na temat udaru mózgu. Badanie kwestionariuszowe (Wiszniewska i in., 2000) przeprowadzone wśród 180 Polaków, którzy nie przebyli udaru mózgu, wykazało, że prawie 90% respondentów nie wiedziało, czym jest udar. Nieliczni ankietowani podali czynniki ryzyka udaru, wymieniając: nadciśnienie tętnicze (27,8%), palenie tytoniu (6,1%) i cukrzycę (4,4%). Ponad 6% badanych stwierdziło, że w sytuacji wystąpienia objawów udaru należy położyć się lub zażyć paracetamol, co świadczy o braku elementarnej wiedzy tych osób na temat postępowania w przypadku wystąpienia tego schorzenia.

Aleksandra Piwońska, Walerian Piotrowski i Grażyna Broda (2012) przeprowadzili w latach 2003–2005 na reprezentatywnej grupie Polaków (6977 mężczyzn, 7792 kobiet w wieku 20–74 lat) badanie stanu wiedzy na temat nadciśnienia tętniczego i jego następstw. 58% mężczyzn i 69% kobiet stwierdziło, że powikłaniem nadciśnienia tętniczego może być udar, nadal jednak nie jest to zadowalający odsetek właściwych odpowiedzi. W 2008 roku przebadano 481 pacjentów przebywających na pięciu oddziałach neurologicznych w Polsce, z powodów innych niż udar mózgu (Wiszniewska i in., 2012). Ponad 90% badanych znało definicję udaru i większość osób wskazała podstawowe czynniki ryzyka jego wystąpienia, pomijając jednak cukrzycę oraz zaburzenia rytmu serca. Co czwarta osoba nie znała żadnych objawów udaru mózgu. Badania Anny Tomaszewskiej (2012) przeprowadzone wśród 146 mieszkańców Płocka wykazały, że czynniki ryzyka udaru mózgu są społeczeństwu znane. Za główne czynniki ryzyka badani uznali: stres (ponad 80%), wysoki poziom cholesterolu (ponad 70%), nadciśnienie tętnicze i sposób odżywiania (po 68,5%), w mniejszym stopniu wskazywano czynniki takie jak: nadużywanie alkoholu, otyłość i cukrzyca. Znikoma liczba respondentów wiedziała, że ryzyko udaru może być związane z nałogowym paleniem tytoniu. Co interesujące, znajomość objawów

udar mózgu zadeklarowało 88% kobiet, natomiast aż ponad 90% mężczyzn odpowiedziało, że nie ma takiej wiedzy. Wyższym poziomem wiedzy na temat objawów udaru wykazali się młodszy respondenci (w przedziale wiekowym 31–40 lat), a także respondenci z wykształceniem medycznym – w tej grupie niemal wszyscy ankietowani znali objawy typowe dla wystąpienia udaru. Z kolei w badaniach Marty Masztalewicz, Przemysława Nowackiego, Dariusza Kotłegi, Anny Bajer-Czajkowskiej (2016) oceniono, czy długoterminowy program edukacyjny dotyczący udaru mózgu, prowadzony w województwie zachodniopomorskim wywarł wpływ na wczesne powiadamianie służb medycznych o udarze. Porównanie danych z lat 2003–2005 i danych z lat 2013–2014 wykazało, że nie ma istotnych różnic w liczbie osób rozpoznających wystąpienie udaru. Badania Piotra Szpunara, Marzeny Mańdziuk, Blanki Kaszuby, Marleny Krawczyk-Suszek i Krzysztofa Kołodzieja (2017) oceniały wiedzę pracowników biurowych o udarze mózgu. Przebadano 50 osób, w tym 22 kobiety i 28 mężczyzn, ankiety zostały przeprowadzone w urzędach na terenie województwa podkarpackiego. Większość badanych prawidłowo zdefiniowała, czym jest udar mózgu, jednak wiedza na temat jego przyczyn nie była zadowalająca – prawie połowa ankietowanych nie umiała ich wskazać. Objawy udaru potrafiło rozpoznać około trzech czwartych badanych.

Wyniki uzyskane przez autorki niniejszego artykułu pokazały, że poziom wiedzy starszych osób na temat udaru mózgu jest niski. Większość badanych (87,7%) deklaruowała, że wie, czym jest udar mózgu. Okazało się jednak, że znajomość czynników ryzyka wśród ankietowanych jest niedostateczna. Najczęściej wskazywano nadciśnienie tętnicze, przy czym trzeba zauważyć, że tylko mniej niż połowa osób rozpoznała ten czynnik. Wysoki poziom cholesterolu wskazano tylko 19 razy, miażdżycę tętnic – 15 razy, choroby serca – 10 razy, a czynniki takie jak: mała aktywność fizyczna, stres, nieprawidłowa dieta, otyłość, palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu, cukrzyca wybrano zaledwie po kilka razy. Kilka osób nie potrafiło wskazać ani jednego czynnika ryzyka udaru. Podobnie niski jest poziom wiedzy ankietowanych na temat objawów udaru mózgu. Najczęściej wymieniano: ból głowy, zaburzenia mowy, osłabienie kończyn, jednak te odpowiedzi pojawiły się zaledwie po kilkanaście razy. Ponad jedna czwarta respondentów nie umiała wymienić ani jednego objawu. Osiem osób za objaw udaru mózgu uznało gorączkę, co może świadczyć o tym, że udar mózgu bywa utożsamiany z tzw. udarem

cieplnym, co w istocie ukazuje brak elementarnej wiedzy na temat schorzenia, które było przedmiotem badań. Wyniki pokazały także, że wszyscy ankietowani deklarujący znajomość problematyki udaru wiedzą, iż powoduje on następstwa zdrowotne, jednak mniej niż połowa z nich zdaje sobie sprawę z konsekwencji społecznych i ekonomicznych tej choroby. Respondenci nie są także w stanie sformułować, na czym polegają te następstwa. Pozytywny jest fakt, że zdecydowana większość badanych chciałaby pogłębić swoją wiedzę dotyczącą udaru mózgu. Ze względu na stosunkowo niewielką liczebność grupy badanej i fakt, że nie była ona zróżnicowana pod względem miejsca zamieszkania (wszyscy respondenci byli mieszkańcami Warszawy) – przedstawione badania mają charakter poglądowy. Uzyskanych wyników i sformułowanych przez nas wniosków nie należy ekstrapolować na całą populację.

Analizując wyniki uzyskanych badań, można zauważyć rozbieżność pomiędzy tym, co ankietowani deklarują, że wiedzą na temat udaru mózgu, a tym, co faktycznie wiedzą. Znajomość problematyki udaru mózgu wśród osób starszych, których szczególnie dotyczy może ryzyko wystąpienia incydentu mózgowo-naczyniowego, jest nadal niewielka. Niewystarczająca świadomość społeczeństwa dotycząca udaru bywa przyczyną bagatelizowania jego objawów, co w konsekwencji opóźnia przybycie do szpitala i wdrożenie skutecznego leczenia. Istnieje konieczność upowszechniania wiedzy na jego temat w społeczeństwie poprzez szeroko zakrojone kampanie edukacyjne, publikacje informacyjne i prezentowanie informacji o czynnikach ryzyka (i ich kontrolowaniu), objawach i następstwach udaru w środkach masowego przekazu. Świadomość zdrowotna jest istotnym czynnikiem skutecznej profilaktyki.

Bibliografia

- Członkowska, A., Kobayashi, A. (2013). Postępowanie w udarze mózgu – wytyczne Grupy Ekspertów Sekcji Chorób Naczyniowych Polskiego Towarzystwa Neurologicznego. Aktualizacja 2013: leczenie trombolityczne. *Neurologia i Neurochirurgia Polska*, 47(4), 303–309.
- Di Carlo, A. (2009). Human and economic burden of stroke. *Age and Ageing*, 38(1), 4–5.
- Donkor, E.S. (2018). Stroke in the 21st Century: A Snapshot of the Burden, Epidemiology, and Quality of Life. *Stroke Research and Treatment*. Pobrane z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov> (dostęp: 29.02.2020).

- Józwicka, M., Głabiński, A. (2012). Modele doświadczalne udaru niedokrwiennego mózgu. *Aktualności Neurologiczne*, 12(4), 199–204.
- Kozubski, W., Liberski, P.P. (red.). (2011). *Neurologia*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Masztalewicz, M., Nowacki, P., Kotłęga, D., Bajer-Czajkowska, A. (2016). Early Emergency Medical Service Calls for Stroke: Was the Long-Term Education Programme Based on the Experience of West Pomerania Successful?. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 25(2), 254–258.
- Norrving, B., Kissela, B. (2013). The global burden of stroke and need for a continuum of care. *Neurology*, 80, 5–12.
- Piechowski-Józwiak, B., Truelsen, T., Kwieciński, H. (2005). Prognoza chorobowości i zapadalności na udar mózgu w Polsce w latach 2005–2025. *Neurologia i Neurochirurgia Polska*, 39(2), 126.
- Pilch, T., Bauman, T. (2001). *Zasady badań pedagogicznych. Strategie jakościowe i ilościowe*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak.
- Piwońska, A., Piotrowski, W., Broda, G. (2012). Knowledge about arterial hypertension in the Polish population: the WOBASZ study. *Kardiologia Polska*, 70(2), 140–146.
- Sobkowicz, B. (2012). Sercowo-naczyniowe czynniki ryzyka udaru mózgu. *Kardiologia po Dyplomie*, 11(5), 41–52.
- Szpunar, P., Mańdziuk, M., Kaszuba, B., Krawczyk-Suszek, M., Kołodziej, K. (2017). Wiedza pracowników biurowych na temat udaru mózgu – doniesienia wstępne. *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu*, 2(51), 199–206.
- Tomaszewska, A. (2013). Wiedza mieszkańców Płocka i jego okolic na temat udaru mózgu. *Pielęgniarstwo Neurologiczne i Neurochirurgiczne*, 2(3), 109–116.
- Turaj, W. (2007). Objawy i zespoły kliniczne udaru. W: A. Szczudlik, A. Członkowska, H. Kwieciński, A. Słowik (red.), *Udar mózgu* (s. 189–193). Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Wiszniewska, M., Głuszkiewicz, M., Kobayashi, A., Włodek, A., Jezierska-Ostapczuk, A., Fryze, W., Członkowska, A. (2012). Knowledge of risk factors and stroke symptoms among nonstroke patients. *European Neurology*, 67(4), 220–225.
- Wiszniewska, M., Świdorski, W., Fryze, W., Drozdowski, W., Hertmanowski, H., Włodek, A., Członkowska, A. (2000). Knowledge of stroke problems among adults in Poland. *Neurologia i Neurochirurgia Polska*, 34(6), 1129–1136.

Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej

Wydanie pierwsze

Arkuszy drukarskich 16,5

Skład i łamanie: AnnGraf Anna Szelağ

Druk ukończono w listopadzie 2020

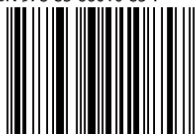
Druk i oprawa: Fabryka Druku

Monografia jest efektem współpracy naukowców będących przedstawicielami różnych dziedzin nauki i dyscyplin naukowych związanych z logopedią, a także logopedów praktyków. Zawiera 16 wartościowych pod względem poznawczym i praktycznym tekstów poświęconych problematyce diagnozy i terapii zaburzeń komunikacji językowej, w ujęciu interdyscyplinarnym. Różnorodność tematyki oraz szerokie spektrum opisu problematyki logopedycznej odzwierciedla bogactwo współczesnych badań naukowych związanych z zaburzeniami mowy. Wszystko to stanowi o wartości prezentowanej monografii i zachęca szerokie grono odbiorców do jej lektury.

Artykuły zamieszczone w publikacji w pełni oddają interdyscyplinarność nowej nauki, jaką jest logopedia. Czytelnik znajdzie w książce przede wszystkim treści dotyczące praktyki logopedycznej – metod terapii i sposobów pracy logopedy z dziećmi oraz z osobami dorosłymi z różnymi zaburzeniami mowy. (...) Treść publikacji ilustruje konieczność interdyscyplinarnej współpracy między logopedami a innymi specjalistami (m.in. lekarzami, fizjoterapeutami, pedagogami, psychologami). Publikacja obrazuje potencjał logopedii jako nauki, w pełni uwidocznił się także praktyczny wymiar rozważań nad różnymi aspektami wsparcia osób z trudnościami w porozumiewaniu się.

Z recenzji dr hab. Olgi Jauer-Niworowskiej

ISBN 978-83-66010-85-7



9 788366 010857 >