

389 Annales Universitatis
Paedagogicae Cracoviensis

ISSN 2083-7283

Studia Logopaedica

Pod redakcją

Ewy Zmudy

Ewy Bielendy-Mazur

Katarzyny Sedivy-Mączki

7 • 2023

Redakcja

Redaktor naczelny: dr hab., prof. UKEN Ewa Zmuda

Zastępca redaktora naczelnego: dr hab., prof. UKEN Marta Korendo

Sekretarz redakcji: dr Anna Siudak

Członkowie redakcji: dr Ewa Bielenda-Mazur, dr Katarzyna Sedivy-Mączka

Redaktorzy tematyczni numeru: dr hab., prof. UKEN Ewa Zmuda, dr Ewa Bielenda-Mazur, dr Katarzyna Sedivy-Mączka

Rada Naukowa

prof. dr Judit Bóna, PhD (ELTE Eötvös Loránd University, Budapest), Węgry

prof. Inna Osadchenko (Національний університет біоресурсів і природокористування України, Кijów), Ukraina

prof. dr hab. Jagoda Cieszyńska-Rożek (Uniwersytet Komisji Edukacji Narodowej, Kraków), Polska

dr hab., prof. UZ Adrianna Grabizna (Uniwersytet Zielonogórski, Zielona Góra), Polska

dr hab., prof. UG Katarzyna Kaczorowska-Bray (Uniwersytet Gdański, Gdańsk), Polska

Ass. Prof. Anna Kisiel (KU Leuven: Brussels), Belgia

dr hab., prof. UI Anna Królikowska (Uniwersytet Ignatianum, Kraków), Polska

dr hab., prof. ucz. Anita Lorenc (Uniwersytet Warszawski, Warszawa), Polska

doc. PaedDr. Jiri Muryc, Ph.D. (Uniwersytet Ostrawski, Ostrawa), Czechy

dr hab., prof. UWS Alina Maciejewska (Uniwersytet w Siedlcach), Polska

dr hab., prof. UG Stanisław Milewski (Uniwersytet Gdański, Gdańsk), Polska

dr hab., prof. UKEN Zdzisława Orłowska-Popek (Uniwersytet Komisji Edukacji Narodowej, Kraków), Polska

dr hab. n. med. Dorota Pawlik (Klinika Neonatologii CMUJ), Polska

dr Anna Pękacka-Egli (Klinik Lengg, Zurich), Szwajcaria

dr hab., prof. UKEN Halina Pawłowska-Jaroń (Uniwersytet Komisji Edukacji Narodowej, Kraków), Polska

doc. PaedDr. Jana Raclavská, Ph.D. (Uniwersytet Ostrawski, Ostrawa), Czechy

prof. dr hab. Małgorzata Rutkiewicz-Hanczewska (Uniwersytet im. Adama Mickiewicza, Poznań), Polska

dr Mira Rządka (Uniwersytet Zielonogórski, Zielona Góra), Polska

dr hab., prof. UŚ Katarzyna Węsierska (Uniwersytet Śląski, Katowice), Polska

dr Marta Węsierska (Liverpool Hope University), Wielka Brytania

lek. medycyny Mark Zemela, MD (Cooper University Healthcare in Camden, New Jersey), USA

lek. medycyny Michal G. Zemela, DPM (The Foot Clinic in Wheeling, Illinois), USA

Recenzenci tomu VII

dr Izabela Błaszczuk

dr hab., prof. UJK Ewa Boksa

dr Agnieszka Borowiec

prof. dr hab. Piotr Garncarek

dr hab., prof. UKEN Ewa Horyń

dr hab., prof. ucz. Olga Jauer-Niworowska

dr Alicja Kabała

dr hab., prof. UAM Ewa Kaptur

dr Monika Kazimierczak

dr Magdalena Knappek

dr Natalie Kosch

dr hab., prof. UKEN Małgorzata Pamuła-Behrens

dr hab., prof. UAM Jolanta Sławek

dr hab., prof. UJ Agnieszka Walecka-Rynduch

dr hab., prof. UJK Danuta Witek

dr Aleksander Zagórski

dr n. med. Adam Zawojski

© Copyright by Wydawnictwo Naukowe UKEN, Kraków 2023

ISSN 2083-7283

DOI 10.24917/20837283.7

Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Komisji Edukacji Narodowej

30-084 Kraków, ul. Podchorążych 2

tel./faks 12 662-63-83, tel. 12 662-67-56

e-mail: wydawnictwo@up.krakow.pl

<http://www.wydawnictwoup.pl>

Krzysztof Bieniek

MÓW-MOVE Gabinet Logopedyczny, Chorzów

ORCID 0009-0008-6077-6595

Objawy czynnościowych zaburzeń układu ruchowego narządu żucia na podstawie autodiagnozy pacjentów

Symptoms of functional disorders of the masticatory system
based on patients' self-diagnosis

Streszczenie

Na czynnościowe zaburzenia układu ruchowego narządu żucia skarży się coraz więcej osób. Objawy, z jakimi zmagają się pacjenci, mają różny charakter, a w związku z ich lokalizacją (układ stomatognatyczny) może dojść do zaburzeń funkcjonowania jednostki w formie niezaśpokojenia podstawowych potrzeb życiowych, np. pobierania pokarmu, swobodnych kontaktów międzyludzkich. Celem artykułu jest prezentacja objawów zaburzeń narządu żucia uświadomionych sobie przez pacjentów.

W badaniu uczestniczyło 75 pacjentów, których zadaniem było wypełnienie formularza osobowego (oś I) Badawczych Kryteriów Diagnostycznych Zaburzeń Czynnościowych Układu Ruchowego Narządu Żucia.

Objawy zaburzeń czynnościowych układu ruchowego narządu żucia manifestowane były u osób biorących udział w badaniu z następującą częstotliwością: bruksizm występował u 28% badanych; na objawy akustyczne w obszarze stawu skroniowo-żuchwowego skarżało się 20% badanych; u 13% ankietowanych pojawiał się ból głowy; 12% pacjentów zmagало się ze szmerami lub dzwonieniem w uszach; dyskomfort zgryzowy zgłaszało 10% badanych; 9% ankietowanych zaznaczyło ograniczenie w odwodzeniu żuchwy; ból i drętwienie okolicy twarzy występował u 8% badanych.

Dolegliwości pojawiające się w obrębie głowy i twarzy mogą być dla pacjentów niepokojące oraz wpływać na jakość życia jednostki. Pozytywnym zjawiskiem jest wzrost świadomości osób zmagających się z problemami skroniowo-żuchwowymi i umiejętność podjęcia decyzji, by udać się do specjalisty, który jest w stanie podjąć najlepszą terapię. Warto uczulać pacjentów, którzy są w grupie ryzyka, by w razie wystąpienia dolegliwości udali się jak najszybciej po

pomoc, gdyż przewlekłe występujący problem zostanie zmodulowany ośrodkowo, a wówczas terapia tego typu objawów jest trudniejsza.

Słowa kluczowe: staw skroniowo-żuchwowy, narząd żucia, zaburzenia czynnościowe układu ruchowego narządu żucia

Abstract

An increasing number of people are struggling with functional disorders of the masticatory musculoskeletal system. The symptoms faced by patients vary in nature, and due to their localization (stomatognathic system) can lead to dysfunction of the individual in the form of failure to meet basic needs of life, such as food intake, free interpersonal contact. The purpose of this article is to present the symptoms of disorders of the masticatory organ realized by patients.

Seventy-five patients participated in the study and were asked to fill out the personal form (Axis I) of the Research Diagnostic Criteria for Functional Disorders of the Masticatory System.

Symptoms of functional disorders of the musculoskeletal system of the masticatory system were manifested in the subjects participating in the study with the following frequency: bruxism was present in 28% of the subjects; acoustic symptoms in the temporomandibular joint area were manifested by 20% of the subjects; headache appeared in 13% of the respondents; 12% of the patients struggled with murmurs or ringing in the ears; occlusal discomfort was reported by 10% of the subjects; 9% of the respondents indicated a limitation in mandibular retraction; pain and numbness in the facial region occurred in 8% of the subjects.

Conclusion: complaints occurring in the head and face area, can be distressing for patients, and therefore affect the quality of life of the individual. It is positive that there is an increased awareness among those struggling with temporomandibular problems and the ability to make a decision, to go to a specialist who is able to help. It is worthwhile to sensitize patients who are at risk to go to a specialist as soon as possible, as a chronic problem, will be centrally modulated, and therapy of such symptoms is more difficult.

Keywords: temporomandibular joint, masticatory apparatus, functional disorders of the masticatory system

Narząd żucia jest zespołem tkanek i narządów jamy ustnej, które czynnościowo są związane z żuciem (Majewski, 2018, s. 10). W literaturze przedmiotu wylicza się następujące komponenty narządu żucia: zęby i struktury je utrzymujące, stawy skroniowo-żuchwowe, żuchwę, mięśnie żucia i nadgnykowe, język, wargi, policzki, błonę śluzową jamy ustnej i struktury neurologiczne. W nomenklaturze anglojęzycznej „narząd żucia” jest używany zamiennie z takimi wyrażeniami jak: masticatory system, masticatory apparatus, stomatognathic system. W terminologii polskiej zamiennie wykorzystywana jest nazwa „układ stomatognatyczny” (Pietruski, 2021, s. 16)¹.

Literatura przedmiotu wykazuje także szersze znaczenie „układu stomatognatycznego”. Oznacza więc on morfologiczno-czynnościowy zespół współdziałających tkanek, narządów jamy ustnej i części trzewioczaski, które funkcjonując, sterowane są przez ośrodkowy układ nerwowy. Układ stomatognatyczny związany jest z wieloma czynnościami: oddychaniem, rozdrabnianiem pokarmów, połykaniem, artykulacją i wyrażaniem emocji (Majewski, 2018, s. 10).

¹ Jednakże w *Słowniku wyrażen protetycznych* (GPT-9) *masticatory system* (narząd żucia) oraz *stomatognathic system* (układ stomatognatyczny) są opisane oddzielnie.

Prawidłowo funkcjonujący układ stomatognatyczny stanowi fundament do realizacji jego funkcji. Jednak niniejszy artykuł wskazuje na problemy związane z obszarem czaszkowo-żuchwowym. Do przyczyn zaburzeń skroniowo-żuchwowych zalicza się warunki okluzyjne, uraz, stres emocjonalny, bodźce bólu głębokiego oraz aktywności parafunkcyjne. Warto jednak zwrócić uwagę na zdolności adaptacyjne pacjenta, które chronią przed pojawieniem się objawów. Do czynników adaptacyjnych zalicza się m.in. czynniki genetyczne, biologiczne i hormonalne (Okeson, 2023, s. 121). Wydaje się więc zasadne poznanie anatomii i fizjologii układu stomatognatycznego, by móc skrupulatnie podjąć się procesu wnioskowania klinicznego. Biegły terapeuta jest w stanie wytłumaczyć, jak ww. przyczyny prowadzą do wystąpienia np. dolegliwości związanych z zębami, językiem, narządem słuchu, wzroku, bólami twarzy i/lub głowy (Rakowski, 2021, s. 494).

Niniejsza publikacja ma na celu zaprezentowanie objawów zaburzeń czynnościowych układu ruchowego narządu żucia występujących u pacjentów. Jednak podkreśla się, że zaprezentowane objawy zostały rozpoznane nie przez specjalistę, lecz przez pacjentów. Przedstawione dolegliwości były przyczynkiem, by udać się do specjalisty i podjąć terapię.

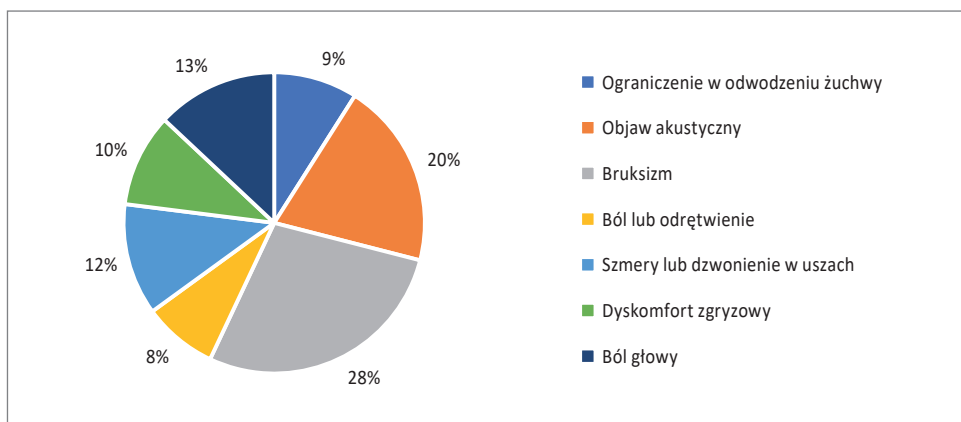
Pacjenci zgłaszający się do gabinetu logopedycznego otrzymali ankietę, którą wypełniali przed spotkaniem z terapeutą. Do badania wykorzystano formularz osobowy (oś I) Badawczych Kryteriów Diagnostycznych Zaburzeń Czynnościowych Układu Ruchowego Narządu Żucia (BKD/ZCURNŻ). Zbieranie danych rozpoczęto w pierwszym kwartale 2023 roku. Badanie miało na celu określenie świadomości objawów zaburzeń czynnościowych układu ruchowego narządu żucia przez pacjentów.

Oryginalny kwestionariusz osobowy napisany został w języku angielskim i zawiera 31 pytań. Pierwsze dwa dotyczą zdrowia ogólnego i zdrowia jamy ustnej pacjentów. Kolejne pytania odnoszą się do bólu, a konkretnie jego umiejscowienia, czasu pojawienia, charakteru oraz oceny jego intensywności. Dalsze pytania obejmują inne problemy związane z narządem żucia, np. ograniczenia w odwodzeniu żuchwy, występowanie objawów akustycznych, bruksowania i in.

Warto zwrócić uwagę na pytanie 19., zawierające listę czynności w obrębie obszaru czaszkowo-żuchwowego (z ang. Jaw Disability Checklist, JDCL), których wykonywanie może być ograniczone. Interesujące jest również pytanie 20., składające się z 32 podpunktów, zwracających uwagę na nieswoiste objawy fizyczne oraz na sferę mentalną pacjenta.

Ostatnie pytania dotyczą samooceny pacjenta nt. dbałości o zdrowie ogólne i zdrowie jamy ustnej.

Ankietę otrzymało 75 pacjentów. Dane z formularza zostały opracowane bez podziału na grupy wiekowe i płeć. Na podstawie kwestionariusza osobowego Badawczych Kryteriów Diagnostycznych Zaburzeń Czynnościowych Układu Ruchowego Narządu Żucia wyszczególniono następujące objawy: ból głowy, ból lub odrętwienie twarzy, bruksizm, dyskomfort zgryzowy, objaw akustyczny, ograniczenie w odwodzeniu żuchwy, szczykościsk i szmery lub dzwonienie w uszach. Poniżej przedstawiono grafikę prezentującą objawy zaburzeń skroniowo-żuchwowych wraz z ich częstotliwością występowania wśród badanej grupy osób.



Ryc. 1. Objawy TMD (temporomandibular disorders)

Źródło: opracowanie własne.

Najczęstszym objawem wśród pacjentów był bruksizm, zaznaczony przez 28% badanych. Jest on definiowany jako aktywność mięśni, którą opisać można jako zaciśkanie, zgryzanie zębami i/lub sztywność albo przesuwanie żuchwy bez kontaktu między zębami. Bruksizm, ze względu na porę aktywności mięśni, można podzielić na dzienny (ang. awake bruxism – AB) i nocny (ang. sleep bruxism – SB). Bruksizm nocny to aktywność mięśni w nocy, natomiast bruksizm dzienny jest aktywnością mięśniową w stanie czuwania (Peroz, 2018, s. 5). Pacjenci biorący udział w ankiecie rozpoznają, z którym rodzajem bruksizmu się zmagają. Badani bruksujący w ciągu dnia czują sztywność i napięcie w okolicy narządu żucia, natomiast brukserzy nocni najczęściej otrzymują informacje o występującym zjawisku od swoich partnerów. Warto nadmienić, że aktualny stan wiedzy pozwala stwierdzić, że bruksizmu nie leczymy, tylko nim zarządzamy.

Drugi objaw, który najczęściej występuje u pacjentów, to objaw akustyczny, zwany również trzaskiem. Zjawisko tego typu zgłaszało 20% badanych. Prawidłowa czynność stawów skroniowo-żuchwowych, tzn. krążków stawowych i głów żuchwy polega na harmonijnym ruchu w czasie depresji i elewacji żuchwy, co jest poprzedzone prawidłową lokalizacją krążka na głowie żuchwy (Kleinrok, 2013, s. 23). Objawy akustyczne w stawie skroniowo-żuchwowym związane są z nieprawidłową koordynacją zachodzącą między ruchami głów żuchwy i dyskami² (Czerwińska-Niezabitowska, 2016, s. 101).

² W literaturze przedmiotu wyróżnia się 4 fenomeny trzasków wg Bumanna. Pierwsza grupa trzasków określana jest jako trzaski więzadłowe lub trzaski związane z nadmierną ruchomością krążka stawowego. Druga grupa trzasków wiąże się typowo z zaburzeniem kompleksu kłykieć–dysk, a konkretnie wyróżnia się częściowe lub całkowite przemieszczenie krążka stawowego. Trzecia grupa trzasków może być skutkiem przemieszczenia dysku z adhezją lub przerostem chrząstek stawowych. Ostatnia grupa objawów akustycznych spowodowana jest nadmierną ruchomością wyrostka kłykciowego lub przemieszczeniem krążka stawowego z czasową jego repozycją.

Kolejne miejsce wśród objawów występujących u pacjentów z zaburzeniami skroniowo-żuchwowymi zajmuje ból głowy³, zgłosiło go 13% badanych. Szeroki podział bólu głowy wyróżnia ból pierwotny i wtórny. Międzynarodowe Towarzystwo Bólu Głowy (The International Headache Society – IHS) stworzyło klasyfikację obejmującą trzy typy pierwotnych bólów głowy: migrenę, bóle głowy typu napięciowego i trójdzielnio-autonomiczne bóle głowy. Pierwotny ból głowy jest zjawiskiem, podczas którego ból głowy jest faktycznym zaburzeniem. Natomiast wtórny ból głowy to objaw występujący jako wynik innego problemu (Okeson, 2023, s. 185). Warto jednak zwrócić uwagę, że ból głowy jest złożonym problemem i to lekarz powinien rozpoznać, czy ma on charakter pierwotny czy wtórny. To specjaliści powinni określić, czy ból głowy wiąże się z zaburzeniami skroniowo-żuchwowymi, a następnie kierować pacjentów na odpowiednie leczenie.

Na liście objawów zaburzeń skroniowo-żuchwowych znajdują się także szmery lub dzwonienie w uszach, co zgłosiło 12% badanych pacjentów. Zespół objawów tego typu nazywa się objawami otologicznymi. Wydawać się może, że objawy otologiczne⁴ w przebiegu zaburzeń skroniowo-żuchwowych są nieprawdopodobne, jednak tłumaczyć je można poprzez sąsiedztwo anatomiczne tych dwóch struktur. Oprócz bliskości lokalizacyjnej ww. struktur mają one podobne pochodzenie filogenetyczne oraz są unerwione z tej samej gałęzi nerwu trójdzielnego – nerwu żuchwowego (Okeson, 2023, s. 185).

Kolejnym objawem wyszczególnionym w formularzu osobowym BKD/ZCURNŻ jest dyskomfort zgryzowy. Ten objaw pojawił się u 10% pacjentów biorących udział w badaniu. Układ stomatognatyczny to system obejmujący wiele struktur⁵, ale w tym przypadku należy skupić się na relacji pomiędzy górnym a dolnym łukiem żębowym.

Żęby żuchwy i wyrostek kłykciowy znajdują się na żuchwie. Żęby żuchwy i żęby szczęki pozostają w pewnej relacji. Żeby wyjaśnić powiązanie między układem żębowo-żębowym a strukturami stawowymi, przywołam dwa terminy. Pierwszym z nich jest „maksymalne zaguzkowanie” (*maximal intercuspal position*, MIP), czyli kompletne zaguzkowanie zębów szczęki i żuchwy. Mówiąc prościej, to sytuacja, kiedy jak najwięcej zębów przeciwstawnych jest ze sobą w kontakcie, niezależnie od sytuacji wewnątrzstawowej, a więc przy maksymalnym zaguzkowaniu wcale nie musi być

³ Międzynarodowa Klasyfikacja Zaburzeń Bólowych Głowy rozróżnia ponad 270 rodzajów bólów głowy w 14 kategoriach, a jedna z nich jest związana z bólem głowy przy zaburzeniach skroniowo-żuchwowych.

⁴ Istnieją próby wyjaśnienia objawów otologicznych w przebiegu TMD. Jednym z nich jest próba wyjaśnienia uczucia pełności w uchu lub jego zatkanie. Trąbka Eustachiusza to przewód łączący jamę ucha środkowego z częścią nosową gardła. W czasie aktu połykania podniebienie miękkie unosi się, co powoduje oddzielenie nosogardła od drogi pokarmowej. W chwili elewacji podniebienia miękkiego mięsień napinacz podniebienia miękkiego kurczy się, co skutkuje otwarciem ujścia trąbki słuchowej. Tego typu zjawisko wyrównuje ciśnienie powietrza między uchem środkowym a gardłem. Uczucie zatkania ucha jest spowodowane zatem nieprawidłową pracą ww. mięśni.

⁵ Zespół żębowo-żębodołowy, zespół żębowo-żębowy, zespół stawowy i pozostałe tkanki i narządy jamy ustnej.

relacji centralnej⁶. Drugim terminem, który warto przywołać, jest „okluzja centralna”⁷ (*centric occlusion*, CO), czyli sytuacja, podczas której zęby przeciwstawne są w takim kontakcie, aby wyrostki kłykciowe pozostawały w relacji centralnej⁸. W związku z brakiem zgodności między maksymalnym zaguzkowaniem a okluzją centralną może dochodzić do nadmiernego starcia zębów, przeciążenia mięśni i patologii wewnętrzstawowych (Pietruski, 2021, s. 34). Konkluzja jest więc taka, iż zespół zębowo-zębowy i zespół stawowy są od siebie zależne.

Innym doskwierającym objawem, który występuje u pacjentów z zaburzeniami skroniowo-żuchwowymi, jest ograniczenie w odwodzeniu żuchwy. Ten symptom zgłaszało 9% pacjentów z przebadanej grupy. Omawiany objaw może występować w kilku sytuacjach, np. w czasie przemieszczenia krążka stawowego z repozycją lub bez repozycji (Okeson, 2023, s. 280–281), w czasie kontrakcji mięśni oraz ankylozy (Okeson, 2023, s. 291). Doświadczenie kliniczne wskazuje, że najczęstszą przyczyną w ograniczeniu odwodzenia żuchwy jest hiperaktywacja żwaczy.

Ostatnimi objawami są ból lub odrętwienie twarzy, które pojawiły się u 8% pacjentów.

Międzynarodowe Towarzystwo Badania Bólu (*International Association of the Study of Pain* – ISAP) określa ból jako „przykre i negatywne wrażenie zmysłowe, i emocjonalne...” (Okeson, 2023, s. 44). Może on mieć charakter pierwotny, tzn. ból jest odczuwany w miejscu, w którym faktycznie powstał. Drugim rodzajem bólu jest ból heterotopowy⁹, co znaczy, że odczuwany jest on w innym miejscu niż miejsce jego powstania. W tym momencie należy zwrócić uwagę na pewne zjawisko, opisywane w literaturze przedmiotu jako efekt centralnego wzbudzenia¹⁰ albo jako aktywacja interneuronów niezaangażowanych w proces bólu głębokiego¹¹. Otóż wykazano, że włókna nerwowe, które przewodzą informację bólową w kierunku OUN, mogą wzbudzać inne interneurony. Jedną z hipotez wyjaśniających efekt centralnego wzbudzenia zakłada, że jeśli impulsacja dośrodkowa jest nieprzerwana i trwa przez dłuższy czas, interneurony są bez przerwy wzbudzane. Skutkiem tych zdarzeń jest kumulacja substancji neuroprzebieżnikowych w przestrzeni międzysynaptycznej. Zbyt duża ilość neuroprzebieżnika w szczelinie synaptycznej może doprowadzić do

⁶ Relacja centralna (RC) (*centric relations*, CR) – pozycja żuchwy w relacji do szczęki, która jest niezależna od kontaktu między zębami. W relacji centralnej wyrostki kłykciowe są ustawione w najbardziej dogórnej i doprzedniej pozycji w stosunku do tylnego stołu guzka stawowego.

⁷ Synonim: zwarcie centralne.

⁸ Rozbieżność między okluzją centralną a maksymalnym zaguzkowaniem jest czynnikiem ryzyka wystąpienia zaburzeń w obszarze czaszkowo-żuchwowym.

⁹ Ból heterotopowy można podzielić na: ból centralny, ból rzutowany i ból przeniesiony.

¹⁰ Struktury biorące udział w „efekcie centralnego wzbudzenia” to: receptory czuciowe, jądro pasma rdzeniowego, twór siatkowaty, wzgórze, podwzgórze, układ limbiczny i kora mózgu.

¹¹ Do struktur głębokich mogących wywoływać ból głęboki należą: struktury mięśniowo-szkieletowe, nerwy, naczynia i trzewia.

rozprzestrzenienia się jej na inne interneurony, co w efekcie wpływa na ich aktywację. Kora mózgowa będzie zatem otrzymywała informacje nocyceptyjne z obu interneuronów, czyli np. z miejsca, w którym doszło do uszkodzenia tkanki i w którym występuje ból, oraz z miejsca, które nie jest źródłem bólu, ale występują w nim doznania bólowe (Okeson, 2023, s. 47).

Wydaje się, że efekt centralnego wzbudzenia jest fenomenem, który może pomóc w zrozumieniu występowania bólu lub innych objawów czuciowych¹² w obrębie twarzy, jamy ustnej, mimo że problem pierwotnie nie powstał w okolicy twarzy.

Wszystkie objawy, które wyszczególniono w tekście, zostały rozpoznane przez pacjentów, tzn. z tego typu problemami pacjenci zgłaszali się do gabinetu. Badane osoby najczęściej zaznaczały jeden lub dwa objawy. Kolejnym krokiem było przeprowadzenie badań przez specjalistę. Ich wyniki pokazały, że u każdego z 75 pacjentów rozpoznano dodatkowe objawy w obszarze czaszkowo-żuchwowym. Najczęściej pacjenci byli zaskoczeni, że rozpoznano kolejny objaw. Niektórzy z badanych posiadali wiedzę o rozpoznanym objawie, ale nie wiązali go z problemem, z którym udali się do specjalisty, dlatego nie zaznaczali tego objawu w formularzu osobowym.

Wspomniane objawy mają charakter złożony i jest ich zdecydowanie więcej, niż ujęto w tym tekście. Niniejszy artykuł nakreśla najczęściej występujące objawy zaburzeń skroniowo-żuchwowych. Zapewne niektóre z wymienionych tu symptomów można by uszczegółowić, ale nie taki jest cel publikacji. Warto jednak zgłębiać wiedzę na temat układu stomatognatycznego i problemów, z jakimi zmagają się pacjenci, w celu polepszenia ich funkcjonowania.

Bibliografia

- Aleksandrowicz R., Ciszek B. (2023). *Anatomia kliniczna głowy i szyi*. Warszawa: Polskie Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Czerwińska-Niezabitowska B., Kulesa-Mrowiecka M. (2016). *Diagnostyka i leczenie dysfunkcji czaszkowo-żuchwowych w ujęciu holistycznym*. Kraków: Medycyna Praktyczna.
- Kleinrok M. (2013). *Przemieszczenie krążków stawowych stawów skroniowo-żuchwowych – rozpoznawanie i leczenie*. Lublin: Wydawnictwo Czelej.
- Majewski S.W. (2018). *Gnatofizjologia stomatologiczna. Normy okluzji i funkcje układu stomatognatycznego*. Warszawa: Polskie Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Okeson J.P. (red.). (2023). *Leczenie dysfunkcji skroniowo-żuchwowych i zaburzeń zwarcia*. Lublin: Wydawnictwo Czelej.
- Osiewicz M.A., Lobbezoo F., Przegrany B.W., Wilkosz M., Naeije M., Ohrbach R. (2013). Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (RDC/TMD) – The Polish version of a dual – axis system for the diagnosis of TMD. *Journal of Stomatology*, 66(5), 576–649.
- Peroz I., Bernhardt O., Kares H., Korn H.J., Kropp P., Lange M., Muller A., Nilges P., Omerborn M.A., Steffen A., Tholen R., Turp J.C., Wolowski A. (2018). *Diagnostik und*

¹² Objawy będą zależne od aktywowanego interneuronu, a więc może dojść do aktywacji neuronu aferentnego, eferentnego i autonomicznego.

Behandlung von Bruxismus. wyd. online: AWMF-Registernummer: 083-027, https://register.awmf.org/assets/guidelines/083-027l_S3_Bruxismus-Diagnostik-Behandlung_2019-06.pdf (dostęp: 28.12.2023).

Pietruski J. (2021). *Okluzja w praktyce*. Warszawa: Wydawnictwo Kwintesencja.

Rakowski A. (red.). (2021). *Terapia manualna holistyczna*. Poznań: Wydawnictwo Centrum Terapii Manualnej.

Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis

Studia Logopaedica 7 (2023)

ISSN 2083-7283

DOI 10.24917/20837283.7.2

Joanna Botwin

Badacz niezależny, Warszawa

ORCID 0009-0004-0633-552X

Tożsamość polskich uczniów bilingwalnych mieszkających w Irlandii

The identity of Polish bilingual children living in Ireland

Streszczenie

Uczniowie bilingwalni, którzy migrują wraz z rodzinami lub urodzili się poza granicami kraju, doświadczają wielu zmian, muszą dostosować się do nowego środowiska oraz innego języka. Tożsamość dziecka dwujęzycznego, które styka się z dwiema kulturami oraz żyje i wychowuje się w środowisku, gdzie używane są dwa kody językowe, może być hybrydą tych dwóch światów. Wszystkie te kwestie mogą prowadzić do poczucia wyobcowania lub problemów z określeniem własnej tożsamości. Niniejszy artykuł przedstawia, jak polskie dzieci dwujęzyczne mieszkające w Irlandii postrzegają siebie, czy identyfikują się z Polską, czy też czują się Irlandczykami. Sformułowane w artykule wnioski odnoszą się do dwóch grup respondentów, bilingwistów urodzonych w Polsce oraz ankietowanych urodzonych w Irlandii (jeden uczeń urodzony we Włoszech). Uwagę poświęca się również czynnikom, które mają istotny wpływ na samoidentyfikację, takim jak rola rodziców, wpływ otoczenia, kontakty z rodziną w Polsce czy system edukacji.

Słowa kluczowe: bilingwizm, tożsamość, emigracja

Abstract

The bilingual students who migrate with their families or were born abroad experience many changes in their lives and have to adapt to a new environment and learn to speak a different language. The identity of a bilingual child who encounters two cultures and lives and grows up in an environment where two language codes are used can be a hybrid of these two worlds. All these issues can lead to feelings of alienation or problems with defining one's own identity. This paper examines how the Polish bilingual children living in Ireland perceive themselves,

whether they identify themselves with Poland or whether they feel Irish. The conclusions drawn in the paper refer to two groups of respondents, Polish-born bilinguals and Irish-born respondents (one Italian-born student). Attention is also paid to the drivers, which have a significant impact on self-identification, such as the role of parents, the influence of the environment, contacts with family in Poland and the education system.

Keywords: emigration, identity, bilingualism

Migracja to zjawisko, które może wpłynąć na życie każdej jednostki zarówno pozytywnie, jak i negatywnie (Kubitsky, 2012). Zmieniając kraj, migrant może odmienić swoje życie, jednak każda migracja pozostawia w psychice ślad, wzbogaca o nowe doświadczenia, daje wiedzę o innych ludziach, ale przede wszystkim o sobie. W ujęciu socjologicznym migracja to proces wiążący dwa systemy społeczne, system kraju pochodzenia z krajem przyjmującym, który w owych krajach wywołuje określone skutki (Bartz, 1997). „Osoby dorosłe, które zdecydowały się na życie w nowej ojczyźnie, zwykle nie zdają sobie sprawy z konsekwencji psychologicznych takiego kroku. Oprócz nauczenia się nowego języka czy też korzystania z wyuczonego języka obcego, ale używanego w naturalnym środowisku, emigrant stoi przed koniecznością budowania nowej tożsamości” (Cieszyńska, 2006, s. 101). Jak podaje J. Kubitsky bycie „tu i tam” wpływa na poczucie tożsamości (Kubitsky, 2012).

Tożsamość możemy rozpatrywać z perspektywy normatywnej lub deskryptywnej. Perspektywa opisowa koncentruje się na kształtowaniu się tożsamości i w takim ujęciu niniejszy artykuł przedstawia badane zagadnienie.

Tożsamość kulturowa, zgodnie z przyjętą definicją Henriego Tajfela (1982), to wyobrażenie jednostki o niej samej związane z wartością i znaczeniem emocjonalnym. Tożsamość kulturowa nie jest wartością stałą, jak podkreśla W.T. Miodunka (1987), nie jest dana raz na zawsze, ale zależy od wielu czynników społecznych, psychicznych i kulturowych¹. Ten dynamiczny i ciągły proces pokazała w swoich badaniach przeprowadzonych we Włoszech K. Kowalcze-Franiuk (2018). Omawia ona przypadek, w którym badany respondent na przestrzeni lat udzielił na te same pytania o tożsamość kulturową zupełnie różnych odpowiedzi. Przechodził on przez wszystkie etapy w rozwoju tożsamości aż do osiągnięcia świadomej identyfikacji swojej osoby. Przez pierwsze lata od przyjazdu do Włoch czuł się Polakiem, na etapie szkoły średniej reprezentował postawę anomiczną, obejmującą emocjonalny stosunek do reprezentowanego języka, wynikający z dominującego stanu emocjonalnego i potrzeb życiowych. Trzeci etap nastąpił, gdy badany osiągnął samodzielność zawodową i dojrzałość emocjonalną, wtedy czuł silną identyfikację z „włoskością”. Podczas ostatniego etapu kształtowania się tożsamości badany identyfikował się dwukulturowo jako Polak i Włoch (Kowalcze-Franiuk, 2018).

Życie na emigracji to nie tylko odnalezienie się w nowej rzeczywistości, przystosowanie do innego środowiska i różnych obyczajów, ale także refleksje związane

¹ Pojęcie tożsamości w okresie nasilających się ruchów migracyjnych, mieszania się kultur stało się bardzo interesujące dla socjologii w badaniach zmieniających się społeczności (Miodunka, 1987, s. 111–122).

z tożsamością, zrozumieniem siebie. Podczas opisywania różnych zjawisk związanych z migracją istotny dla mnie stał się problem tożsamości polskich dzieci bilingwalnych w Irlandii, ich autoidentyfikacji w kontakcie z inną kulturą. Czy przyswojenie nowego języka, który często staje się językiem pierwszym, wpływa na ich autopercepcję? Czy, tak jak w przypadku dominacji jednego z języków, istnieje także dominacja kulturowa? Czy rzeczywiście człowiek nie zadomowi się nigdzie przez ruchliwość społeczną? „Nie ma takiego miejsca w społeczeństwie, do którego należałoby bez reszty, całą osobą i w sposób naturalny, więc z którego czerpałby pełne określenie swej tożsamości” (Bauman, 1995, s. 220).

Omawiając zagadnienie tożsamości, opieram się na teorii rozwoju E.H. Eriksona (2004), który w rozwoju człowieka wyróżnia osiem faz. Według niego jest to proces przebiegający przez całe życie, a w kreowaniu własnej tożsamości najistotniejsza jest faza wczesnej młodości, a nie okres dzieciństwa.

Stadia wyróżnione przez Eriksona to:

- I faza zwana niemowlęcą, czyli okres trwający od urodzenia do 8. miesiąca życia, kiedy dziecko uczy się zaufania do swojego otoczenia, a także do świata.
- II faza (od 8. miesiąca życia do 3 lat) to okres rozwijania przez dziecko swojej inicjatywy i zdolności do podejmowania działań. W tym czasie powinno ono rozwijać też zdrową autonomię.
- III faza (od 3. do 6. roku życia) obejmuje wiek przedszkolny, kiedy dziecko rozwija trzy rodzaje sprawności: ruchową, werbalną oraz intelektualną.
- IV faza (od 6. do 12. roku życia) to czas, gdy dzieci zaczynają bardziej świadomie definiować siebie i swoje miejsce w świecie. Ważnym elementem ich rozwoju w tym okresie stają się relacje z nauczycielami, którzy stanowią wzór dla dziecka, a ich postawy mogą ukształtować młodego człowieka w przyszłości.
- V faza (okres od 12. do 18. roku życia) to kluczowa faza w kształtowaniu się tożsamości ego młodego człowieka. W tym okresie rodzice wraz z otoczeniem powinni wspierać dziecko i otaczać je troską, aby uniknęło kryzysu tożsamościowego. Istotne jest również to, by dziecko nie było poddawane nadmiernej krytyce, zakazom i nakazom.

Erikson stwierdza, że dziecko w pewien sposób potrafi się już identyfikować. Czwartą fazę, która odnosi się do wieku szkolnego, gdy dzieci przyjmują słowa i działania nauczycieli i chcą ich naśladować, uznał zaś za najbardziej znaczącą. W tym okresie dużą rolę odgrywa szkoła oraz kontakty z rówieśnikami i bliskimi. W piątej fazie młody człowiek przestaje być dzieckiem. W tej fazie młodzi ludzie mogą wątpić w swoją tożsamość etniczną i przeżywać tzw. kryzys tożsamości, podczas którego mogą wystąpić, określane tak przez socjologów, anomia społeczna i zamęt tożsamościowy w rozwoju jednostki (Erikson, 2004). Jak podaje H. Mamzer (2002), ukształtowanie się tożsamości: jednostkowej, społecznej i kulturowej daje poczucie spójności i odrębności od innych.

Tożsamość społeczna powstaje najwcześniej w ontogenetycznym rozwoju człowieka. Koncepcja psychologa społecznego H. Tajfela (1982) zakłada, że postrzeganie przedmiotów jako podobnych i oddzielanie ich od siebie w przypadku odmienności jest podstawowym procesem orientowania się człowieka w świecie. Tożsamość

to „część posiadanej przez jednostkę koncepcji siebie, która wyrasta z jej wiedzy o uczestnictwie w różnego typu grupach społecznych wraz z wartościującym i emocjonalnym znaczeniem, jakie ma dla niej ta przynależność” (Tajfel, 1982).

Tożsamość jednostkowa ma podkreślić odmiennność człowieka i wiąże się z kulturą², natomiast tożsamość kulturowa to identyfikacja z wartościami proponowanymi przez kulturę określonej grupy społecznej, internalizacja wartości, norm zachowań i zdarzeń. Poprzez tożsamość kulturową człowiek jest w stanie określić przynależność do danej społeczności. Stanowi ona zestawienie wszystkich tożsamości społecznych, kiedy jednostka może przynależać do różnych grup społecznych, ale nie dąży do upodobnienia się do innych osób. Świadomie dokonuje selekcji (Mamzer, 2002)³.

J. Smolicz zauważa, jak ważna jest rola języka ojczystego w kształtowaniu się tożsamości kulturowej (Smolicz, 1990). Na drodze socjalizacji ludzie przyswajają sobie język macierzysty, dzięki czemu zostają wprowadzeni do różnych ról społecznych. Język ojczysty pełni jeszcze jedną ważną rolę, jest narzędziem ekspresji i dzięki niemu można przeżywać wspólne emocje (Kłoskowska, 1996). Język bierze udział w dwóch procesach – socjalizacji i kulturyzacji, ale jego utrata nie oznacza pozbawienia etnicznej lub kulturowej tożsamości (Stępkowska, 2019).

Przedstawione wyniki badań mają na celu pokazanie, jakie czynniki wpływają na kształtowanie się tożsamości u młodych bilingwistów, czy dwujęzyczność wpływa na ich samoidentyfikację oraz czy rodzice-emigranci pomagają im w rozwijaniu poczucia bycia Polką/Polakiem. Zaprezentowane badania mają charakter empiryczny i zostały przeprowadzone na poziomie indywidualnym za pomocą dwóch narzędzi badawczych: wywiadu z wykorzystaniem m.in. komunikatora Messengera oraz kwestionariusza ankiety.

Charakterystyka respondentów

Badani respondenci wychowują się w jednokulturowych rodzinach, ale w wyniku podjętej przez rodziców decyzji o emigracji są zanurzeni w dwóch kulturach: irlandzkiej i polskiej. Kontakt osób z dwiema kulturami prowadzi do ich dwukulturowości. W opisywanych badaniach uczestniczyły trzy grupy uczniów: ankietowani, którzy ukończyli już naukę w Szkolnym Punkcie Konsultacyjnym w Waterford – 12 uczniów w wieku 19 lat, bilingwiści czwartej klasy liceum – 5 osób w wieku 17 lat oraz uczniowie szkoły podstawowej w wieku 8–15 lat – 45 osób. W tych różnych grupach wiekowych poszukiwano odpowiedzi na te same pytania: czy miejsce urodzenia determinuje kształtowanie tożsamości oraz czy dwujęzyczni respondenci bez względu

² Antonina Kłoskowska (1996) podaje dwa składniki tożsamości jednostkowej: walencję kulturową oraz identyfikację narodową. Wyróżnia: uniwalencję – uznanie jednej kultury, biwalencję – uznanie dwóch kultur, poliwalencję – uznanie więcej kultur i ambiwalencję – nieuznanie ani jednej kultury (s. 162).

³ Świadomość tożsamości kulturowej jest wynikiem kontaktu z inną grupą, sposobem określenia samego siebie poprzez przynależność do różnego typu grup (Nikitrowicz, 1995, s. 71).

na wiek, grupę społeczną, którą się otaczają, oraz wpływy wzajemnych interakcji postrzegają siebie tak samo. Wszyscy respondenci odpowiadali na te same pytania. W udzielonych odpowiedziach została zachowana oryginalna pisownia.

Wypowiedzi i samoidentyfikacja respondentów

Pierwsza grupa badanych liczyła 12 osób, wszystkie wyemigrowały wraz z rodzicami w wieku 4–7 lat, uczęszczały do Polskiej Szkoły, jednak na różnych etapach zakończyły w niej naukę. Obecnie mają lat 19. Dwóch respondentów reemigrowało do Polski. Odpowiedzi do badania uzyskałam, korespondując z nimi za pomocą internetowego komunikatora Messenger.

Respondenci byli proszeni o udzielenie odpowiedzi na następujące pytania:

1. Kim się czujesz?
2. Czy miałaś /miałeś kiedyś okres, że nie wiedziałeś, kim jesteś?
3. Czy chciałbyś kiedyś wrócić do Polski?
4. Czy masz więcej przyjaciół Polaków czy Irlandczyków?
5. Obecnie studiujesz czy pracujesz?

Wiktoria, studentka w Irlandii: *Czuję się Polką. Zawsze wiedziałam kim jestem przez rodziców i częste wyjazdy do Polski. Może w dalekiej przyszłości chciałabym wrócić do Polski. Mam tylu samych znajomych.*

Wiktoria B., studentka w Irlandii: *Czuję się Polką, zawsze tak się czułam. Nigdy nie miałam poczucia, że nie wiem kim jestem. Nie chciałabym wrócić do Polski, mam więcej znajomych Irlandczyków.*

Wojtek, pracuje: *I feel polish and no I always know who I am and no I do not wants to move back to Poland to live there but on vacation definitley yes⁴.*

Krzysztof, pracuje: *Teraz czuję się bardziej Irlandczykiem, ponieważ zacząłem zadawać się z większą ilością Irlandczyków i przestałem się limitować do tylko polskiego towarzystwa. W moim wieku nie ma tylu Polaków w moim mieście. Nie chciałbym wracać do Polski, ponieważ życie tam wydaje się trudniejsze a tutaj mam przyjaciół i zapewniony dopływ pieniędzy. Jedyna rzecz, która mogłaby mnie skłonić do powrotu to, że mam swój dom.*

Wiktor, pracuje: *Czuję się Polakiem. W Polsce skończyłem przedszkole i zerówkę i dorastałem z dziadkami z którymi zawsze miałam dobry związek. Mam więcej przyjaciół Irlandczyków. Komfortowo się tutaj czuję więc nie chciałbym wracać do Polski.*

⁴ W przypadku Wojtka L2 stał się jego kodem podstawowym. Zawadowski opisał taką możliwość, gdy w fazie dojrzałej w wyniku pewnych zmian społecznych następuje zmiana kodu językowego i nie jest ona zależna od kolejności akwizycji języków (Zawadowski, 1961).

Oliwia, studentka: *Zawsze czułam się Polką, dzięki rodzinie i bez wątpienia znajomym. Polska kultura też mi jest dużo bardziej znajoma niż irlandzka. Nie wykluczam powrotu do Polski, więcej mam znajomych Polaków*⁵.

Max, pracuje: *Zawsze czułem się Polakiem i mam nadzieję, że to się nie zmieni. Wydaje mi się, że każdy ma taki okres czasem w życiu gdzie pytamy o siebie. Gdybym znalazł dobrze płatną pracę to bym chciał jak najszybciej wrócić do Polski. Mam bardzo mieszane towarzystwo.*

Iza, studentka: *Czuję się Polką. Miałam takie odczucie. Będąc w Irlandii zawsze czułam się Polką jednak po dłuższej chwili w Polsce miałam takie przemyślenia, że jednak już tam nie należę i w pełni nie czuję się ani Polką ani Irlandką. W Irlandii ludzie wydają się tak nie przejmować wszystkim i przywykłam do ich towarzystwa. Czułam się tak luźniej więc pewnie dlatego w Polsce poczułam, że tam w pełni nie należę. Wydaje mi się, że w Polsce brakowało mi zrozumienia od innych. Planuję powrót za rok na studia do Polski. W Irlandii nigdy nie poczułem się jak w domu bo cała moja rodzina mieszka w Polsce i pół życia tam spędziłam, mam dużo pięknych wspomnień. Może gdybym urodziła się w Irlandii nie znałabym innego miejsca i mogłabym w pełni się zaklimatyzować. Mam więcej przyjaciół Irlandczyków.*

Adrian, pracuje: *Czuję się Polakiem. Zawsze tak czułem. Mam znajomych większości Polaków bo lepiej rozmawia mi się po polsku. Od zawsze rozmowa po angielsku różniła się od rozmawiania po polsku.*

Angelika, studiuje i pracuje: *Czuję się Polką i zawsze tak się czułam. Na stałe nie chciałabym wrócić do Polski, jedynie jeździć na parę miesięcy lub na wakacje. Mam więcej przyjaciół Irlandczyków.*

Konrad, uczy się i reemigrował do Polski: *Czuje się Polakiem ale będąc w Irlandii czułem się Irlandczykiem. Mam obecnie więcej przyjaciół Polaków ale tęsknię za osobami z którymi byłem tam związany, za atmosferą, często wracam do Irlandii myślami.*

Nicola, studiuje w Polsce: *Czuję się bardziej Irlandką niż Polką. Wychowałam się w Irlandii i mieszkalam tam przez większość mojego życia. Zachowuję się bardziej jak Irlandka niż Polka. Nawet znajomi w Polsce mówią do mnie po angielsku. Irlandczycy są bardziej życzliwi, pogodni, przyjaźni. Na przykład „hello” na ulicy. Nie miałam nigdy poczucia, że nie wiem kim jestem. Na początku czułam się Polką ale jak zaczęłam dorastać, uświadomiłam sobie, że czuję się bardziej Irlandką niż Polką. Nigdy nie chciałam wrócić do Polski ale moi rodzice podjęli taką decyzję, nie planuję pozostać w Polsce dłużej. Mam więcej przyjaciół Irlandczyków*⁶.

⁵ W tożsamości kulturowej jednostka nie dąży do upodobnienia się do innych osób. Świadomie dokonuje selekcji (Mamzer, 2002, s. 112).

⁶ Istnieje koncepcja lustrzanego odbicia, gdy człowiek postrzega siebie przez pryzmat innych osób (Cooley, 1992, s. 20).

Drugą grupę badawczą stanowili uczniowie liceum, którzy w różnym wieku przybyli wraz z rodzicami do Irlandii.

Miłosz, wyemigrował w wieku 11 lat: *Czuję się Polakiem. Zawsze tak się czułem. Jednak domu nie czuję ani w Polsce ani w Irlandii. Moja mama czuje się w domu kiedy jedziemy do Irlandii, ale ja czuję się tak samo wszędzie. Jedyną różnicą, którą czuję to, że w Irlandii mam swój własny pokój i trochę prywatności, lecz ta różnica nie jest dla mnie wielka. Nie chciałbym wracać do Polski. Mam tylko samo kolegów Polaków i Irlandczyków.*

Jessika, miała rok, gdy wyemigrowała: *Czuję się Polką zawsze tak się czułam. Chciałabym wrócić do Polski, ponieważ gdy cała rodzina wróciła do Polski (babcia, ciocie) nie czuję domu nigdzie. Mam tylko samo znajomych Polaków i Irlandczyków.*

Julia, wyemigrowała w wieku 4 lat: *Czuję się Polką. Zawsze płakałam jak wracałam z Polski ale nie czuję kompletnie w domu ani w Polsce ani w Irlandii. Nadal tęsknię za Polską i jak zarobki byłyby lepsze to wtedy przeprowadziłabym się do Polski. Mam tylko samych znajomych.*

Eryk, miał rok, gdy wyemigrował: *Czuję się Polakiem. Jednak bliższa jest mi mentalność irlandzka, życzliwość np. w sklepach. Jeżdżę co roku do Polski. Nie chciałbym wracać do Polski. Mam tylko samo znajomych.*

Kuba, miał 4 lata, gdy wyemigrował: *Czuję się Polakiem i zawsze tak się czułem. Nie chciałbym wracać do Polski bo w Irlandii jest mój dom. Powiedziałbym, że pół na pół mam znajomych bo wielu moich przyjaciół w Irlandii są Polakami.*

Emilia, wyemigrowała w wieku 14 lat: *Czuję się Polką. Chciałabym jak najszybciej wrócić do Polski, tam jest mój dom. Mam więcej przyjaciół Polaków.*

Tab. 1. Miejsce urodzenia i wybór przynależności etnicznej

Wiek badanych i miejsce urodzenia	Liczba osób	Wybór przynależności etnicznej	Wiek badanych i miejsce urodzenia	Liczba osób	Wybór przynależności etnicznej
19 lat, Polska	2	Irlandia	12 lat, Polska	4	Polska
19 lat, Polska	10	Polska	11 lat, Polska	6	Polska
17 lat, Polska	5	Polska	11 lat, Irlandia	1	Irlandia
15 lat, Polska	5	Polska	10 lat, Irlandia	2	Irlandia
14 lat, Polska	8	Polska	10 lat, Irlandia	2	Irlandia i Polska
13 lat, Polska	2	Polska	9 lat, Irlandia	4	Irlandia
13 lat, Włochy	1	Włochy	8 lat, Irlandia	10	Irlandia

W pierwszej grupie badawczej cztery osoby potwierdziły, że czują się Polakami. Z ich odpowiedzi wynika, że to rodzice, związek emocjonalny z dawnym krajem, wspomnienia, kontakt z rodziną w Polsce i regularne wyjazdy do ojczyzny zdeterminowały ich identyfikację z polskością.

Wypowiedź Wiktorii i Oliwi najlepiej ilustruje, jak kluczowa dla kształtowania tożsamości jest postawa rodziców. To oni mogą motywować, kultywować tradycje, wzmacniać poczucie przynależności czy też pomagać w zachowaniu więzi kulturowych i języka.

Kolejnym czynnikiem, który ma znaczący wpływ na samoidentyfikację, jest miejsce zamieszkania. Środowisko, w którym jeden z ankietowanych spędził większość czasu, nawiązał relacje, doświadczając przy tym innej kultury, wpłynęło na jego poczucie bycia Irlandczykiem. Emigranci bowiem żyją nie tylko w dwóch językowych wizjach świata, ale także w dwóch kulturach⁷.

Na tle wszystkich przebadanych w tej grupie bilingwistów wyróżnia się przypadek Nikoli i Krzysztofa. Nikola uzasadnia swoje poczucie bycia Irlandką, wskazując na odpowiadający jej styl życia i wartości środowiska, w którym egzystowała. Powrót do kraju urodzenia nie wpłynął na zmianę jej poczucia przynależności do społeczności irlandzkiej.

Krzysztof, który w Irlandii uczęszczał do Polskiej Szkoły, deklarował w ankietach, że czuje się Polakiem. Po ukończeniu edukacji w polskiej placówce jego poczucie polskości uległo zmianie. Rozpoczął pracę, jednocześnie zmieniając środowisko na irlandzkie, co wpłynęło na jego poczucie tożsamości. Skutkiem tej zmiany była także zmiana statusu języka polskiego. Po wypowiedziach badanego widać, że język angielski stał się jego językiem pierwszym.

Z wypowiedzi ankietowanych wynika, że pod wpływem wzajemnych interakcji tożsamość kulturowa może ewoluować (Guillermo-Sajdak, 2015). W przypadku respondenta Krzysztofa, gdy był dzieckiem, na kształtowanie się jego osobowości mieli wpływ rodzice (socjalizacja pierwotna)⁸.

W drugiej grupie badawczej na ukształtowanie tożsamości respondentów mieli wpływ rodzice, rodzina i znajomi. Zastanawiające w odpowiedziach niektórych ankietowanych jest to, że niektórzy z nich nie mają trudności w określeniu tożsamości, ale brakuje im poczucia „posiadania domu” w danym miejscu, co otwiera perspektywę dla dalszych badań.

W trzeciej grupie badanych dwie osoby, odpowiadając na pytanie: „Czy czujesz się Irlandczykiem i Polakiem?”, wykazały postawę dwukulturową, pozostałe określiły swoją tożsamość jednokulturowo, tj. 19 osób czuje się Irlandką/Irlandczykiem, 40 – Polką/Polakiem, zaś 1 osoba – Włochem.

Osoby, które określiły siebie jako Irlandczyków, wiązały swe poczucie tożsamości z miejscem urodzenia.

⁷ Szerzej tym zagadnieniem autorka zajmuje się w artykule *Preferencja języka polskich dzieci dwujęzycznych w Irlandii* (Botwin, 2021, s. 58).

⁸ Zob. artykuł *Język vs Kultura – tożsamość kulturowa dwujęzycznych reprezentantów emigracji okołosolidarnościowej we Włoszech* (Kowalcze-Franiuk, 2017).

Czuję się Irlandczykiem, bo tu się urodziłem i tu cały czas mieszkam.

Czuję się Irlandką, bo się urodziłam tutaj i tutaj mam koleżanki.

Czuję się Irlandczykiem, jak byłam młodsza rozmawiałam po polsku, teraz prawie nic.

W taki sam sposób odpowiadali respondenci, którzy definiują siebie jako Polaka. Podawali dodatkowy argument, poza miejscem urodzenia i przyjaciółmi: *czuję się Polakiem, bo tam jest większość mojej rodziny i tam jest mój dom.*

Pytanie: „Czy masz więcej przyjaciół Polaków czy Irlandczyków?” miało na celu pokazanie, czy grupa społeczna, nowe liczne przyjaźnie mogą wpłynąć na samoidentyfikację. Z odpowiedzi ankietowanych wyraźnie wynika, że integracja z określoną grupą społeczną nie wpływa na własną definicję siebie.

Na pytanie „Czy chciałbyś kiedyś wrócić do Polski?” 10 osób odpowiedziało – nie, 8 osób – nie wiem, 22 osoby – tak, a 5 – bardzo. Plany ankietowanych w większości nie są związane z Irlandią, dopytani uczniowie uzasadnili swoją wypowiedź chęcią powrotu do rodziny, do przyjaciół, a także zamiarem studiowania w Polsce.

Podsumowanie

Podsumowując zaprezentowane wyniki badań, należy stwierdzić, że miejsce urodzenia niewątpliwie wpływa na samoidentyfikację młodych bilingwistów. Inne czynniki, takie jak środowisko kulturowe, język, rodzina czy związek emocjonalny z Polską, również odgrywają istotną rolę w kształtowaniu tożsamości bilingwalnych osób przebywających na emigracji. Z przeprowadzonych badań wyraźnie wynika, że samoidentyfikacja jest silnie związana z miejscem urodzenia i preferencją wyboru języka w procesie komunikacji. Ankietowani wraz z rodzicami imigrantami kultywują język i tradycje swojej ojczyzny, przyjmując jednocześnie zwyczaje irlandzkie. Okazało się, że czynnikiem, który może wpłynąć na kształtowanie tożsamości osoby bilingwalnej, jest też zachowanie danej grupy społecznej, jej styl życia oraz wyznawane wartości. Analiza odpowiedzi pokazała również, jakie wyzwania stawia przed bilingwistami życie w dwóch kulturach, a także jak może ona przyczynić się do lepszego zrozumienia procesów tożsamościowych w kontekście migracji. Dwujęzyczność może prowadzić do ciekawych dynamik, gdy jednostka stara się łączyć obie kultury, a jednocześnie próbuje zachować swoją tożsamość.

Bibliografia

- Bartz B. (1997). *Idea wielokulturowego wychowania w nowoczesnych społeczeństwach*. Radom: Wydawnictwo Instytutu Technologii i Eksploatacji.
- Bauman Z. (1995). *Wieloznaczność nowoczesna, nowoczesność wieloznaczna*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Bell D. (1998). *Kulturowe sprzeczności kapitalizmu*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Bokszański Z. (2015). *Tożsamości zbiorowe*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

- Botwin J. (2021). Preferencja języka polskich dzieci dwujęzycznych w Irlandii. W: I. Wiczorek, A. Roter-Bourkane (red.), *Glottodydaktyka polonistyczna. Strategie – wartości – wyzwania* (s. 53–61). Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu.
- Cieszyńska J. (2006). *Dwujęzyczność, dwukulturowość – przekleństwo czy bogactwo? O poszukiwaniu tożsamości Polaków w Austrii*. Kraków: Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej.
- Erikson E.H. (2004). *Tożsamość a cykl życia*. Poznań: Wydawnictwo ZYSK i S-ka.
- Guillermo-Sajdak M. (2015). *Bilingwizm polsko-hiszpański w Argentynie*. Warszawa: Muzeum Historii Polskiego Ruchu Ludowego, Instytut Studiów Iberyjskich i Iberoamerykańskich UW.
- Haugen E. (1972). Language Contact. *Nowoje w lingwistike VI. Jazykowyje kontakty*, 3, 61–80.
- Kłoskowska A. (1996). *Kultury narodowe u korzeni*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Kłoskowska A. (2005). *Kultury narodowe u korzeni*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN SA.
- Kowalcze-Franiuk K. (2018). *Bilingwizm polsko-włoski i tożsamość kulturowa emigracji okołosolidarnościowej we Włoszech*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Kowalcze-Franiuk K. (2017). *Język vs kultura – tożsamość kulturowa dwujęzycznych reprezentantów emigracji okołosolidarnościowej we Włoszech*, PL.IT / rassegna italiana di argomenti polacchi, 8, <https://plitonline.it/pdf/2017/plit-8-2017-144-159-karolina-kowalcze-franiuk.pdf> (dostęp 28.12.2023).
- Kubitsky J. (2012). *Psychologia migracji*. Warszawa: Difin SA.
- Mamzer H. (2002). *Tożsamość w podróży. Wielokulturowość a kształtowanie tożsamości jednostki*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu.
- Nikitrowicz J. (2008). Kosmopolityzm i ojczyzna prywatna jako nowy ład społeczny. W: D. Łalak, *Dom i ojczyzna. Dylematy wielokulturowości*. Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego.
- Smolicz J. (1990). *Kultura i nauczanie w społeczeństwie wieloetnicznym*. Warszawa: PWN.
- Stępkowska A. (2019). *Pary dwujęzyczne w Polsce*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu.
- Tajfel H. (1982). *Social identity and intergroup relations*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Zawadowski L. (1961). Fundamental relations in language contact. *Biuletyn Polskiego Towarzystwa Językoznawczego*, 20, 3–26.

Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis

Studia Logopaedica 7 (2023)

ISSN 2083-7283

DOI 10.24917/20837283.7.3

Jagoda Cieszyńska-Rożek

Uniwersytet Komisji Edukacji Narodowej, Kraków

ORCID 0000-0002-4411-1568

Stymulacja procesów uczenia się i pamięci w Metodzie Krakowskiej

Stimulation of learning and memory processes in the Krakow Method

Streszczenie

W artykule przedstawiona została koncepcja stymulacji rozwoju funkcji poznawczych, uwzględniająca wyniki nowych badań neurobiologicznych dotyczących procesu uczenia się, a przede wszystkim uwagi, kontroli wykonawczej, pamięci roboczej oraz neurogenezy i kształtowania się sieci połączeń w korze mózgowej. Autor przedstawia znaczenie wybranych technik Metody Krakowskiej: Gesty Artykulacyjne® oraz Symultaniczno-Sekwencyjną Naukę Czytania® dla pobudzenia procesów rozwoju i dojrzewania funkcji poznawczych.

Słowa kluczowe: uczenie się, uwaga, pamięć, transfer bliski i daleki

Abstract

This article presents a concept for stimulating the development of cognitive functions, taking into account the results of new neuroscientific research concerning the learning process and, in particular, attention, executive control, working memory, and neurogenesis and the formation of networks of connections in the cerebral cortex. The author presents the importance of selected techniques of the Krakow Method: Articulatory Gestures® and Simultaneous-Sequential Reading Learning® for stimulating the processes of development and maturation of cognitive functions.

Keywords: learning, attention, memory, near and far transfer

Wprowadzenie

Stymulacja rozwoju jest oddziaływaniem na sprawność umysłową poprzez aktywne angażowanie funkcji poznawczych – uwagi (*attention*), kontroli wykonawczej (*executive control*) i pamięci roboczej (*working memory*).

Metoda Krakowska wypracowała siedemnaście technik¹ stymulacji rozwoju funkcji poznawczych, kształtujących procesy uczenia się i pamięci (Cieszyńska-Rożek, 2013). Techniki te stosowane są w ramach wspierania rozwoju dzieci neurotypowych oraz jako oddziaływania terapeutyczne w sytuacji zaburzeń. Zmiany rozwojowe determinowane są przez współzależne procesy dojrzewania i uczenia się w szeroko rozumianym neurośrodowisku. Termin ten wskazuje na wzajemne zależności między kształtowaniem się struktur mózgu a ich funkcjonowaniem w reakcjach na bodźce płynące z otoczenia (Cieszyńska-Rożek, 2022).

Stymulacja nie tylko wpływa na doskonalenie się funkcji rozwojowych, ale także może inicjować dojrzewanie (Strelau, Doliński, 2021). Kształtowanie neurośrodowiska przyjaznego rozwojowi polega na zastosowaniu funkcji umacniania i wspierania nabywania nowych umiejętności, ale także przede wszystkim na wprowadzaniu nowych doświadczeń. Tak o tym piszą J. Strelau i D. Doliński:

Obecność lub nieobecność jakiegoś doświadczenia lub całej ich sekwencji ma decydujący wpływ na to, czy dana kompetencja w ogóle się pojawi i rozwinie, czy też nie (2021, s. 132).

Mózg modyfikuje swoje struktury i funkcje w zależności od podejmowanych motorycznych i poznawczych aktywności (Eagelman, 2023). W trakcie rozwoju dokonują się procesy neurogenezy, dojrzewania neuronów, a także budowane są sieci połączeń między różnymi obszarami mózgu. Interakcje między nimi prowadzą jednocześnie do zmian wewnątrz poszczególnych struktur (Johnson, de Haan, 2018). Istniejące sieci wewnętrznych połączeń w szczególności między odległymi obszarami mózgu mają wpływ na kształtowanie się i rozwój wszystkich funkcji poznawczych. K. Jurewicz (2020, s. 107) opisuje siedem głównych sieci mózgu:

- sieć aktywności spoczynkowej,
- grzbietową sieć uwagi (odpowiedzialną za przetwarzanie informacji na temat obiektów i ułożenia ciała, koordynowanie działania oraz przetwarzanie informacji na temat przestrzennych relacji obiektów i własnego ciała),
- brzuszna sieć uwagi (kontrolującą reakcje na bodźce środowiskowe),

¹ Stymulacja słuchowa, Gesty Artykulacyjne/Manualne Torowanie Głosek, dialog z zamianą ról, programowanie języka, Dziennik wydarzeń, Symultaniczno-Sekwencyjna Nauka Czytania®, stymulacja wzrokowa, stymulacja funkcji motorycznych, stymulacja kształtowania się dominacji stronnej funkcji, zabawa, stymulacja funkcji lewej kory mózgu, stymulacja zachowań społecznych, stymulacja wielozmysłowa, stymulacje uwagi i pamięci, stymulacja myślenie kategoryjnego i przez analogię, stymulacja myślenia przyczynowo-skutkowego oraz logoterapia.

- sieć czołowo-ciemieniową (dokonującą kontroli poznawczej i wykonawczej),
- sieć wzrokową,
- sieć czuciowo-ruchowo-słuchową,
- sieć limbiczną (emocjonalną).

Kluczowe znaczenie w adaptowaniu się do nowych zadań odgrywa sieć czołowo-ciemieniowa oraz rozwój jej połączeń z pozostałymi sieciami. Aktywność wszystkich siedmiu opisanych sieci ma kluczowe znaczenie dla opanowania języka mówionego i pisanego, a tym samym dla kształtowania się wszystkich funkcji poznawczych.

W przebiegu rozwoju neuron tworzy rozgałęzienia umożliwiające komunikację z innymi neuronami. W środowisku urozmaiconym powstają bogate rozgałęzienia, warunkujące pełny rozwój intelektualny, emocjonalny i społeczny. Jednym z najważniejszych sposobów stymulacji i terapii jest wczesna nauka czytania.

Środowisko typowe

Środowisko stymulujące

Środowisko zubożone



Ryc. 1. Tworzenie się neuronów i ich rozgałęzień w zależności od środowiska

Źródło: Eagleman, 2023, s. 31.

Celem wprowadzania technik Metody Krakowskiej jest kształtowanie urozmaiconego neurośrodowiska, które umożliwi dzieciom, także przejawiającym zaburzenia, aktywne, samodzielne uczenie się nowych umiejętności. Dzięki zastosowaniu specjalnie przygotowanych ćwiczeń dochodzi do efektu generalizowania skutków stymulacji. Dziecięce umysły dokonują transferu umiejętności, czyli przeniesienia procedury działania z zadań poznanych podczas stymulacji na inne nowe zadania, przede wszystkim pojawiające się w życiu codziennym.

Transfer bliski (*near-transfer effect*) ujawnia się, gdy dzieci wykonują ćwiczone uprzednio zadania, ale otrzymują nowy materiał, lub gdy jest on ten sam, ale zmieniają się warunki jego użycia. Do transferu dalekiego (*far-transfer effect*) dochodzi wówczas, gdy stymulacja jednych umiejętności poprawia inne funkcje poznawcze. Miernikiem skuteczności stymulacji jest poprawa działania w domu, przedszkolu i szkole.

E. Nęcka (2018) przytacza wyniki badań eksperymentalnych pokazujących, że wzorzec aktywności EEG ćwiczących czterolatków był podobny do wzorca nietreningujących sześciolatków. Cytowane badania wykazały pozytywny wpływ treningu na sprawność uwagi, a także na poziom inteligencji ogólnej. Ważną konkluzją jest konstatacja, że „inteligencja małego dziecka jest mniej zróżnicowana niż u starszych

dzieci i dorosłych, wobec tego trening powinien raczej angażować funkcje szerokie niż wąskie” (Nęcka, 2018, s. 106). Stąd właśnie tak szeroki wachlarz ćwiczeń angażujących wiele struktur kory mózgowej, proponowanych w Metodzie Krakowskiej. Oddziaływania skoncentrowane na jednej umiejętności czy wybranym module nie przynoszą oczekiwanych rezultatów.

Istotne dla rozumienia procesów stymulacji i terapii w sytuacji zaburzeń rozwoju jest połączenie procesów uczenia się z emocjami. Jeżeli dziecko przeżywa radość z wykonywanych działań, w mózgu uruchomiany jest proces wydzielania się neurotransmiterów nagrody (dopamina, endorfiny endogenne, serotonina i oksytocyna), warunkujące skuteczność uczenia się. O tym, jak chemia mózgu wpływa na procesy uwagi, pisali J. Bauer (2006), S. Dehaene (2021), R.E. Nisbett (2010, 2021). „Zatem podstawą usprawnienia konkretnego zachowania nie jest jedynie powtarzanie tego zadania; potrzeba również, by systemy neuromodulacyjne kodowały istotność tej czynności” (Eagleman, 2023, s. 212). Chodzi przede wszystkim o intencjonalność w zachowaniu terapeuty lub rodzica/opiekuna oraz pobudzenie pozytywnych emocji poprzez radość ze wspólnego działania. Jednym ze sposobów jest technika odwracania ról, gdy dziecko ma także okazję tworzyć, pokazywać zadania i oczekiwać ich podejmowania przez dorosłego.

Stymulacja rozwoju prowadzona przez terapeutów Metody Krakowskiej jest w wysokim stopniu spersonalizowana, skierowana na korektę zaburzonych zachowań, kształtowanie nowych umiejętności, wspieranie mocnych stron dziecka oraz wykorzystywanie jego preferencji.

Trening metapoznawczych strategii działania polega na modelowaniu procesów złożonych, które bazują na doświadczeniach zdobywanych podczas podejmowania aktywności skierowanych na cel.

Wykonanie zadania poznawczego zależy od spełnienia czterech warunków:

- prawidłowych procesów uwagi i percepcji bodźców,
- zaprogramowania planu ruchu,
- zrozumienia i utrzymania instrukcji w pamięci roboczej,
- prawidłowego przebiegu procesu poznawczego (Nęcka, 2018).

1. Uwaga

Uwaga (*attention*) jest stanem koncentracji na określonym obszarze informacji dostępnych percepcji (Zimbardo, Gerring, 2012). System kontroli uwagi znajduje się w różnych strukturach odbierających i analizujących sygnały z danej modalności. Miarą uwagi jest jej sprawność w oddzielaniu bodźców ważnych od nieważnych oraz zdolność dłuższej koncentracji na istotnych bodźcach. Uwaga pozwala selekcjonować pole percepcyjne w sytuacji działania różnych dystraktorów.

Uwaga wpływa modulującą na procesy percepcji, decydując, które informacje przedostaną się do świadomości. „Jeśli jakiś bodziec wzrokowy nie przechodzi próby ważności, to nie będzie widzianym, mimo że jest widzialnym” (Nęcka, 2018, s. 23). Także S. Dehaene (2023) podkreśla, że nieuwaga powoduje niewidzialność.

Badania wykazały, że procesy świadomej uwagi modyfikują aktywność mózgu już na wczesnych etapach przetwarzania informacji (Strelau, Doliński, 2021). Dehaene (2023) stworzył teorię *globalnej neuronowej przestrzeni roboczej*, wyjaśniającej procesy świadome: wybierające, wzmacniające i udostępniające informacje. „Świadomość polega na globalnej transmisji informacji w korze – wyłania się ona z sieci neuronowej, której istotę stanowi rozległe rozprowadzanie ważnych informacji w odległych rejonach mózgu” (Dehaene, 2023, s. 25). Dostęp do świadomości jest jednocześnie otwarty i wysoce selektywny, ponieważ „nieświadomy umysł przedstawia propozycje, a świadomy dokonuje wyboru” (Dehaene, 2023, s. 92). Uwaga determinuje, czy nieświadomie postrzegany bodziec będzie przetwarzany czy też nie.

2. Pamięć

Pamięć (*memory*) rozumiana jest jako zdolność do kodowania, przechowywania i wydobywania informacji (Zimbardo, Gerring, 2021). Stosując kryterium czasu, wydzielić można pamięć sensoryczną (od jednej milisekundy do sekundy), krótkotrwałą i długotrwałą. Pamięć krótkotrwała (robocza) trwa do około jednej minuty, pamięć długotrwała może przechowywać informacje przez dni, miesiące i lata.

W opisie procesów zapamiętywania podkreślany jest mechanizm świadomości, jego istnienie lub niewystępowanie. Pamięć świadoma (jawna, deklaratywna) urzeczywistnia się jako semantyczna (wiedza) lub epizodyczna (zdarzenia). Pamięć nieświadoma (niejawna, ukryta, niedeklaratywna) identyfikowana jest, gdy o jej istnieniu wnioskować można jedynie na podstawie zachowania. Może ona dotyczyć działania (pamięć proceduralna), rozpoznawania osób (pamięć percepcyjna), a także powstawać na drodze warunkowania i prymowania (umacniania, torowania) (Anastasiadou i in., 2022).

Torowanie (*priming*) zwiększa łatwość zapamiętywania dzięki uprzedniej ekspozycji słów, obrazów, ruchów lub sytuacji. Proces ten zachodzi wówczas, gdy wcześniejsze spostrzeganie danych obiektów i ich cech powoduje, że są one, lub inne im podobne, szybciej spostrzegane po ponownej prezentacji. Torowanie polega na pobudzaniu pamięci niedeklaratywnej. Doświadczenia, które wywoływały aktywność własną dziecka torują drogę pamięci w kolejnych działaniach.

Pamięć proceduralna (*procedural memory*), na której opiera się wczesna stymulacja rozwoju poznawczego małych dzieci, dotyczy wykonywania czynności. Innymi słowy jest to „sposób, w jaki umiejętności percepcyjne, poznawcze i ruchowe są nabywane, przechowywane i wykorzystywane” (Zimbardo, Gerring, 2021, s. 274).

Stymulacja rozwoju mowy dzieci w wieku poniemowlęcym i wczesnym przedszkolnym wykorzystuje do umacniania śladów pamięciowych czteromodalną stymulację uwzględniającą łączenie przynajmniej czterech modalności – słuchu, wzroku, dotyku i ruchu/propriocepcji. Pozostałe zmysły (węch i smak) stymulowane są w terapii okazjonalnie, powinny jednak być aktywowane w warunkach codziennego życia.

We współczesnej neurokognitywistyce podkreśla się istotną rolę pamięci roboczej, wykorzystywanej podczas bieżącego przetwarzania w procesach uczenia się.

„Pamięć roboczą definiuje się jako aktywną część pamięci trwałej, ewentualnie wzbogaconą elementami bieżącej stymulacji bodźcowej” (Nęcka, 2018, s. 31). Część informacji pozyskanych w nowej sytuacji przechodzi do pamięci trwałej i może być aktywowana podczas działania nowego bodźca albo na drodze świadomego przypominania sobie.

Pamięć robocza bierze udział w przetwarzaniu języka (mówienie, słuchanie, pisanie, czytanie), w uczeniu się ze zrozumieniem, w myśleniu i podejmowaniu decyzji, w logicznym rozumowaniu na podstawie przesłanek (Nęcka, 2028, s. 123).

Wydolność pamięci roboczej uważana jest za najsilniejszy predyktor poziomu inteligencji ogólnej. Z tego względu treningi pamięci roboczej dzieci stanowią ważną część w prawidłowo zaplanowanej stymulacji i terapii. Oddziaływania pozwalają zmniejszyć podatność na dystrakcję, a także poprawić efektywność uczenia się. Celem długofalowym jest uzyskanie transferu dalekiego w stosunku do ogólnej sprawności poznawczej, a przede wszystkim w odniesieniu do funkcjonowania w domu, przedszkolu i szkole.

Proponowane w procesie stymulacji zadania mają charakter adaptacyjny, co zapewnia dostosowanie poziomu trudności do zmieniających się pod wpływem doświadczeń kompetencji ćwiczącego.

2.1. Pamięć wzorców artykulacyjnych

Wiedza o tym, że lewa kora kontroluje rozumienie i użycie języka oraz wyuczone gesty manualne, umożliwiła stworzenie techniki Gestów Artykulacyjnych® (GA®) do stymulacji rozwoju i terapii zaburzeń mowy. GA®, ucieleśniając dźwięki w układzie dłoni dotykającej warg, policzków, żuchwy, krtani, uruchamiają prymarną, gestową komunikację, naturalną dla dzieci i dorosłych. Gesty bowiem są ruchami rąk zsynchronizowanymi z wypowiedzianymi słowami (Załaźńska, 2007).

J. Antas pisze, że gesty „są pierwotnym sposobem obrazowania myśli, jak najbardziej ikonicznym (obrazowym) i motywacyjno-wyobrażeniowym, wywodzącym się bezpośrednio z fizycznego, ludzkiego doświadczenia i jego bytowania w ontologicznej przestrzeni i czasie” (2001, s. 452). Motywacyjno-wyobrażeniowy charakter gestów tłumaczy ich niezwykłą rolę w ukazywaniu dźwięków mowy i budowaniu intencji komunikacyjnej.

Dźwięki mowy mogą nie zostać odebrane, a także nie być powtarzane z powodu braku planu ruchu artykulacyjnego. Aktywowanie wzorców artykulacyjnych następuje dzięki torowaniu (*priming*) pamięci ruchów artykulatorów poprzez wykonanie gestów wizualizacyjnych. Wizualizacja układu narządów artykulacyjnych wykonana przez terapeutę ułatwia proces percepcji. Pobudzając ruch dłoni, aktywuje artykulatory, a w konsekwencji fonację. Umowne, skonwencjonalizowane ruchy jednej dłoni (wyjątkowo obu rąk w geście obrazującym samogłoskę *y*) aktywują ośrodki ruchowe kory mózgowej odpowiedzialne za artykulację. Doświadczenia kliniczne zdobywane podczas stymulacji rozwoju mowy osób z różnymi trudnościami w opanowaniu/odbudowywaniu systemu językowego potwierdziły zasadność stosowania GA® w celu

pobudzenia struktur zarówno motorycznych (pole Broki), jak i percepcyjnych (pole Wernickego) (Cieszyńska-Rożek, 2013, 2023b; Kuśnierz, Sedivy-Mączka, 2019; Siudak, 2019, 2020).

Gesty obrazujące brzmienie głosek pozwalają także dekodować przekaz językowy, gdy zaburzenia artykulacji nadawcy zakłócają percepcję słuchacza. Osoby używające ilustratorów dźwięków mowy są rozumiane mimo poważnych, utrudniających wypowiedź problemów artykulacyjnych.

3. Wczesna nauka czytania jako trening poznawczy

Symultaniczno-Sekwencyjna Nauka Czytania® została opracowana dla dzieci w wieku poniemowlęcym, przedszkolnym i wczesnoszkolnym. Technika ta jest stosowana jako stymulacja rozwoju intelektualnego dzieci neurotypowych oraz jako terapia dla dzieci z różnorodnymi zaburzeniami rozwojowymi. U dzieci uczących się czytać zanotowano, w wyniku intensywnej mielinizacji, przyrost istoty białej w tylnej części ciała modelowatego (*isthmus*) oraz w korze potylicznej (Allen, 2011).

Naturalna nauka czytania powinna przebiegać od symultanicznych całości (samogłoski, paradygmaty sylab, wykrzyknienia i wyrażenia dźwiękonaśladowcze, wybrane wyrazy globalnie rozpoznawane) do sekwencyjnych zapisów nowych wyrazów, zdań oraz tekstów (Cieszyńska-Rożek, 2023a). Poza obszarami słuchowymi i wzrokowymi kory mózgu w proces uczenia się czytania i pisania zaangażowane są struktury, dzięki którym zapamiętywane jest brzmienie słów, ich znaczenie, kształty liter i plan ruchu artykulacyjnego oraz manualnego. Podczas czytania aktywowane są wszystkie cztery płaty kory mózgowej oraz mózdzek. Zależności te przedstawione zostały w tabeli 1.

Tab. 1. Aktywność struktur mózgu podczas czytania

Struktura mózgu	Rodzaj przetwarzanych informacji
Kora potyliczna	Informacje wzrokowe – percepcja samogłosek, sylab, wyrazów
Pasmo grzbietowe	Informacje wzrokowe i plan działania (<i>jak to zrobić?</i> i <i>gdzie to jest?</i>)
Pasmo brzuszne	Informacje wzrokowe i znaczenia (<i>co to jest?</i>)
Kora skroniowa	Informacje słuchowe
Kora ciemieniowa	Informacje dotykowe i motoryczne
Kora czołowa	Rozumienie wypowiedzi
Mózdzek	Plan ruchu (artykulacja, pisanie)
Ośrodk Broki i Wernickego połączone pęczkiem łukowatym	Koordinowanie procesu mówienia, rozumienia i powtarzania
Struktura <i>hipokampa</i>	Uczenie się, przenoszenie informacji do pamięci długotrwałej
Spoidło wielkie (ciało modelowate)	Przesyłanie informacji między półkulami mózgu, budowanie struktury <i>isthmus</i>
Ciało migdałowe (<i>amygdala</i>)	Informacje emocjonalne

Jednoczesne pobudzenie wszystkich struktur mózgu jest najskuteczniejszym treningiem rozwoju umysłowego, wykorzystującym zasadę nakładania się (*overlapping*) różnych procesów poznawczych.

Do znanych już w ubiegłym wieku zadań mózdzku, polegających na planowaniu i kontrolowaniu ruchu artykulacyjnego, należy włączyć także umiejętności lingwistyczne wyższego rzędu (Allen, 2011). Mózdzek kontroluje przebieg i precyzję każdego ruchu, ale także wprowadza do niego automatyczne poprawki na podstawie wyćwiczonych, zakodowanych schematów. Ta struktura mózgu może wykonać cztery rodzaje korekty ruchu:

- tłumienie (osłabienie ruchu, gdy osiągnięty został cel),
- modyfikacje wykonywanego ruchu na podstawie płynących ze środowiska informacji,
- modyfikacje ruchu zamierzonego (mowa, pisanie, tańczenie, bieganie, jazda na nartach),
- kontrolowanie ruchów szybkich, o krótkim czasie trwania.

Badacze zwrócili uwagę na rolę pętli mózdkowo-przedczołowej, umożliwiającej równoczesne pobudzenie mózdzku i lewej kory przedczołowej w procesie rozumienia mowy (Allen, 2011). Długie połączenia między strukturami mózgu aktywowane są podczas zabawy małego dziecka z dorosłym. Nauka czytania prowadzona jest zawsze w konwencji wspólnej zabawy. Interakcja taka zawiera elementy ruchu i dialogu, co jest wstępem do kontrolowania funkcji wykonawczych i rozumienia znaczeń. Kora przedczołowa dzięki połączeniom z ciałem migdałowatym dokonuje także emocjonalnej oceny słów i sytuacji. W początkowej fazie uczenia się jest to kluczowe także dla pojawienia się mechanizmu powtarzania (treningu).

Etapy opanowywania umiejętności dekodowania pisma w Symultaniczno-Sekwencyjnej Nauce Czytania® zostały opracowane tak, aby odwzorowywały kształtowanie się mowy dziecka w ontogenezie, a także rozwój pisma w dziejach ludzkości. Ponieważ „mózg w procesie filogenezy rozwijał się jako struktura zintegrowana”, w stymulacji i terapii indywidualnego rozwoju dziecka powinno się uwzględniać takie podejście (Allen, 2011, s. 170). Oznacza to stosowanie wielomodalnych stymulacji, aktywujących jednocześnie jak najwięcej nawet odległych obszarów kory mózgowej. Systemowe podejście wyklucza kierowanie terapii na wybrane i wąsko traktowane zakłócenia rozwoju izolowanych funkcji. Także S. Dehaene (2023) zwraca uwagę na fakt, że w wyższych, kojarzeniowych warstwach kory mózgowej dochodzi do całkowitego przełamania modułowości operacji poznawczych.

Tak jak dla opanowania mowy kluczowe znaczenie ma zdolność różnicowania odstępów między sylabami, tak w nauce czytania różnicowanie sylab jest fundamentem dekodowania pisma. W przebiegu ontogenezy stopniowo kształtuje się dominacja lewej kory mózgu w przetwarzaniu języka mówionego i pisanego. W tabeli 2 przedstawiono schemat aktywności prawej i lewej kory mózgu podczas czytania.

Tab. 2. Aktywność półkul mózgu podczas dekodowania pisma

Tekst	Sposób przetwarzania informacji w korze mózgowej
Samogłoski	Przetwarzanie całościowe w strukturach prawej kory.
Sylaby w paradygmacie	Przetwarzanie całościowe w strukturach prawej kory.
Pojedyncza sylaba poza paradygmatem	Linearne przetwarzanie analityczne w strukturach lewej kory, możliwe także przy dobrej pamięci wzrokowej, przetwarzanie całościowe w strukturach prawej kory.
Wyrażenia dźwiękonaśladowcze i wykrzyknienia	Przetwarzanie całościowe wyrazów o wysokiej częstotliwości występowania w strukturach prawej kory.
Wyrazy	Linearne przetwarzanie analityczne w strukturach lewej kory, możliwe także przy dobrej pamięci wzrokowej, całościowe, w strukturach prawej kory, przetwarzanie wyrazów o wysokiej częstotliwości występowania.
Zdania	Linearne przetwarzanie analityczne w strukturach lewej kory.

Źródło: Cieszyńska-Rożek, 2022a, s. 194.

Umiejętność czytania i pisanie określana jest przez neuroantropologów jako model rozwoju mózgu zarówno w znaczeniu funkcjonalnym, jak i strukturalnym (Allen, 2011; Johnson, de Haan, 2018). Zmiany dokonują się pod wpływem zdobywania złożonych umiejętności kognitywnych – wyłączania i włączania elementów do kategorii, dostrzegania relacji i analogii, zapamiętywania, wnioskowania i rozumowania przyczynowo-skutkowego, a także hamowania reakcji.

Dzięki czytaniu pierwszych tekstów budowanych z samogłosek i ich sekwencji dziecko aktywuje uwagę i świadome przetwarzanie informacji. „Pierwszą sygnaturą świadomego postrzegania jest intensywna aktywacja rozproszonych obszarów mózgu” (Dehaene, 2023, s. 164). Aby odczytać zapis, umysł dziecka musi aktywować wszystkie cztery płaty kory mózgowej oraz mózdzek. Jednoczesne pobudzenie neuronów w różnych strukturach mózgu wprowadza je we wzajemnie podtrzymujący się stan wysokopoziomowej aktywności.

Ten rodzaj aktywności ujawnia się podczas manipulowania samogłoskami i sylabami w celu odczytywania prezentowanych słów, tworzenia nowych oraz nadawania im znaczeń np. imion samochodów, lalek, balonów, zwierząt czy kosmitów. Z badań eksperymentalnych wynika, że tylko świadoma percepcja powoduje rozlanie się aktywacji na lewy i prawy płat czołowy. Podczas czytania w korze przedczołowej kształtują się sieci połączeń, co umożliwia selekcjonowanie informacji i przekazywanie ich do innych struktur mózgu. „W podejściach nieświadomych aktywność zamierała tak prędko, że praktycznie nie występowała aktywizacja czołowa. Natomiast w próbach świadomych była ona silnie wzmacniana” (Dehaene, 2023, s. 184). Czytanie ze zrozumieniem nawet najprostszych zapisów (U ‘leci samolot’, EE ‘dziecko płacze’, PI PI ‘myszka’) pobudza świadome procesy w przeważającej części kory i na stosunkowo długi czas.

Istotną sygnaturą świadomości jest reakcja na nowość, dlatego stymulacja Symultaniczno-Sekwencyjną Nauką Czytania® wymaga częstych zmian sposobów prezentowania informacji, stosowania przekazów emocjonalnych, wykorzystywania postaci ludzi oraz zwierząt, a także prowadzenia zapisów na temat zdarzeń z życia dziecka (technika *Dziennika wydarzeń*).

Podsumowanie

Efektywny sposób prowadzenia nauki czytania spełnia biologiczną funkcję pobudzania rozwoju kory mózgowej i procesów mielinizacji we wczesnym okresie życia. Czytanie ćwiczy uwagę, kontrolę wykonawczą i pamięć roboczą.

Ćwiczenia zapamiętywania, dekodowania pisma, rozumienia, samodzielnego tworzenia tekstów, ale także hamowania reakcji, trenowane podczas nauki czytania są warunkiem wystąpienia transferu umiejętności. Wpływa to na lepszy poziom wykonania innych zadań, nawet takich, które nie są podobne do ćwiczonych. Im więcej elementów z konkretnych ćwiczeń może być użytych w nowych zadaniach, tym wyższy wskaźnik wielkości efektu transferu. „Jeżeli w wyniku treningu uda się usprawnić coś, co jest potrzebne w każdej czynności poznawczej, to można oczekiwać skutków o charakterze ogólnym” (Nęcka, 2018, s. 159). Najważniejsze ćwiczenia wpływające na rozwój funkcji poznawczych to: trening pamięci roboczej, tłumienie dystrakcji, aktywowanie grzbietowej sieci uwagi (*dorsal attentional network*, DAN) i przedczołowych ośrodków hamowania odpowiedzi na nieistotne bodźce. Wszystkie te elementy trenowane są podczas stosowania Symultaniczno-Sekwencyjnej Nauki Czytania®.

Kognitywna teoria opisuje trzy fazy uczenia się: poznawczą, asocjacyjną i autonomiczną (Tenison, Anderson, 2015). W fazie poznawczej dziecko zdobywa wiedzę – ucząc się w procesie powtarzania, jak odczytać samogłoskę, sylabę, wyraz oraz w procesie rozumienia, jaka fraza została wypowiedziana przez uczącego). W tej fazie uruchamiana jest pamięć deklaratywna – *wiem, że to A*. Tempo działania jest wolne, mogą występować liczne błędy.

W fazie asocjacyjnej, uruchamiana jest pamięć proceduralna (*wiem, jak przeczytać*), ćwiczone są połączenia typu bodziec–reakcja, z zastosowaniem gestów artykulacyjnych, ilustracji/fotografii pokazujących znaczenia, z wykorzystaniem połączeń napis – obraz. Obserwowane jest szybsze tempo działania i stopniowa eliminacja błędów.

W fazie autonomicznej czynność wykonywana jest szybko i bezbłędnie. Trening umożliwia czytanie i rozumienie coraz dłuższych tekstów. W sytuacji treningu kompensacyjnego (w terapii zaburzeń rozwoju) poprawa jest widoczna przede wszystkim w redukcji błędów, ale rzadziej w szybszym przetwarzaniu informacji.

Trening poznawczy podnosi poziom ukrwienia mózgu (*global cerebral blood flow*, CBF), zwiększa plastyczność dzięki jednoczesnej aktywności struktur mózgu zaangażowanych podczas wykonywania zadania. „Jeżeli jakaś struktura mózgowa uczestniczy w obsłudze więcej niż jednej funkcji poznawczej, to wytrenowanie jednej funkcji przełoży się na usprawnienie drugiej, proporcjonalnie do zakresu nakładania się na siebie aktywności struktur neuronalnych” (Nęcka, 2018, s. 168).

Bibliografia

- Allen J.S. (2011). *Życie mózgu. Ewolucja człowieka i umysłu*. Warszawa: Prószyński i S-ka.
- Anastasiadou S., Meyer zu Reckendorf Ch., Beck H. (red.). (2022). *Fascynujący mózg*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Antas J. (2006). Gesty – obrazy pojęć i schematy myśli. W: E. Tabakowska (red.), *Ikoniczność znaku. Słowo – przedmiot – obraz – gest* (s. 181–212). Kraków: Universitas.
- Antas J. (2013). *Semantyczność ciała. Gesty jako znaki myślenia*. Łódź: Primum Verbum.
- Bauer J. (2006). *Warum ich fuehle was du fuehlst – Intuitive Kommunikation und das Geheimnis der Spiegelneurone*. Monachium: Heyne Verlag.
- Cieszyńska-Rożek J. (2013). *Metoda Krakowska wobec zaburzeń rozwoju. Z perspektywy fenomenologii, neurobiologii i językoznawstwa*. Kraków: Wydawnictwo Omega Stages Systems.
- Cieszyńska J. (2014). *Gesty wizualizacyjne – techniki ułatwiające artykulację głosek*. Kraków: Wydawnictwo Omega Stages Systems.
- Cieszyńska-Rożek J. (2017). Stimulation of Development Among Bilingual Children: The Krakow Method. *Acta Neuropsychologica*, 15, 1, 69–79.
- Cieszyńska-Rożek J. (2021a). Speech development in polish children abroad – norma ve phenomena or developmental disorders? W: H. Pawłowska-Jaroń, A. Siudak (red.), *Neurocognitive Dimensions of Speech Therapy* (s. 13–26). Kraków: Collegium Columbinum.
- Cieszyńska-Rożek J., Korendo M. (2021b). *Dymensjonalna diagnoza rozwoju dziecka*. Kraków: Centrum Metody Krakowskiej, Wydawnictwo Uniwersytetu Pedagogicznego.
- Cieszyńska-Rożek J. (2022a). *Neurobiologiczne podstawy rozwoju poznawczego. Język*. Kraków: Centrum Metody Krakowskiej.
- Cieszyńska-Rożek J. (2022b). Neurośrodowiskowe przyczyny opóźnionego rozwoju mowy w wieku niemowlęcym. *Poznańskie Studia Polonistyczne. Seria Językoznawcza*, 29(49), 1, 176–196.
- Cieszyńska-Rożek J. (2023a). *Symultaniczno-Sekwencyjna Nauka Czytania. 20 lat później*. Kraków: Centrum Metody Krakowskiej.
- Cieszyńska-Rożek J. (2023b). Gesty artykulacyjne jako ucieleśnienie mowy. W: J. Winiarska, A. Załazińska (red.), *Przestrzenie komunikacji. Tom jubileuszowy dedykowany Profesor Jolancie Antas* (s. 105–118). Kraków: Wydawnictwo Księgarnia Akademicka.
- Dehaene S. (2021). *Jak się uczymy?*. Kraków: Copernicus Center Press.
- Dehaene S. (2023). *Świadomość i mózg. Odczytywanie kodu naszych myśli*. Kraków: Copernicus Center Press.
- Damasio A. (2011). *Błąd Kartezjusza. Emocje, rozum i ludzki mózg*. Poznań: Dom Wydawniczy Rebis.
- Eagelman D. (2023). *Dynamiczny mózg. Historia nieustannych przeobrażeń*. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.
- Johnson M.H., de Haan M. (2018). *Neurokogniistyka rozwoju*. Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia.
- Jurewicz K. (2020). Sieci spoczynkowe i ich rola w rozumieniu organizacji funkcjonalnej mózgu. *Kosmos*, 69, 1(326), 105–121.
- Kuśnierz M., Sedivy-Mączka K. (2019). Budowanie planu ruchu artykulacyjnego u dzieci z zespołem Downa. *Poznańskie Studia Polonistyczne. Seria Językoznawcza*, 26, 2, 115–125.

- Nęcka E. (2018). *Trening poznawczy*. Sopot: Smak Słowa.
- Nisbett R.E. (2010). *Inteligencja. Sposoby oddziaływania na IQ*. Sopot: Smak Słowa
- Nisbett R.E. (2021). *Geografia myślenia. Dlaczego ludzie Wschodu i Zachodu myślą inaczej*. Sopot: Smak Słowa.
- Shors T.J. (2009). Neurony umierają z nudów. *Świat Nauki*, 4, 40–47.
- Siudak A. (2019). Programowanie języka w afazji osób dorosłych cz. 1: system fonetyczno-fonologiczny (techniki wywoływania samogłosek). W: H. Pawłowska-Jaroń, E. Bielenda-Mazur, A. Siudak (red.), *Wyzwania terapii logopedycznej* (s. 265–278). Kraków: Collegium Columbinum.
- Siudak A. (2020). *Diagnoza rozumienia i nazywania w afazji – system semantyczny*, „Forum Logopedy”, nr 37, <https://forumlogopedy.pl/arttykul/diagnoza-rozumienia-i-nazywania-w-afazji-system-semantyczny> (dostęp 28.12.2023).
- Strelau J., Doliński D. (red.). (2021). *Psychologia akademicka*, 2. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Tenison C., Anderson J.R. (2015). *Modeling the Distinct Phases of Skill Acquisition*, „Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition”, nr 42(5), s. 749–767. <http://dx.doi.org/10.1037/xlm0000204>.
- Załązińska A. (2007). Po co językoznawcy badania gestów, po co badaniom gestów językoznawca. *LingVaria*, 2, 43–52.
- Zimbardo P.G., Gerring R.J. (2021). *Psychologia i życie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis

Studia Logopaedica 7 (2023)

ISSN 2083-7283

DOI 10.24917/20837283.7.4

Klaudia Kaczmar

Gabinet logopedyczny „Na Głos”, Kraków

ORCID 0009-0003-3283-1271

Analogiczne formacje słowotwórcze w mowie dzieci w wieku 2–4 lat

Analogous word-building formations in the speech of children aged 2–4 years

Streszczenie

W niniejszym artykule omawiam innowacje leksykalne utworzone przez dzieci w wieku 2–4 lat. Czynię to na bazie korpusu wyrazów zebranego podczas badań podłużnych oraz poprzecznych, w których wykorzystałam metodę obserwacji uczestniczącej oraz rozmowę kierowaną. Opisuję także mechanizm wnioskowania poprzez analogię, niezbędny do nabywania struktur systemowych języka. Podaję również sposoby oraz motywacje służące tworzeniu wyrazów pochodnych. Wyróżniam przy tym najbardziej produktywne kategorie słowotwórcze powstałe od różnych części mowy za pomocą charakterystycznych wykładników formalnych.

Słowa kluczowe: neologizmy, innowacje leksykalne, analogia, rozwój systemu językowego u dzieci, słowotwórstwo

Abstract

In this article, I discuss lexical innovations created by children aged 2–4. The subject of the study is a corpus of words collected during longitudinal and transversal studies, in which I used the method of participant observation and guided conversation. I also describe the mechanism of reasoning by analogy, which is necessary for the acquisition of language system structures. In addition, I indicate the methods and motivations for the formation of derived words. With the help of characteristic formal exponents, I distinguish the most productive word-forming categories derived from different parts of speech.

Keywords: Neologisms, lexical innovations, analogy, development of language system in children, vocabulary

Analogie w języku dziecka

Proces nabywania sytemu językowego przez małe dziecko jest zadaniem niełatwym. Bogactwo form wyrazowych, skomplikowana odmiana wyrazów w zdaniu, łączenie jednostek językowych w wypowiedzenia przysparzają dziecku wiele trudności. Aby w pełni nabyć klasy wyrazów, wyodrębnione na podstawie kryteriów składniowych i fleksyjnych, wyrażać relacje gramatyczne za pomocą form wyrazowych, opanować zasady łączenia wyrazów, trzeba najpierw zdobyć wiedzę o wzajemnej zależności zjawisk językowych. Dzieje się to dwójako: w akcie mówienia oraz poprzez przekazy pochodzące ze środowiska, które stanowią wzorzec paradygmatu składniowego czy fleksyjnego. Niezbędny do nabywania struktur systemowych języka jest także mechanizm wnioskowania przez analogię. Stanowi on właściwość ludzkiego umysłu, nastawioną na szukanie wzorców, odkrywanie relacji oraz tworzenie kategorii. Analogia odpowiada za uruchomienie procesu, w którym ujawniają się asocjacyjne związki między faktami językowymi, dzięki czemu dziecko, posiadając wzorzec, może stworzyć nowy wyraz na bazie określonego schematu, reguły. U dziecka rozwijającego się normalnie jest to zdolność, którą można dostrzec już przed 1. rokiem życia¹. Początkowo jawi się jako wnioskowanie oparte na cechach percepcyjnych, później bazuje na kryterium funkcjonalnym, dzięki któremu można zbudować określone kategorie (między 4. a 5. r.ż.) (Goswami, East, 2000). Potwierdzają to L. Kaczmarek, M. Przetacznikowa oraz P. Smoczyński, którzy z niezwykłą skrupulatnością prowadzili badania nad rozwojem mowy dziecka (Kaczmarek, 1988; Przetacznikowa, 1973; Smoczyński, 1955). Wszyscy badacze są zgodni co do tego, że już na wczesnym etapie, tj. w momencie posługiwania się niedostatecznie utrwalonymi sygnałami dwuklasowymi, ujawnia się wnioskowanie przez analogię, oparte na „przechodzeniu od szczegółu do szczegółu”. Pozwala to dziecku na dostrzeganie prostych relacji, jakie zachodzą pomiędzy czynnością, sprawcą a obiektem. Owocuje to nowo powstałymi formami językowymi, które rozpoczynają się wraz z ukształtowaniem zasad systemu fonologicznego i uświadomieniem sobie przez dziecko budowy morfologicznej wyrazu (Maciejewska, 2013).

Według M. Tomasello podstawą dostrzeżenia analogii jest zdolność uczenia się poprzez naśladownictwo. Pełne zrozumienie intencji komunikacyjnych innych osób przyczynia się do prawidłowego wnioskowania przez analogię, które spaja różne składniki pełniące podobną rolę funkcjonalną. Ponadto, jak twierdzi ten sam autor: „człowiek potrafi dostrzegać podobieństwo nie tylko między przedmiotami (na podstawie cech percepcyjnych lub funkcjonalnych), lecz również między sytuacjami relacyjnymi lub zdarzeniami (dzieje się tak, ponieważ jest w stanie wyabstrahować część wspólną z porównywanych elementów). [...] Dzieci więc opierają swoje konstrukcyjne analogie na podobieństwach zarówno formy, jak i funkcji: dwie wypowiedzi lub konstrukcje są analogiczne, jeśli można się w nich doszukać «dobrego» odwzorowania struktury zarówno na poziomie formy językowej, jak i funkcji komunikacyjnej” (Tomasello, 2003, s. 201–202).

¹ Jak wskazuje koncepcja możliwego i niemożliwego fizycznie ruchu, zweryfikowana w badaniach przez Renee Baillergeona (1987), już niespełna 4-miesięczne dzieci wykazują zachowania, które opierają się na analogii (Haman, 1993).

Analogię należy uznać za istotny mechanizm budowania wiedzy o strukturze języka. Dzięki niej dochodzi do tworzenia wyrazów pochodnych, które można podzielić na dwie grupy: analogiczne formy fleksyjne oraz analogiczne formy i formacje słowotwórcze (zwane inaczej neologizmami słowotwórczymi)².

Innowacje leksykalne w mowie dziecka. Badania własne

Podstawą analiz prezentowanych w artykule są badania spontanicznych realizacji dzieci, przeprowadzone w około studwudziestoosobowej grupie. W celu zweryfikowania zdolności słowotwórczych zastosowałam dwie metody: badań podłużnych oraz poprzecznych³. W obserwacji brały udział dzieci dwu-, trzy-, czteroletnie, które uczęszczały do publicznego krakowskiego żłobka oraz dwóch różnych placówek przedszkolnych. Takie podejście miało na celu ustalenie prawidłowości rozwojowych oraz dokonanie opisu warunków i mechanizmów powstawania nowych formacji. Zanim przystąpiłam do badań właściwych, przeprowadziłam obserwacje wstępne, które pozwoliły nawiązać kontakt z dziećmi oraz zweryfikować poziom kompetencji językowych i komunikacyjnych. Spotkania opierały się na rozmowach, inicjowaniu przeze mnie zabaw oraz włączaniu się do wcześniej zorganizowanych zajęć. W wyznaczonym przez opiekunki czasie towarzyszyłam także dzieciom podczas posiłków lub spotkań z zaproszonymi gośćmi⁴.

Systematyczna, cotygodniowa obserwacja oraz rejestrowanie wypowiedzi dzieci podczas zabaw swobodnych umożliwiły dokonanie zapisu pełnych zachowań językowych. Dla zgromadzenia jak najbogatszego materiału nagrywałam wszelkie realizacje językowe. Notując innowacje, uwzględniłam także kontekst wypowiedzi, pozwalający niejednokrotnie zidentyfikować wyraz podstawowy.

Analogiczne formy i formacje słowotwórcze – klasyfikacja⁵

RZECZOWNIKI

Spośród zgromadzonego materiału wydzieliłam blisko 500 wyrazów pochodnych, które przyporządkowałam do kategorii słowotwórczych, spełniających funkcję wyrazotwórczą. Pod względem liczebności znaczącą przewagę stanowiły formacje

² Jest to podział wprowadzony przez M. Chmurę-Klekotową, autorkę obszernej monografii, w której przedmiotem zainteresowania były neologizmy słowotwórcze (Chmura-Klekotowa, 1971, s. 160).

³ Wykorzystałam metodę obserwacji uczestniczącej oraz rozmowy kierowanej.

⁴ Etap badań wstępnych trwał około miesiąca. W żłobku proces adaptacji nieco się wydłużył.

⁵ W nawiasach, tuż obok wyznaczonych form słowotwórczych, zamieściłam fragment wypowiedzi dziecka, który transkrybowałam półfonetycznie. Powodem takiego działania było rozszerzenie dostępu do zapisów wymowy także dla czytelników, którzy nie znają sławistycznego alfabetu fonetycznego. Przykłady innowacji leksykalnych pochodzą z własnej, nieopublikowanej pracy doktorskiej. Ze względu na ograniczone ramy artykułu wybrałam najbardziej produktywne formacje derywacyjne oraz wykładniki je tworzące.

rzeczownikowe, które dominowały nad pozostałymi derywatami. Odpowiada za to wiele czynników: przewaga tej grupy leksemów w mowie dziecka, stanowiącej bu-
dulec pierwszej warstwy słownikowej, przewaga myślenia konkretno-obrazowego,
w którym czynności umysłowe oparte są nie tylko na spostrzeżeniach, ale i wyobra-
żeniach odnośnie do przedmiotów, sprzyjających nominalizacji, realistyczne podej-
ście w postrzeganiu rzeczywistości pozajęzykowej, przejawiające się niewielką liczbą
nazw cech abstrakcyjnych, czytelna motywacja wielu konstrukcji rzeczownikowych,
zbudowanych w większości na zasadzie derywacji sufiksальной, która umożliwia wska-
zanie odpowiednich kategorii słowotwórczych (Sikorska, 2018).

Do analogicznych derywatów rzeczownikowych zaliczyłam:

1. Formacje, w których formant pełni funkcję gramatyczną (transpozycyjne):

A. Nazwy czynności (nomina actionis) oznaczające 'wykonywanie czynności'⁶.

Utworzone za pomocą następujących formantów:

- sufiks: *-nie, -enie, -cie*; Leon (2;9) *układnie* (myśli•, ze to układnie?),
Julka 2 (2;1) *wytse* (daj mi reńcig do wytse), Julia T. (2;4) *myje* (podaj mi śmatke do myje), Julia T. (2;4) *pije* (złub mi śoćeg do pije),
Julia I. (3;3) *pūacze* (już mam dość pūacze), Nela (3;4) *uśondze* (ja mam w domu taką pufkę do uśondze),
- derywacja wsteczna (zero sufiksальной): Nina (3;7) *kąs* (wą• zlobię wjelki
kąs) 'kąsanie', Karolina (3;4) *lis* 'polizanie', Krzysztof F. (3;6) *tul* (mama mi
zlobię wjelki tul) 'utulenie'.

B. Nazwy abstrakcyjnych cech (nomina essendi). Do tej kategorii można za-
kwalifikować dwa rodzaje formacji: takie, które odznaczają się wysokim
stopniem regularności (niemalże kategorialne), derywowane od każdego
przymiotnika oraz typy niekategorialne, tworzone od różnych podstaw za
pomocą różnych wykładników (Grzegorzczkowska, 1984)⁷.

Zastosowane formanty:

- sufiks: *-ość*: Aleksander (3;6) *brzydawość*, Lidia (3;6) *dobrość*, Karoli-
na (3;4) *ćepność*, Adam K. (3;10) *głodność* (tes cuje głodność) 'bycie
głodnym',
- sufiks: *-stwo*: Milena (3;10) *ćemnostwo* (padrz, jakie ćemnostwo), Cezary
(3;10) *kūamczustfo*.

⁶ Biorąc pod uwagę kategorialność, podobnie jak w przypadku nomina essendi, wyróżnia się dwa typy nazw czynności: pierwsze – tworzone w sposób regularny od prawie każdego czasownika, drugie – formowane nieregularnie, za pomocą różnych wykładników i posiadające wtórnie wiele znaczeń w odniesieniu do czasownika (Grzegorzczkowska, 1984).

⁷ W przypadku abstrakcyjnych cech, zakwalifikowanych do pierwszego typu formacji, tj. prawie kategorialnego, istnieje kilka ograniczeń. Podczas tworzenia wyrazów z sufiksem *-ość* zostaje zawężona podstawa, od której powstają nowe formacje, do przymiotników jakościowych, czyli bezwzględnych, nierelacyjnych, wskazujących na niestałe, zmienne cechy osób, zwierząt, roślin i przedmiotów. Co więcej, brana jest także pod uwagę zawartość semantyczna powstałych konstrukcji. Podczas przekształcenia syntaktycznego przymiotnika na rzeczownik dochodzi do zmiany znaczenia konkretnego na abstrakcyjne (tyczy się to zarówno cechy, jak i zespołu wielu cech właściwych komuś (Grzegorzczkowska, 1984).

2. Formacje, w których formant pełni funkcję semantyczną (mutacyjne):

A. Nomina agentis (zaklasyfikowałam tu głównie „nazwy osób charakteryzujących się umiejętnością, skłonnością lub aktualnym wykonywaniem przez nie pewnych czynności” (Grzegorzczkowska, 1984, s. 38))⁸:

a) dewerbalne rzeczowniki osobowe:

- sufiks *-acz, -aczka*: Pola (2;9) *općinacka* ‘fryzjerka’, Marcelina (2;4) *budowac* ‘budowlaniec’, Antonina (2;11) *podawacka* ‘kelnerka’, *gotowacka* ‘kucharka’ (ty beńdżes podawacką, a ja kuchalką), Joanna (2;7) *pisacka* ‘pisarka’, Paweł K. (3;4) *ścongacka* (on jezd moją ścongacką, podaje mi wszystko, co jezd wysoko),
- sufiks *-ak, -ek*: Pola (2;8) *psujek* (Filib zepsuą zameg, on jest psujek), Iga (3;7) *głyżak* ‘określenie chłopca, który przez większość dnia wszystko gryzie’, Cezary (3;10) *ryczek*,
- sufiks *-ka*: Pola (2;10) *cytajka* ‘pani, która czyta książkę’, Anna 2 (3;11) *syjka* (moja bapća jest syjką) ‘szwaczką’, Adam O. (3;4) *śisacka* (to jezd moja papuga śisacka, ona ma pjeluske, ona śika do pjeluski),
- sufiks *-ik (-nik)*: Julia P. (2;1) *budownik* ‘budowlaniec’, Adam O. (3;7) *naśladownik* ‘naśladowca’,
- sufiks *-arz*⁹: Szymon M. (3;8) *blońas* ‘bramkarz’ Oliwier (3;8) *golasz* ‘fryzjer’,
- sufiks *-och*: Mateusz (3;10) *pjerdżoch*¹⁰;

b) denominalne nazwy wykonawców czynności, do których zaliczyłam nazwy osób cechujących się określonym działaniem, posiadające w swej strukturze nawiązanie do wytworów, obiektów, przedmiotów działania, miejsc czynności oraz działalności, którą zajmuje się dana osoba (Grzegorzczkowska, 1984).

⁸ Ze względu na brak ostrej granicy między nazwami osobowych wykonawców czynności a nazwami wykonawców nieosobowych, przyjmuję za R. Grzegorzczkowską, iż do wykonawców czynności zostaną zaliczone osoby, czyli podmiot realizujący czynność przez siebie zamierzoną. Nazwy narzędzi (nomina instrumenti) będą interpretowane jako typ nazw nieosobowych (Grzegorzczkowska, 1984). Do kategorii nazw wykonawców czynności, oprócz nazw osób, włączyłam (jednostkowo) nazwy zwierząt. Należy jednak zaznaczyć, iż polaryzacja dwóch kategorii nie znajduje odbicia w budowie słowotwórczej tych formacji, gdyż większość sufiksów występuje w dwóch grupach znaczeniowych.

⁹ W tej kategorii nie notuje się wielu derywatów z sufiksem *-arz*. Wynika to z tego, iż nie jest on produktywny w funkcji tworzenia rzeczowników dewerbalnych. Najczęściej jest używany do tworzenia odrzeczownikowych nazw wykonawców czynności.

¹⁰ Istnieją wyrazy, które znajdują się na pograniczu nazwy wykonawców czynności oraz nazw nosicieli cech. Wymieniona formacja została zakwalifikowana do nomina agentis ze względu, iż nie może być potraktowana jako nazwa typowo skłonnościowa. Trzeba ją rozpatrywać jako innowację, w której podmiot jest skłonny do wykonywania takiej czynności. Umownie do nazwy działacza zalicza się formacje odczasownikowe, a do nosicieli cech twory odprzymiotnikowe.

Zostały utworzone za pomocą następujących formantów¹¹:

- sufiks *-arz, -arzka*: Julia I. (3;2) *bućasz* 'szewc' (mama musi zażeść moje buty do bućarza), Matylda (3;7) *piloćasz* 'pilot' (pan piloćasz kjeluje samolotem), Matylda (3;7) *bilećasz* 'kontroler biletów', Cezary (3;11) *mandaryńasz* (kupiliśmy u pana mandaryńarza) 'sklepikarz, który sprzedaje mandarynki', Jan (3;12) *aparaćasz* 'fotograf',
- sufiks *-nik, -nica*: Ksawery (2;11) *pozalńik* (to jest pan pozalńik) 'strażak', Aleksandra (2;12) *wężownica* 'dżdżownica', Matylda (3;8) *podwodńik* 'nurek',
- sufiks *-acz*¹²: Marcelina (2;4) *beśacz* 'płaczek', Antonina (2;11) *wjosiacz* 'wioślacz', Jakub K. (3;10) *sklepacz* (tata dał pjeńską sklepacowi) 'sprzedawcy',
- sufiks *-ka*: Lena (3;8) *aptecka* 'aptekarka',
- sufiks *-ista*¹³: Lidia (3;8) *ucholista* 'laryngolog',
- sufiks *-ant*: Paweł O. (3;6) *perkusjant* 'perkusista' (jak dorosne, to bende perkusjantem),
- derywacja wsteczna (zero sufiksalne): Jan (3;12) *traktosz* 'traktorzysta'.

B. Nomina instrumenti tworzą nazwy przedmiotów, urządzeń, maszyn nazwanych ze względu na czynność, która za ich pomocą jest wykonywana.

Tworzą ją następujące formanty¹⁴:

- sufiks *-acz, -aczka*: Mateusz (3;10) *chwytać na wodę* 'dzbanek', Gabriel (3;9) *wachlać* 'wycieraczka samochodowa', Zofia (3;6) *zapińska* 'spinka do włosów', Aleksandra (3;9) *zatykać* 'skuwka', Franciszek (3;11) *zapałaczka* 'zapałka', Gabriel (3;8) *kujaczka* 'igła',
- sufiks *-arka*: Krzysztof F. (3;7) *czyszczarka* 'śmieciarka', Oliwia (3;6) *wycepjać* 'przyczepa', Mateusz (3;10) *smazarka* 'zabawkowa kuchenka gazowa',
- sufiks *-nica*: Antonina (2;11) *wałkownica* 'stolnica', Adam K. (3;11) *fysowica* 'odkurzacz'.

¹¹ Zarówno w opracowaniu M. Chmury-Klekotowej (1971), jak i w szeroko zakrojonej literaturze przedmiotu wymienione zostały dodatkowe wykładniki charakterystyczne dla denominalnych nazw wykonawców czynności. Należą do nich: *-ec, -owiec* oraz *-owy*. W przeprowadzonych przeze mnie badaniach nie pojawia się żadna formacja, która byłaby tworzona za pomocą wskazanych formantów.

¹² Jest to formant, który zaliczany jest do grupy wykładników ogólnokategorialnych. Może być więc włączony do grupy denominalnych formacji agentywnych.

¹³ Wspomniany sufiks występuje w grupie nazw motywowanych przez rzeczowniki konkretne, pozostające w różnej relacji do derywatów. W tym przypadku podstawa wskazuje na obiekt zainteresowań.

¹⁴ Wyodrębnione poniżej formanty przynależą do dwóch grup: pierwszej – posiadającej funkcję ogólnokategorialną, tzn. taką, w której możliwe jest tworzenie nazw wszelkich wykonawców, do których należą: *-acz, -aczka*, i *-nik*, oraz drugiej – wyspecjalizowanej, w której funkcja jest ograniczona do tworzenia nazw narzędzi. Zaliczyć do niej można sufiksy: *-arka, -nica* oraz *-dło* (Satkiewicz, 1969).

3. Formacje, w których formant pełni funkcję semantyczną, jakościową (modyfikacyjną)¹⁵:

A. Nazwy deminutywne (zdrobnienia) i hipokorystyczne (pieszczotliwe) posiadające zabarwienie ekspresywne, wyrażające najczęściej pozytywny stosunek mówiącego.

Tworzone są za pomocą następujących sufiksów:

- sufiks *-ek*: Pola (2;8) *kocek* (psyklyj mnie małym kockjem), Aleksandra (2;11) *makalonek* 'mały makaron', Natalia (3;3) *bućcek* (a te jaz djugi bućcek), Aleksander (3;8) *torćiczek*, Amelia (3;4) *końceek*, Szymon M. (3;7) *klanek* 'mały kran',
- sufiks *-ik* (*-yk*, *-nik*): Helenka (2;7) *motylik* (jaki mały motylić), Antonina M. (2;9) *kamjeńik* (pats, to jest kamjeńik), *klejik* (ńe chce klejić klejikjem), Beata (3;9) *kanapecznik*¹⁶, Julia I. (3;3) *sylopik*, Zosia (3;6) *lewik*,
- sufiks *-ka* (*-inka*): Nikola (2;12) *pupinika*, *kupinika* (zabolała mnie pupinika, bo zlobiłam kupinika), Zofia (3;9) *flaska* 'mała flaga',
- sufiks *-ko*: Iga (3;7) *psetskolko*, Kornelia (3;10) *hipopjontko* 'mały hipopotam',
- sufiks *-uś* (*-usia*): Pola (2;7) *śfinuśa* (o, jaka mała śfinuśa), Seweryn (2;3) *ćumeluś* 'smoczek', Anna (3;6) *palcuś* (mam klej na palcuś).

B. Formacje augmentatywne (zgrubienia), które mogą posiadać różne odcienie emocjonalne, zwykle ujemne, aczkolwiek notuje się także nastawienie pozytywne, często związane z rozmiarem przedmiotu:

- nazwy tworzone na podstawie derywacji wstecznej: Nina (2;5) *wus* (psyjechałam dziż dużym wuzem) 'wózkiem', Nina (2;5) *tłoć* (jaki wjelki tłoć) 'wielki klocek', Nikola (2;12) *kluwa* 'krowa', Paweł K. (3;4) *cućo* (ale maz wjelkie ćućo) 'czoło'¹⁷, Paweł P. (3;10) *kropa*, Julia S. (3;8) *chlupy* 'chrupki',
- sufiks *-ica*: Aleksandra (2;12) *złodźejica* 'złodziejka'¹⁸,
- sufiks *-ysko*¹⁹: Kaja (2;6) *usyska* (ale słoń ma usyska), Helena (2;8) *musysko* 'duża mucha', Karolina (3;5) *oklusysko* 'duży okruszek',

¹⁵ Zarejestrowałam także nazwy feminatywne, maskulinatywne, tożsamościowe, rzeczowniki złożone oraz wyrazy utworzone za pomocą rymów. Nie zostały jednak tu wymienione ze względu na ograniczone ramy artykułu.

¹⁶ Oprócz zdrobnienia doszło także do maskulinizacji rzeczownika podstawowego.

¹⁷ Dwa wymienione przykłady (*kluwa*, *cućo*) świadczą, iż dla dzieci podstawa słowotwórcza zawierała w sobie przyrostek *-ka*. W celu podkreślenia wielkości przedmiotu odrzucono formant, który potraktowano jako wykładnik deminutywny.

¹⁸ W tym przypadku, oprócz znaczenia ekspresywności, nakłada się także znaczenie żeńskości i pejoratywności.

¹⁹ Zadaniem Bogusława Krei (1996) takie formacje tworzy się od rzeczowników trzech rodzajów. Najwięcej formacji ekspresywnych na *-isko* jest o podstawie męskorodzajowej.

- sufiks *-(i)dło*²⁰: Cezary (3;11) *pluszyduo* (Filib ma okropne pluszyduo) ‘chłopczyk użył tego określenia do nazwania misia, którym nie mógł się pobawić’;
- sufiks *-or, -ur*: Julia I. (3;3) *chlebor* ‘duży kawałek chleba’, Matylda (3;8) *dzemol* (jadłam kanapkę z olbzymim dzemolem), Oliwia (3;5) *pajoncul* ‘duży, straszny pająk’;
- sufiks *-uch*: Paweł P. (3;12) *kapćuchy* ‘kapcie’, Filip 2 (3;10) *dźidźuch* ‘dziecko/dzidzius’;
- sufiks *-oł* (dla liczby pojedynczej), *-oły* (dla liczby mnogiej): Pola (2;9) *dżećou* (ale to negzeczny dżećou) ‘dziecko’, Aleksandra (2;11) *dżećouy* (dżeći lobją kupe. To są negzeczne dżećouy)²¹ ‘dzieci’.

CZASOWNIKI

Nie tylko wśród rzeczowników stosowano mechanizm wnioskowania przez analogię. Był on widoczny także podczas kreowania neologizmów czasownikowych. Analiza materiału, badana pod kątem stopnia frekwencyjności poszczególnych kategorii, wskazała na przewagę czasowników denominalnych nad pozostałymi formacjami językowymi (około 24%). Liczną grupę stanowiły także czasowniki dewerbalne (pochodzące od czasowników), których było niespełna 21%. Najmniejszy udział w zasobie leksykalnym dziecka stanowiły czasowniki deadiektywne (utworzone od przymiotników), których łączna liczba nie przekraczała 5%.

Pod względem sposobu tworzenia wyróżniłam niemalże wszystkie typy derywacji: afiksálną, wymienną, paradygmatyczną oraz wsteczną. Spora część formacji werbalnych zbudowana była na zasadzie derywacji prefiksálnej, w której dochodziło do wymiany przedrostka celem modyfikacji znaczenia wyrazu podstawowego, lub perfektywizacji.

Do analogicznych formacji czasownikowych zaklasyfikowałam:

1. Formant w funkcji transpozycyjnej:

- A. Odimienne orzecznikowe (nazywają nabywanie lub posiadanie cechy, są formacjami o strukturze: być, stawać się/stać się tym, na co wskazuje podstawa): Lidia (3;6) *fryzjerować* ‘być fryzjerem’.
- B. Odprzymiotnikowe orzecznikowe: być, stawać się/stać się/ tym, na co wskazuje podstawa:

²⁰ Wskazany sufiks tworzy nazwy różnych współczynników działania, tj. nazwy przedmiotów spełniających czynność, nazwy narzędzi, miejsc oraz czynności. Analiza kontekstu pozwala na zawężenie znaczenia poprzez wybór jednego z wielu możliwości semantycznych, sprowadzając pojęcie do jednej cechy. Rozszerzenie sufiksu *-dło*, poprzez dodanie *-i-*, plasuje te formacje w grupie rzeczowników augmentatywnych, pełniących funkcję pejoratywną (Kreja, 1996; Klemensiewicz, Lehr-Spławiński, Urbańczyk, 1955).

²¹ Nie odnalazłam w literaturze przedmiotu przykładów, które zaświadczałyby użycie wymienionych sufiksów w znaczeniu augmentatywnym. Ze względu na zbyt małą liczbę derywatów trudno rozgraniczyć, czy użycie tych formacji jako formacji ekspresywnych świadczy o tym, że są one jedynie potencjalne, czy można sądzić, iż zaczynają pełnić rolę samodzielnego sufiksu augmentatywnego.

Formacje tworzone za pomocą prefiksów oraz sufiksów:

- sufiks *-ować*: Anna 2 (3;11) *nanerwować* *śe* 'być nerwowym' (tata *śe* bardzo nanerwowuje), Anna 2 (3;11) *powinnować*,
- sufiks *-ić*²²: Szymon M. (3;9) *wesolić* *śe*, 'być wesołym', Oliwia (3;7) *zeszuońić* (stłasne zeszuońiąż zupe) 'zupa stała się bardzo słona', Milena (3;10) *schudzić* (tata powjedżaą, że mama *śe* schudzią) 'stała się chuda', Aleksandra (3;10) *śćeplić* 'stać się ciepłym/zgrzać się'.
- Prefiksarno-sufiksalna, z sufiksem *-ać*, *-ić*, *-yć*: Jan (3;12) *powy•szać* (Leon mñe *powy•sza*) 'jest wyższy', Paweł O. (3;6) *znelwić* 'zdenerwować się' (znelwięm *śe* na Kalola), Konrad (3;11) *zdrożyć* 'stać się drogim', Lidia (3;5) *zmocnować* 'być mocnym'.

2. Formant w funkcji mutacyjnej (derywacja syntaktyczno-leksykalna)²³:

A. Odrzeczownikowe dopełnieniowo-okolicznikowe. Zaklasyfikowałam tu derywaty, które w swoim znaczeniu odnoszą się do przedmiotu, związanego z czynnością. Wzięłam pod uwagę: narzędzia czynności, materię, dzięki której wykonano działanie, wytwory oraz obiekty.

Czasowniki przedrostkowo-przyrostkowe:

- z sufiksem *-i(y)ć*: Nina (2;4) *zestłupić* 'zerwać strupki' Natalia (3;5) *po-yachoć* 'połaskotać', Anna (3;6) *pozalcić* 'pożartować', Eryka (3;10) *zdesycić* (mñe tes kjedyż zdesycyą) 'zmoczyć', Filip (3;5) *zajęknąć* (moje koya zajękniiy na wyścigach) 'wydały pisk', Jan (3;12) *zatelefońić* 'zadzwońić',
- z sufiksem *-ować*: Joanna (2;7) *pomasuować* (pomasuj mi kłomke) 'posmaruj masłem', Ignacy (3;8) *pastować* *zemby* 'myć pastą', Jan (3;12) *patelńować* (a tera• *śe* to patelńuje) 'smaży na patelni', Oliwier (3;7) *kaltoować* (Maćeg i Tomek tam kaltują) 'grają w karty', Ignacy (3;9) *myotkować* (Balteg dziś ma myoteg, muwią ze casem tu myotkuje) 'przybija młotkiem',
- z sufiksem *-ać*: Lena (3;7) *bońkać* 'puszczać bąki', Tomasz (3;9) *oskułkać* 'obrać ze skórki', Jan (3;12) *windać* 'jechać windą', Róża (3;10) *poksywać* (mam kłomki na lence bo mñe poksywaą) 'poparzyło pokrzywą'.

B. Odrzeczownikowe pośrednioodrzeczownikowe, które można transponować na wyrażenie 'spowodować jakąś zmianę, że coś jest jakieś/czymś' (Grzegorzczkowska, 1984): Filip 2 (3;10) *rozbulgać* 'powodować, że znikną wszystkie bąbelki'.

C. Odprzymiotnikowe pośrednioorzeczownikowe²⁴: Helena (3;9) *odgwońić* 'ściśzyć', Róża (3;10) *odmjoń* 'wyprasować', Nina (3;7) *otćemnić* (mama mi

²² Znajdują się tu formacje zarówno sufiksalne, jak i prefiksalne.

²³ Za Marią Brodowską-Honowską przyjął, iż formacje dopełnieniowo-okolicznikowe tworzone od rzeczownika oraz odrzeczownikowe i odprzymiotnikowe derywaty pośrednioorzeczownikowe zostają włączone do typu derywacji mutacyjnej (Brodowska-Honowska, 1967).

²⁴ Do formacji pośrednioorzeczownikowych zaliczyłam czasowniki, które oznaczają czynność, w wyniku której dokonano zmiany. Najczęściej tworzone zarówno przy pomocy prefiksów, jak i sufiksów.

otćemniūa f pokoju i byūo sūonecko) 'odstōniła zasłony', Aleksander (3;7) *pszyćceplić* 'spowodować, żeby koledze było ciepło' (pszyćcepliliśmy go koūdłā).
 D. Od wyrażeń dźwiękonaśladowczych: Nikola (2;12) *haūceć* 'szczeka', *kumcyć* 'kumkać'.

3. Formanty w funkcji modyfikacyjnej (derywacja leksykalna)

Odczasownikowe²⁵:

A. Dokonane, tworzone na podstawie derywacji prefiksalnej:

- prefiks *od-*²⁶: Helena (2;7) *odbudzić* *śe*²⁷ 'w znaczeniu: obudzić się/wybudzić', Karolina (3;5) *otpłōścić* 'przeprosić', Krzysztof F. (3;6) *otpomñeć* 'przypomnieć' (ju• sobje otpomñāuē), Iga (3;7) *otpoćnić*²⁸ 'otworzyć', Helena (3;8) *otplawić* (pañi poplaw bo mi śe otplawiūo) 'odpaść/odpadło', Eryka (3;6) *otsyć*, *zapluć* (mama muśi zapludź miśowi ucho, bo śe otsyūo) 'odpaść/zaszyć',
- prefiks *za-*²⁹: Filip (2;6) *zaskakać* (ale mi śe zaskakaūo w guowje) 'zakrećcić', Aleksandra (2;11) *zabać* *śe* (zabaūam śe tego pajonjka) 'przestraszyć', Krzysztof (3;9) *zatopić* (narz baūwan śe już zatopiū) 'roztopił', Lidia (3;8) *zapodobać* *śe* (zapodobāuam śe Karolowi) 'spodobać', Eryka (3;6) *zapluć* 'przyszyć',
- prefiks *u-*³⁰: Amelia (3;4) *ujeść* (popłōsiūa• mame, żeby mi tloche ujadūa) 'w znaczeniu: trochę zjadła, zbudowany na wzór słowa: upiła',
- prefiks *po-*³¹: Julia S. (3;8) *posyć* (wszystko mu penjūo, a pote• mama posyūa) 'zaszyła', Beata (3;8) *posfeñdzić* 'podrapać' (weż mñe posfeñdzi), Beata (3;5) *popachnić* 'powąchać'.

²⁵ Podczas analizy derywatów odczasownikowych wzięłam pod uwagę kwestię aspektu, który w sposób nierozłączny związany jest z tematem. Najczęściej za rozróżnienie dokonaności i niedokonaności odpowiadają prefiksy, które posiadają funkcję perfektywizującą. Zdarza się jednak, iż dzieci traktują przedrostki jako nośnik wartości semantycznej, co powoduje, iż użyte w derywatach niedokonanych nie zmieniają aspektu czasownika. Wtedy prefiksy w derywatach niedokonanych nie są formantami, ale stanowią część tematu. W neologizmach dzieci pojawiają się przykłady, które są dowodem powyższego stwierdzenia.

²⁶ Użycie tego prefiksu powoduje, iż formacje mają charakter przeciwny w stosunku do czasownika podstawowego. Co więcej, zastosowanie wskazanego przedrostka prowadzi do perfektywizacji.

²⁷ Prefiks *-od* jest bardzo produktywny, dzieci stosują go w znaczeniu „pozbawienia czegoś”.

²⁸ Można sądzić, iż wzorem dla analogicznej formacji słowotwórczej był wyraz „napocząć”, oznaczający rozpoczynanie czegoś.

²⁹ Oprócz tego, iż przedrostek perfektywizuje wspomniane czasowniki, to dodatkowo modyfikuje znaczenie czasownika, konkretniej kładzie nacisk na fazę czynności, uwydatniając w tym przypadku moment początkowy (inchoativum).

³⁰ W wyniku zastosowania wymienionego środka słowotwórczego została podkreślona faza czynności, tj. moment końcowy (terminativum).

³¹ Prefiks *po-* tworzy czasowniki dystrybutywne (zwane inaczej interatiwami dokonanymi), które powstają od czasowników wtórnie niedokonanych. Poprzez dodanie przedrostka *po-* dochodzi do perfektywizacji.

B. Niedokonane³²; iterativa (oznaczające częstotliwość, która w zależności od kontekstu czasownika może oznaczać czynność ‘w tej chwili’ bądź ‘często, zawsze’); Filip (2;6) *lostfazać* (lostfuz mi to pudełko) ‘otwierać’, Filip (2;6) *widzieć* (Amelka, widź mnie) ‘oznaczające: patrz na mnie. Były to słowa skierowane do dziewczynki, która nie chciała patrzeć na chłopca’, Nikola (2;12) *pachnąć* (chłopcyg je pachni) ‘wacha’, Julia S. (3;8) *otpocynać* (otpoczęz mi tego lizaka?) ‘otwierać’, Oliwia (3;6) *lozdlabjać* (moja śostla wsystko lozdlabja na kawałki) ‘drobić’.

PRZYMOTNIKI

Na bazie analogii tworzone także derywaty przymiotnikowe, szczególnie gradacyjne, ekspressywna oraz negacyjne. Dzieci z największą łatwością tworzyły modyfikacje, wśród których najczęstsze były zdrobnienia oraz formacje podkreślające daną cechę (jej intensywność). W zależności od kontekstu dziecko tworzyło przymiotniki motywowane przez podstawy należące do różnych klas gramatycznych.

Analogiczne formacje przymiotnikowe podzieliłam na:

1. Formant w funkcji transpozycyjnej:

- A. Przymiotniki relacyjne dzierżawcze (wąskodzierżawcze): Julia S. (3;9) *kapeluz mamowy*, Zofia (3;7) *kuze śostly* ‘dwie kury, siostry’, Zofia (3;7) *wjewulkowy lekas*, Iga (3;9) *splawy kobjećine* ‘kobiecy’, Jakub K. (3;10) *chłopackje zabafki*.
- B. Przymiotniki odczasownikowe, czynnościowe: Helena (3;8) *zgzytny* (moja bapća ma taki zgzytny telewizol, tata móuwi, ze słyuchać same tsaski) ‘trzeszczący’, Amelia (3;4) *sksycalny* (Filib jest cęsto sksycalny) ‘krzyczący’.
- C. Od wyrażen syntaktycznych: Adam K. (3;10) *nazdlowy* ‘bardzo zdrowy’, Aleksandra (2;11) *nabosy* (ten chłopcyg jezd nabosy) ‘bez obuwia’.
- D. Od wykrzykników i wyrażen dźwiękonaśladowczych: Iga (3;7) *fujowate* ‘określenie zastosowane podczas spożywania kawy zbożowej, która nie smakowała dziewczynce’.

2. Formant w funkcji mutacyjnej:

- A. Przymiotniki odrzeczownikowe; charakterystyczne (inaczej zwane dzierżawczymi czynnymi):
 - sufiks -owy: Iga (3;9) *psowe skalpetki* ‘z psami’, Julia I. (3;3) *kanapka jajowa* ‘z jajkiem’, Filip 2 (3;10) *chleb dżemowy* ‘z dżemem’, Róża (3;10) *chlebek pestkowy* ‘chleb z pestkami słonecznika’, Tomasz (3;9) *bombelkowe mleko* ‘mleko, w którym dzieci robiły bąbelki za pomocą rurki/ z bąbelkami’.
- B. Odrzeczownikowe; materiałowe:
 - sufiks -owy: Ksawery (2;10) *kulkowy ogon* ‘zrobiony z kulek papierowych’, Filip (3;4) *deskowy most*, Lena (3;7) *deskowy statek*, Adam K. (3;10) *zouędżowa zupa*, *makowa zupa*,
 - sufiks: -any: Filip (3;4) *odlutowany samochut* ‘auto policyjne, zbudowane z krat’.

³² Pomimo zastosowania prefiksów nie doszło tu do perfektywizacji czasowników.

- C. Odrzeczownikowe; przeznaczenia: Ksawery (2;11) *seleg zapjekankowy*, Adam O. (3;8) *śmjećowy zegal* 'nadający się do kosza, zepsuty', Julia I. (3;2) *ńedźelowa sukjeńka* 'pasująca na niedzielę', Gabriela (3;8) *kuchenkowe ren-cńiki* 'małe, pasujące do kuchni'.
- D. Odrzeczownikowe; podobieństwa: Zofia (3;7) *zeblowy fotel* 'fotel wyglądający jak zebra', Gabriel (3;9) *kolol jabuskowy* 'taki jak jabłuszko', Zuzia 1 (3;7) *helbatowy sok* (lubje taki helbatowy sok) 'podobny do herbaty'.
- E. Ogólnie relacyjne³³: Oliwier (3;8) *pan metrofski* 'maszynista metra', Daria (3;7) *końiki tławne* (to nie są końiki polne, tylko tławne), Filip (3;6) *pićowy* (jesteż guodny? nie, ale jestem pićowy).
- F. Przymiotniki odczasownikowe:
- czynnościowe: Aleksandra (3;9) *spićauy* (jestem stlasnie spićaua) 'spragniony',
 - potencjalne (oznaczające skłonność, możliwość oraz zdolność do wykonywania pewnej czynności):
 - skłonnościowe: Oliwia (3;5) *zabawliwy* (muj blad jezd baldzo zabawliwy, bawi się s kazdym) 'skłonny do zabawy', Milena (3;11) *ńesųuchliwy* (muj tata byų ńesųuchliwy wcolaj),
 - możliwościowe: Anna 2 (3;10) *lozdmuchalny* (muj tata ma casem taki lozdmuchalny brzuch) 'brzech, który może się powiększyć'.
3. Formant w funkcji modyfikacyjnej (derywacja leksykalna). Nowo powstałe wyrazy, utworzone za pomocą odpowiedniego formantu, mogą intensyfikować lub osłabiać cechy wyrażane przez przymiotnik podstawowy.
- A. Nazwy deminutywne (zdrobnienia):
- sufiks *-aty, -owaty*: Krzysztof F. (3;8) *fstrentnowaty* 'kot, który ciągle drapie chłopca', Franciszek (3;11) *maųaty* 'mały kot',
 - sufiks *-owy*: Zofia (3;7) *letńowy stluj* 'strój na lato/letni strój'³⁴, Cezary (3;10) *ńebjeskowa kretka*, Jakub K. (3;10) *fstydźowy* (to są także fstydźowe sųowa) 'wstydlive',
 - sufiks *-ony*: Róża (3;10) *zmjeńćony* (mama mi nie kazaųa iść f tej blusce, bo byųa zmjeńćona) 'zmięta', Lidia (3;8) *nadmuchńony* 'opuchnięty',
 - sufiks *-awy*: Lidia (3;8) *samawy* (jak czųowjek tęskni za kimś to jes• taki samawy) 'samotny', Eryka (3;9) *zųawy* (żyrafa jezd zųawa) 'zła'.
- B. Nazwy powiększające (intensiva):
- sufiks *-asty*: Zofia (3;7) *oglomńasty*³⁵,
 - sufiks *-usia*: Daria (3;9) *zdłowuśa*,
 - sufiks *-utka*: Przemysław (3;9) *delikutka* (nie bońć taka delikutka).

³³ Zakwalifikowałam tu formacje, w których, pod względem znaczenia, jakość dominuje nad elementami ustosunkowania. Dopiero kontekst pozwala na sprecyzowanie znaczenia.

³⁴ W tym przypadku następuje tożsamość znaczeniowa formacji podstawowej i pochodnej.

³⁵ Jest to jeden ze stopni przymiotnika, który ze względu na swą regularność może być zaliczony do fleksji.

C. Stopniowanie przymiotników:

- zamiana sufiksów *-szy*, *-ejszy* podczas stopniowania syntetycznego³⁶; Filip (2;6) *bjaŹszy*³⁷ 'bielszy', Nikola (2;12) *wjeŹkŹejŹsy*, Filip (2;6) *bzydŹejŹsy* (on jezd bzydŹejŹsy, bo ma zŹŹ mine), Daria (3;9) *letszy* 'lŹejŹszy',
- stopniowanie przymiotnika, który nie podlega stopniowaniu: Daria (3;9) *cholszy* (muj tata jest cholszy), Adam O. (3;4) *calŹejŹsy* (to Źe jest fioletowy, tylko Źebjeski, tylko ze calŹejŹsy), Filip (3;5) *pjelŹejŹsy* (ja byŹem pjelŹejŹsy za AdaŹem) 'drugi',
- nieuwzglŹdnienie dwŹch wyklŹadnikŹw podczas stopniowania przymiotnika w stopniu najwyŹszym: Nikola (2;10) *najpysny* (cukjelki sŹ najpysne) 'najpysniejszy', Marcelina (2;4) *najduzy* 'najwiŹkszy', Anna 2 (3;11) *najpaskudny* 'najpaskudniejszy',
- brak zmiany tematu fleksyjnego w przymiotnikach, ktŹre w stopniu wyŹszym i najwyŹszym posiadajŹ nieregularnŹ formŹ³⁸: Julia I. (3;3) *ŹlejŹsy* 'gorszy' (Milena byŹŹ Źlejsza od Nataszy), Filip 2 (3;11) *duŹejŹsy* 'wiŹkszy', Szymon M. (3;8) *baldŹej wjeŹkŹsy* 'najwiŹkszy'³⁹, Matylda (3;4) *baldzo lepszy* (Kuba jezd baldzo lepsy) 'najlepszy',

Podsumowanie

Innowacje leksykalne stanowiły licznŹ grupŹ nazw, ktŹra zwiŹkszała siŹ stopniowo w procesie opanowywania słownictwa. Z przeprowadzonych badaŹ wynika, iŹ neologizmy w jŹzyku dziecka powstawały w rŹŹny sposŹb: poprzez dodanie morfemŹw derywacyjnych do podstaw słowotwŹrczych, poprzez tworzenie nowych pod wzglŹdem formy oraz poprzez nadawanie znaczeŹ wyrazom, ktŹre istniejŹ juŹ w jŹzyku i sŹ noŹnikami właŹciwej sobie treŹci. Powstałe derywaty charakteryzowały siŹ: ekspresywnoŹciŹ, modyfikacjŹ znaczeŹ, objawiajŹcŹ siŹ zmianŹ formantu lub podstawy słowotwŹrczej oraz unikalnoŹciŹ motywacji semantycznych, połączonŹ z zaznaczajŹcŹ siŹ regularnoŹciŹ derywacji (Sikorska, 2018). W zakresie poszczegŹlnych kategorii były one tworzone wedłŹg typowych dla wspŹlczesnej polszczyzny modeli słowotwŹrczych, ktŹrych uŹyte formanty okreŹlajŹ ich poziom produktywnoŹci.

Badania empiryczne wykazały, iŹ u podstaw analogicznych formacji słowotwŹrczych leŹały próby poszukiwania reguł okreŹlajŹcych tworzenie jednostek leksykalnych. Dociekanie ich znaczeŹ, struktur oraz poczucie budowy morfologicznej wyrazŹw prowadziło do powstania szeregu formacji, majŹcych swoje Źródło w analogii. Im dziecko było starsze, tym wzrastała poprawnoŹ strukturalna neologizmŹw oraz zmniejszała siŹ liczba nieprawidłowego podziału słowotwŹrczego i absorpcji

³⁶ W niektŹrych przypadkach zdarza siŹ równieŹ nieuwzglŹdnienie alternacji podczas stopniowania.

³⁷ W dwŹch ostatnich przypadkach sufiks jest poprawny, ale dziecko nie uwzglŹdniło zmiany tematycznej, zachowujŹc podczas odmiany formŹ stopnia równego.

³⁸ Potraktowanie przymiotnikŹw jako tych, ktŹre odmieniajŹ siŹ regularnie.

³⁹ Zastosowanie stopniowania opisowego do przymiotnika, ktŹry stopniuje siŹ w sposŹb nieregularny.

morfologicznej. Było to spowodowane sukcesywnym opanowywaniem wymian tematycznych, funkcjonujących jako współformanty słowotwórcze, oraz zdobywaniem wiedzy odnośnie do funkcji i zakresu użyc formantów, co stopniowo wpływało na upodobnienie języka dziecka do mowy otoczenia.

Bibliografia

- Baillergeona R. (1987). Object permanence in 3½- and 4½-month-old infants, *Developmental Psychology*, 23(5), 655–664.
- Borowiec H. (2001). Analogia w języku 6-letnich dzieci, *Logopedia*, 29, 71–86.
- Brodowska-Honowska M. (1967). *Zarys klasyfikacji polskich derywatów*. Wrocław: Wydawnictwo PAN.
- Chmura-Klekotowa M. (1964). Rozwój rozumienia budowy wyrazów nowych (analogicznych) u dzieci w wieku przedszkolnym. *Psychologia Wychowawcza*, 4, 403–418.
- Chmura-Klekotowa M. (1971). Neologizmy słowotwórcze w mowie dzieci. *Prace Filologiczne*, 21, 99–235.
- Dziurda-Multan A. (2002). *Dziecięce sposoby tworzenia nazw*. Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Goswami U., East M. (2000). Rhyme and analogy in beginning reading: Conceptual and methodological issues. *Applied Psycholinguistics*, 21, 63–93.
- Grabias S. (1970). Kontaminacje we współczesnym języku polskim – próba charakterystyki. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Sectio F, Nauki Filozoficzne i Humanistyczne*, 25, 6, 117–145.
- Grzegorzczkowska R., Laskowski R., Wróbel H. (red.). (1984). *Gramatyka współczesnego języka polskiego. Morfologia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Haman M. (1993a). Rozwój pojęciowy i semantyczny dziecka. W: I. Kurcz (red.), *Psychologia a semiotyka. Pojęcia i zagadnienia* (s. 209–241). Warszawa: Zakład Semiotyki Logicznej.
- Kaczmarek L.B. (1988). *Nasze dziecko uczy się mowy*. Lublin: Wydawnictwo Lubelskie.
- Klemensiewicz Z., Lehr-Spławiński T., Urbańczyk S. (1955). *Gramatyka historyczna języka polskiego*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Kreja B. (1996). *Studia z polskiego słowotwórstwa*. Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.
- Maciejewska A. (2013). Analogia w metodologii badań logopedycznych. W: S. Milewski, K. Kaczorowska-Bray (red.), *Metodologia badań logopedycznych. Z perspektywy teorii i praktyki* (s. 95–111). Gdańsk: Harmonia Universalis.
- Przetacznikowa M., Kielar M. (1973). Rozumienie odrębności gramatycznej i semantycznej klas wyrazów (części mowy) przez dzieci w wieku od 3 do 15 lat. *Przegląd Pedagogiczny*, 1/2, 33–51.
- Satkiewicz H. (1969). *Produktywne typy słowotwórcze współczesnego języka ogólnopolskiego*. Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego.
- Sikorska L. (2018). Innowacje językowe w mowie dzieci przedszkolnych. *Scientific Bulletin of Chełm. Section of Pedagogy*, 1, 99–112.
- Smoczyński P. (1955). *Przyswajanie przez dziecko podstaw systemu językowego*. Łódź: Zakład Narodowy im. Ossolińskich.
- Tomasello M. (2003). Czy małe dzieci posiadają składniową kompetencję osób dorosłych?. W: E. Dąbrowska, W. Kubiński (red.), *Akwizycja języka w świetle językoznawstwa kognitywnego* (s. 144–222). Kraków: Universitas.

Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis

Studia Logopaedica 7 (2023)

ISSN 2083-7283

DOI 10.24917/20837283.7.5

Piotr Koprowski

MoveConcept Physiotherapy, Kraków

ORCID 0009-0006-4122-3245

Znaczenie obręczy barkowej u pacjenta z zaburzeniami miodfunkcjonalnymi

The importance of the shoulder girdle in a patient with myofunctional disorders

Streszczenie

Niniejszy artykuł przedstawia relacje anatomiczne oraz możliwość występowania wpływu niższych segmentów ciała na funkcjonowanie traktu orofacjalnego. Opisuje pracę opartą na terapii ruchowej z przykładowym pacjentem logopedycznym w gabinecie fizjoterapeutycznym. Ukazuje możliwość współpracy interdyscyplinarnej przyczyniającej się do optymalizacji osiągnięć pacjenta w zakresie realizacji celów terapeutycznych.

Słowa kluczowe: fizjoterapia, zaburzenia miodfunkcjonalne, trakt orofacjalny, obręcz barkowa, wady postawy

Abstract

This article presents anatomical relationships and the possibility that lower body segments may have an influence on the functioning of the orofacial system. It describes troweling with an exemplary speech therapy patient in a physiotherapy office, based on movement therapy. Demonstrates the possibility of interdisciplinary cooperation contributing to optimizing the patient's achievement of therapeutic goals.

Keywords: physiotherapy, myofunctional disorders, orofacial system, shoulder girdle, postural deviations

Wstęp

Globalne spojrzenie na terapię pacjenta w zakresie wąskich specjalizacji pokazuje chęć poszukiwania form usprawniania procesu terapeutycznego, optymalizacji efektów i przyspieszania osiągania postawionych celów. Ukazuje to potrzebę współpracy interdyscyplinarnej zarówno w zakresie samej terapii, jak i profilaktyki powstawania zaburzeń w obrębie aparatu ruchu. W występowaniu zaburzeń traktu orofacialnego jednym z istotnych elementów pracy z pacjentem jest osiągnięcie stabilnej podstawy, która ma umożliwić uzyskanie optymalnych warunków do usprawniania. Ze względu na wytwarzane połączenia dobra stabilność obręczy barkowej wydaje się warunkować możliwość uzyskania prawidłowej biomechaniki w obrębie traktu orofacialnego.

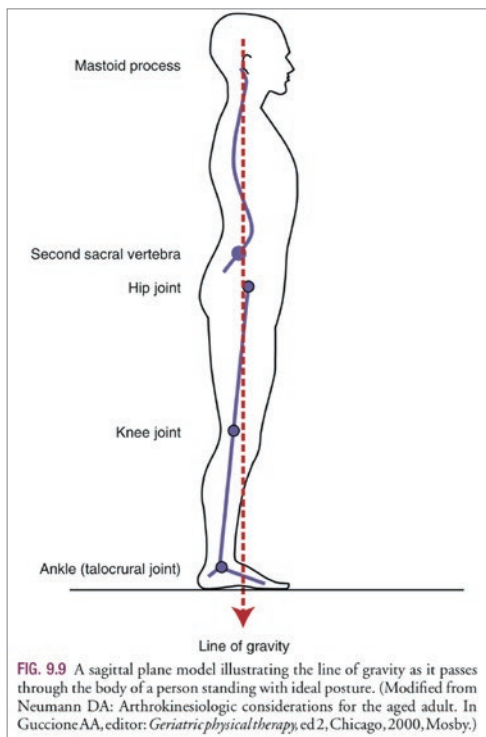
Podczas diagnostyki, oceniając poszczególne segmenty ciała, należy pamiętać o globalnym spojrzeniu, gdyż dane odcinki wpływają wzajemnie na swoje ustawienie. Dobre zrozumienie anatomii i biomechaniki obręczy barkowej jest niezbędne do skutecznej oceny, diagnozy i terapii zaburzeń ruchu tego obszaru ciała oraz sąsiednich segmentów. Jednakże ze względu na ograniczone rozmiary niniejszej pracy analiza zależności strukturalno-funkcjonalnych będzie się koncentrować przede wszystkim na anatomicznych połączeniach obręczy barkowej z traktem orofacialnym.

Pośród wielu połączeń, takich jak struktury nerwowe, naczyniowe czy powięź, w kontekście analizy biomechanicznej istotne są połączenia mięśniowe. Można wydzielić połączenia mięśniowe bezpośrednie i pośrednie. Do bezpośrednich należy np. mięsień mostkowo-obończykowo-sutkowy. Do pośrednich zaliczają się mięśnie nadgnykowe i podgnykowe.

U pacjentów z zaburzeniami w obrębie traktu orofacialnego pomocne może okazać się wprowadzenie treningu posturalnego (Kaur, 2022; Salkar, 2015; Chaves, 2014; Wright, 2000). Wynika to z możliwości istnienia korelacji nieprawidłowej postawy ciała z zaburzeniami orofacialnymi (Saccomano, 2021; Solano, 2020; Lee, 2017; Nota, 2017; Salkar, 2015; Souza, 2014; Sakaguchi, 2007; Korbmacher, 2005; Siudak, Prażak, 2023). Pozycja szyi i głowy wpływa na siłę języka (Paris-Aleman, 2021), a jego ustawienie może modulować mechanizmy kontroli posturalnej (Alghadir, 2015). Postawa ciała wywiera wpływ na ustawienie żuchwy i odwrotnie (Dieguez-Perez, 2021; Sakaguchi, 2007). Brak prawidłowej pozycji czaszki, szyi oraz żuchwy wiąże się z przednią pozycją głowy, zaburzeniami TMJ oraz wpływa na mięśnie żucia. Może to być związane z zaburzeniami stabilności posturalnej, czucia ułożenia TMJ i odcinka szyjnego. Prawidłową liniowość czaszkowo-szyjno-żuchwową można poprawić, stosując odpowiednio dobrane ćwiczenia „łopatkowo-piersiowe” (Micogullari, 2024). Niestety ze względu na małą liczbę badań odpowiedniej jakości brak wystarczających dowodów na skuteczność ćwiczeń fizycznych u pacjentów z zaburzeniami miofunkcjonalnymi. By to potwierdzić, potrzeba więcej randomizowanych badań kontrolowanych (Saccomano, 2021; Lee, 2017; Salkar, 2015; Sodhi, 2014).

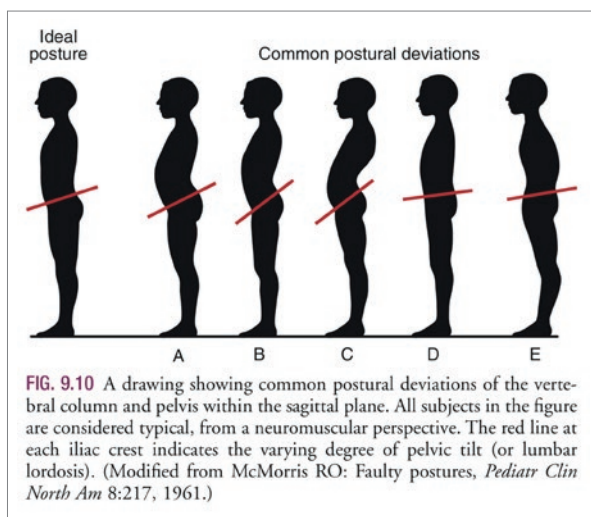
W idealnej postawie ciała oś grawitacji (*line of gravity*) działająca na stojącą osobę przebiega kolejno: w pobliżu wyrostka sutkowatego kości skroniowej, nieco przednio do kręgu S2, tuż za stawami biodrowymi, przednio do kolana i kostki.

Tak przebiegająca oś grawitacji umożliwia wytwarzanie równoważących się, naprzemiennych przeciwnych momentów obrotowych w obrębie kręgosłupa. Należy jednak pamiętać, że postawa każdej osoby jest wyjątkowa. By zachować prawidłową postawę ciała, zewnętrzne momenty obrotowe wytwarzane przez siłę grawitacji muszą być równoważone przez momenty obrotowe wytwarzane aktywnie (przez mięśnie) i biernie (przez tkanki łączne). Długotrwała nierównowaga pomiędzy działającymi siłami może prowadzić do niepożądanych kompensacji, bólu i zmian strukturalnych związanych z przeciążeniami (Neumann, 2017) (ryc. 1).



Ryc. 1. Przebieg osi grawitacji (Neuman, 2017)

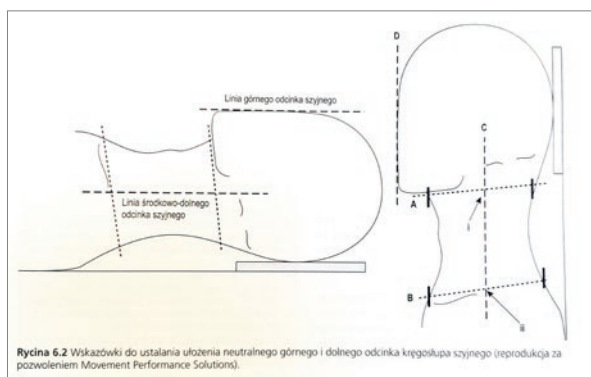
Wiele czynników może zaburzać prawidłową postawę ciała. W procesie diagnostycznym z pewnością należy wziąć pod uwagę siłę i wytrzymałość mięśni, specyficzny kształt poszczególnych krzywizn, elastyczność tkanki łącznej, odkładanie się tłuszczu, a także lokalizację i wielkość obciążeń przenoszonych przez ciało. Wystąpienie odchyłeń zmienia relację przestrzenną między osią grawitacji a każdym z regionów kręgosłupa. Nieprawidłowości zwiększają obciążenie: mięśni, więzadeł, kości, krążków międzykręgowych, stawów międzywyrostkowych i wychodzących korzeni nerwowych. Zmieniają również objętość jam ciała, np. wyraźnie pogłębiona kifoza piersiowa może znacznie zredukować przestrzeń dla płuc do rozszerzania się podczas głębokiego oddychania (Neumann, 2017) (ryc. 2).



Ryc. 2. Typowe zaburzenia postawy ciała (Neumann, 2017)

Głowa, odcinek szyjny kręgosłupa oraz obręcz barkowa są segmentami najbliższymi podlegającymi ocenie u pacjentów z zaburzeniami w obrębie traktu orofacjalnego.

W ocenie szczegółowej ustawienia odcinka szyjnego kręgosłupa dzieli się na część górną i dolną. W ustawieniu neutralnym górnego odcinka kręgosłupa szyjnego płaszczyzna twarzy powinna być równoległa (± 10 stopni) do linii odcinka środkowo-dolnego. Oceniając ustawienie odcinka dolnego, zwraca się uwagę na pionowy przebieg jego linii (± 10 stopni) w pozycji stojącej. Potylica powinna być ustawiona 1–2 cm ku przodowi względem linii łączącej kość krzyżową i kifozę piersiową. Linia żuchwy powinna przecinać drugi kręg szyjny, a linia obojczyka przejście szyjno-piersiowe. Linia przebiegająca przez środki linii A i B w pozycji stojącej powinna mieć ustawienie wertykalne (Comerford, 2016) (ryc. 3).

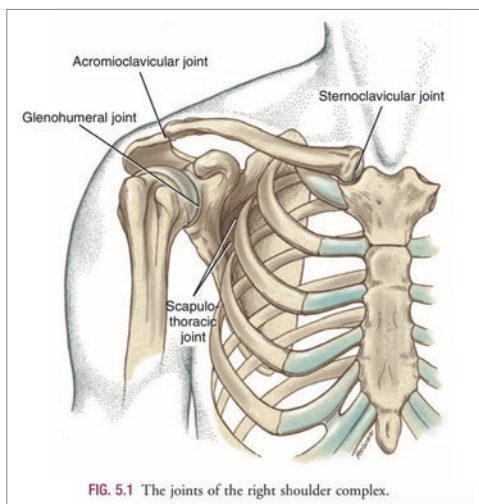


Ryc. 3. Wskazówki do ustalania ułożenia neutralnego górnego i dolnego odcinka kręgosłupa szyjnego (Comerford, 2016)

Obręcz barkowa w ustawieniu neutralnym charakteryzuje się przede wszystkim prawidłowym ustawieniem łopatki. Górno-przyśrodkowy kąt łopatki rzutuje na kręgi Th2. Przyśrodkowa krawędź grzebienia łopatki wskazuje wysokość Th3. Grzebień łopatki rzutuje na Th4. Kąt dolny łopatki jest na poziomie Th7. Wyrostek barkowy powinien być ułożony wyżej niż górno-przyśrodkowy kąt łopatki. Płaszczyzna łopatki ustawia się 15–30 stopni ku przodowi względem płaszczyzny czołowej. Kąt dolny i brzeg przyśrodkowy łopatki powinien pozostawać w kontakcie z klatką piersiową. Odległość brzegu przyśrodkowego łopatki od kręgosłupa powinna wynosić ok. 5–6 cm (Comerford, 2016).

Oceniając poszczególne segmenty kręgosłupa, należy pamiętać o spojrzeniu całościowym, gdyż, jak wspomniano wcześniej, dane odcinki wpływają wzajemnie na swoje ustawienie. Dobre zrozumienie anatomii i biomechaniki obręczy barkowej jest niezbędne do skutecznej oceny, diagnozy i terapii zaburzeń ruchu tego obszaru ciała oraz sąsiednich segmentów.

Obręcz barkową tworzy zestaw czterech stawów związanych ze sobą mechanicznie, które dzięki kooperatywnej pracy mięśni zapewniają wszechstronność, kontrolę oraz szeroki zakres ruchu czynnego. Są to kolejno: staw mostkowo-obojczykowy (*sternoclavicular joint*), barkowo-obojczykowy (*acromioclavicular joint*), łopatkowo-piersiowy (*scapulothoracic joint*) i ramiennie-łopatkowy (*glenohumeral joint*) (ryc. 4).

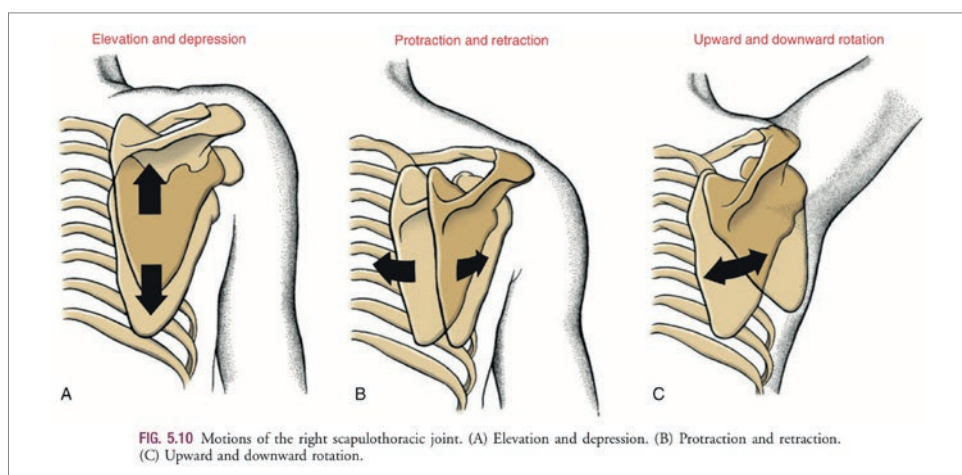


Ryc. 4. Stawy obręczy barkowej (Neumann, 2017)

Staw mostkowo-obojczykowy łączy szkielet kończyny ze szkieletem osiowym, stanowiąc podstawę dla całej kończyny górnej. Stabilizowany jest przez mięśnie: mostkowo-obojczykowo-sutkowy (MOS) od przodu, mostkowo-tarczowy i mostkowo-gnykowy od tyłu oraz podobojczykowy od dołu. Staw ten ma zdolność do ruchów elewacji (35–45 stopni) i depresji (10 stopni), protrakcji i retrakcji (w sumie 15–30 stopni) oraz rotacji (w sumie 20–35 stopni).

Staw barkowo-obojczykowy tworzą koniec barkowy obojczyka i wyrostek barkowy łopatki. Stabilizują go mięśnie: naramienny i czworoboczny grzbietu. Ruchy tego stawu odbywają się w trzech stopniach swobody i są opisywane przez ruch łopatki: rotacja górna i dolna (ok. 30 stopni), rotacja wewnętrzna i zewnętrzna oraz pochylenie przednie i tylne.

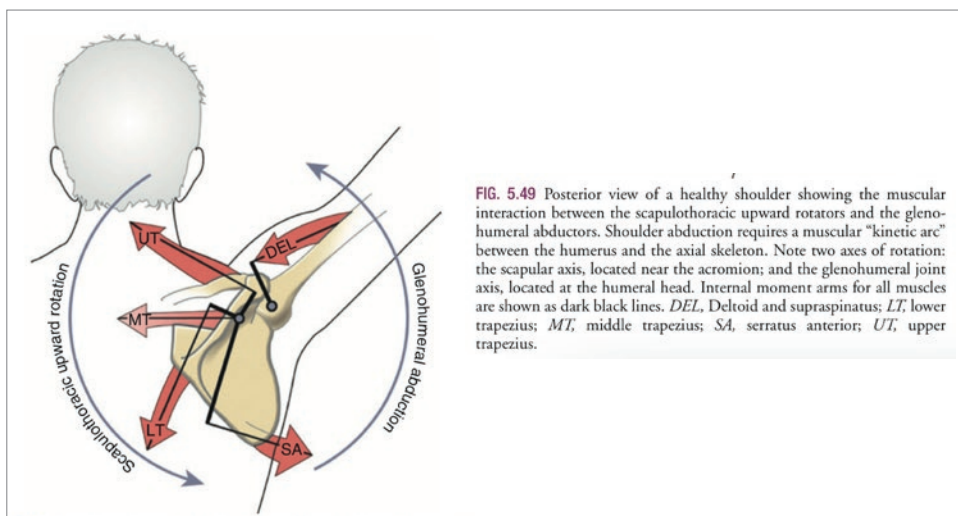
Staw łopatkowo-piersiowy tworzony jest przez pole kontaktu między przednią powierzchnią łopatki a tylno-boczną powierzchnią klatki piersiowej. Ruchy łopatki odbywają się dzięki współpracy ze stawami mostkowo-obojczykowym i barkowo-obojczykowym. Poruszając się po ścianie klatki piersiowej w tzw. płaszczyźnie łopatki, łopatka może wykonać ruchy elewacji i depresji (30–40 stopni), protrakcji i retrakcji (15–30 stopni), rotacji górnej i dolnej (ok. 60 stopni), a także pochylenia przedniego i tylnego oraz rotacji zewnętrznej i wewnętrznej (ryc. 5).



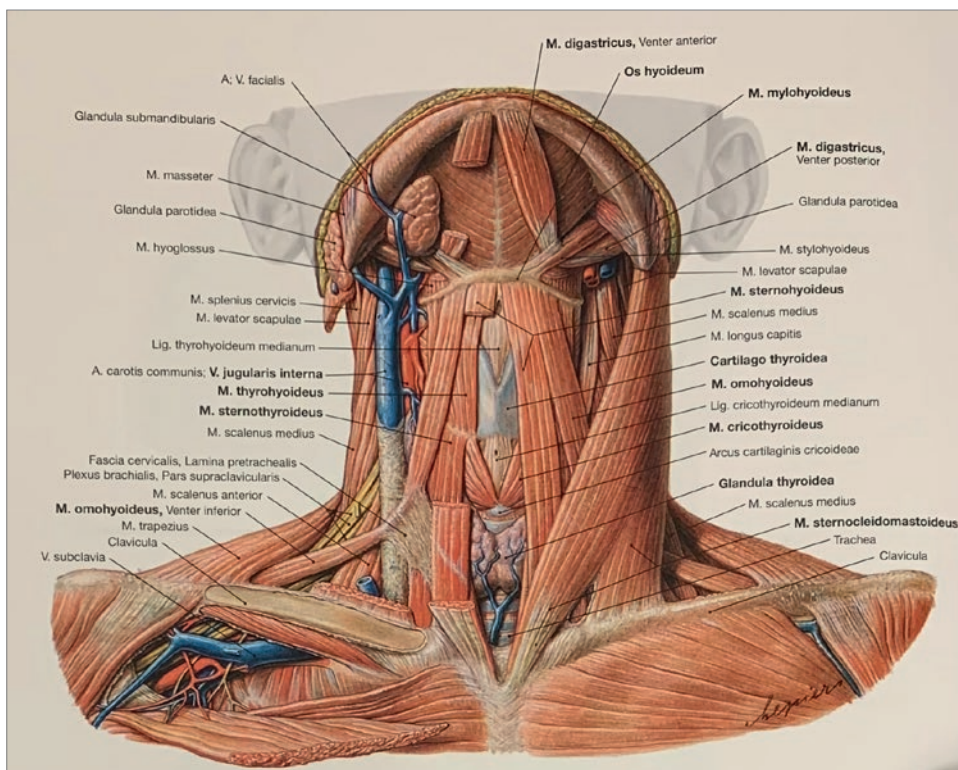
Ryc. 5. Ruchy w stawie łopatkowo-piersiowym (Neumann, 2017)

Łopatkę w ruch wprawia szereg mięśni, które współdziałając, nadają jej pożądany kierunek, unosząc ją (m. czworoboczny akton górny, m. dźwigacz łopatki, mm. równoległoboczne), obniżając (m. czworoboczny akton dolny, m. najszerzy grzbietu, m. piersiowy mniejszy, m. podobojczykowy), wysuwając (m. zębaty przedni), cofając (m. czworoboczny akton środkowy, mm. równoległoboczne, m. czworoboczny akton dolny), a także wykonując rotację górną (m. zębaty przedni, m. czworoboczny akton górny i dolny) (ryc. 6) i dolną (mm. równoległoboczne, m. piersiowy mniejszy) (Neumann, 2017).

Obręcz barkowa łączy się anatomicznie z traktem orofacjalnym poprzez połączenia mięśniowe bezpośrednie i pośrednie. Bezpośrednio łączą się poprzez mięśnie: czworoboczny (akton górny) i mostkowo-obojczykowo-sutkowy. Połączenia pośrednie tworzą mięśnie podgnykowe (m. mostkowo-gnykowy, m. łopatkowo-gnykowy, m. mostkowo-tarczowy, m. tarczowo-gnykowy) i nadgnykowe (m. dwubrzuscowy, zuchwowo-gnykowy, rylcowo-gnykowy, bródkowo-gnykowy) (ryc. 7).



Ryc. 6. Odwodzenie kończyny górnej (rotacja górna łopatki i odwiedzenie kości ramiennej) – współpraca mięśniowa (Neumann, 2017)



Ryc. 7. Struktury anatomiczne szyi (Paulsen, 2019)

Znając dobrze anatomię i biomechanikę obręczy barkowej oraz traktu orofacjalnego w kontekście wzajemnej relacji i wpływu sąsiednich segmentów, a także posiadając umiejętność odnalezienia ich w ujęciu globalnym, można dokonać precyzyjnej analizy i diagnozy narządu ruchu. W efekcie badania funkcjonalnego należy wyznaczyć z pacjentem i/lub jego prawnym opiekunem cel główny prowadzonej terapii oraz ewentualne cele dodatkowe. Jeżeli pacjent jest równoległy w trakcie terapii u innych specjalistów, ważnym elementem będzie bieżący kontakt oraz kontrola przebiegu terapii, by stosowane przez specjalistów metody działania wzajemnie się uzupełniały, usprawniając osiągnięcie wspólnych celów.

Analiza przypadku

Do gabinetu zgłosiła się dziewczynka w wieku 10 lat po diagnostyce u neurologopedy, który stwierdził zaburzenia miofunkcjonalne. W wyniku nieprawidłowości posturalnych skierował dziecko do fizjoterapeuty w celu badania dystrybucji napięcia mięśniowego oraz wady postawy. Pacjentka w dniu wizyty pozostawała w leczeniu ortodontycznym, w zakresie miofunkcji stwierdzono: nieprawidłową pozycję żuchwy i warg (wchylenie żuchwy w prawo, brak domknięcia ust, wargą namiotową), niską pozycję spoczynkową języka, jednostronne żucie oraz asymetrię mięśni mimicznych.

Po przeprowadzeniu badania diagnostycznego podjęto decyzję o rozpoczęciu fizjoterapii celem poprawy dystrybucji napięcia posturalnego w obrębie tułowia i obręczy barkowej, co całościowo można sklasyfikować jako terapię wady postawy.

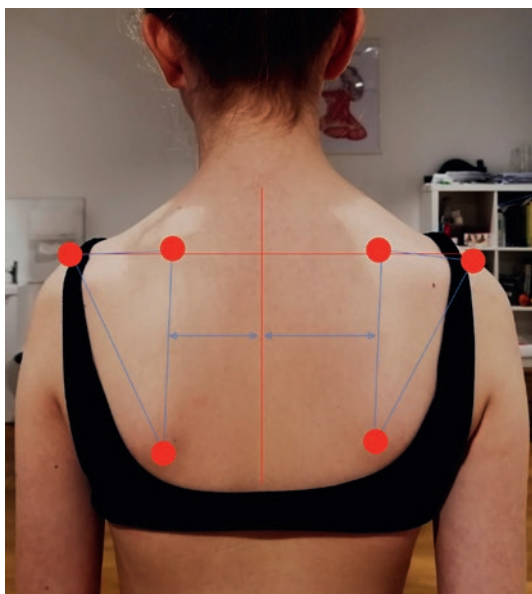
Podczas diagnostyki stwierdzono, iż pacjentka prezentuje postawę typu SWAY. Odcinek szyny kręgosłupa ustawiony w protrakcji. Łopatki znajdowały się w nadmiernej depresji, odsunięciu od kręgosłupa, pochyleniu przednim, rotacji wewnętrznej i rotacji dolnej (ryc. 8 a, b). W ruchu łopatki nie wykazywały odpowiedniej kontroli oraz można było zaobserwować asymetrię ich pracy. Podczas unoszenia ramienia (ruch zginania, ruch odwodzenia) brzeg przyśrodkowy łopatki odstawał od powierzchni klatki piersiowej. Świadczy to o nie dość dobrej pracy głównie mięśnia zębatego przedniego, co w ujęciu całościowym będzie zaburzało tor ruchu rotacji górnej łopatki, wymuszając kompensację z innych struktur. W fazie ekscentrycznej (opuszczania ramion) brak prawidłowego wyhamowania łopatki wskazuje na potrzebę poprawy efektywności pracy głównie aktonu dolnego mięśnia czworobocznego grzbietu (ryc. 9).

Poza pełną diagnostyką funkcjonalną wykonano badanie statyczne oraz dynamiczne stóp z użyciem platformy baropodometrycznej SensorMedica z oprogramowaniem FreeStep 2.0. Badanie statyczne ukazało zbyt mocne obciążanie tyłostopia oraz mocniejsze obciążanie kończyny dolnej prawej (ryc. 10). W badaniu dynamicznym zauważono, iż stopy stawiane są do środka, a środek ciężkości przenoszony jest przez przyśrodkowy brzeg stopy. Odnalezione nieprawidłowości mogą wymagać kompensacji na segmentach wyższych (ryc. 11).

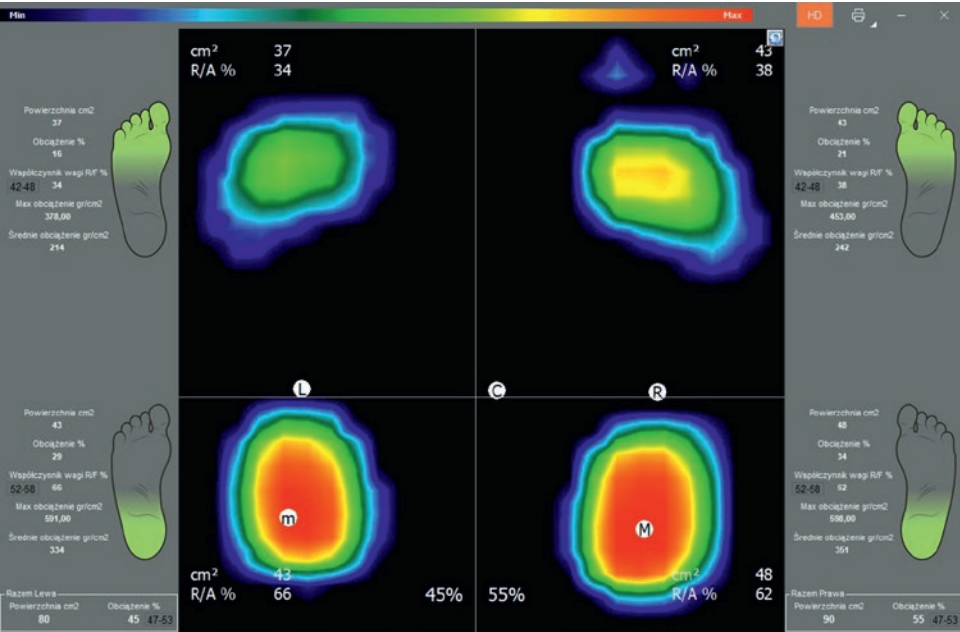
Przed wdrożeniem terapii sformułowano cele główne oraz cele dodatkowe. Celem głównym miała być korekcja pozycji spoczynkowej i biomechaniki obręczy barkowej poprzez poprawę siły i wytrzymałości mięśni, a także poprawy kontroli ruchu. Pośród celów dodatkowych znalazły się: poprawa kontroli, wytrzymałości i siły mięśniowej tułowia i bioder oraz poprawa ogólnej sprawności fizycznej.



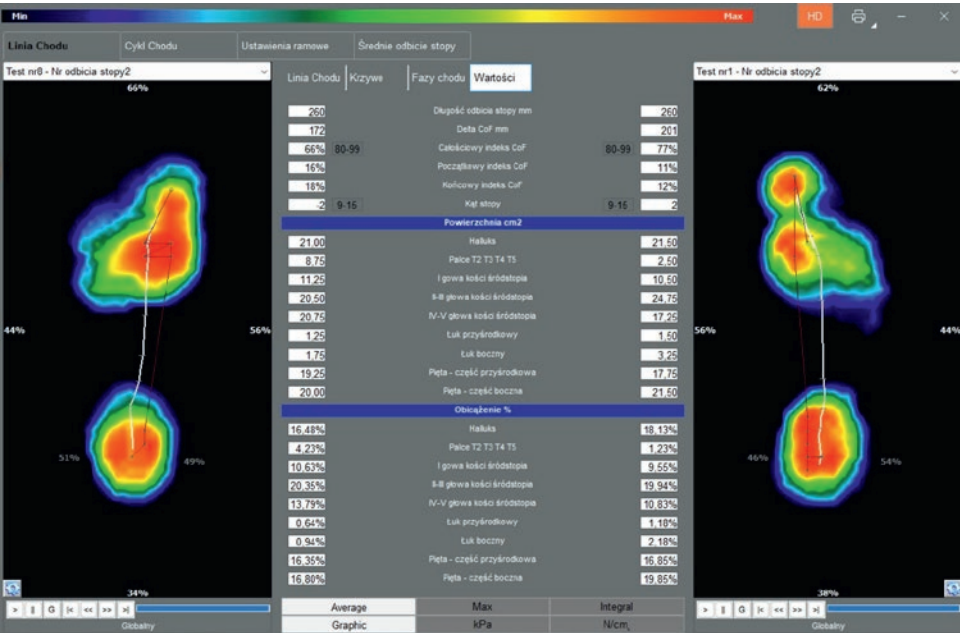
Ryc. 8. Postawa ciała a) widok z tyłu, b) widok z boku (źródło – własne)



Ryc. 9. Pozycja łopatek (źródło – własne)



Ryc. 10. Wynik badania statycznego (źródło – własne)



Ryc. 11. Wynik badania dynamicznego (źródło – własne)

Do realizacji założeń prowadzono fizjoterapię w formie regularnych wizyt, średnio jedna wizyta w tygodniu. Terapia miała formę treningu o charakterze wzmacniającym mięśnie łopatki, szczególnie m. czworoboczny akton dolny (ryc. 12) i środkowy (ryc. 13) oraz m. zębaty przedni (ryc. 14). Ponadto zastosowano elektrostymulację mięśni łopatki celowaną na m. czworoboczny akton dolny i środkowy oraz m. zębaty przedni. W obrębie pracy nad osiągnięciem efektów w zakresie celów dodatkowych stosowano trening mięśni tułowia, szczególnie mm. brzucha, oraz trening siły i kontroli ruchu mięśni obręczy biodrowej, szczególnie mięśni pośladkowych oraz m. biodrowo-lędźwiowego. Poza regularnymi treningami w gabinecie pacjentka codziennie wykonywała ćwiczenia w formie zadania domowego, zawierające minizestaw ćwiczeń zamykający się w czasie ok. 25–30 min. W trakcie procesu terapeutycznego nie stosowano terapii manualnej. Jedyną bezpośrednią formą oddziaływania na tkankę był automasaż w postaci rolowania mięśni ud za pomocą wałka do masażu.



Ryc. 12. Trening mięśnia czworobocznego grzbietu akton dolny (źródło – własne)

Po ok. 6 miesiącach pracy uzyskano zmiany w postawie ciała. Depresja łopatek została zredukowana, łopatki zbliżyły się do płaszczyzny klatki piersiowej, a rotacja dolna łopatek zauważalnie się zmniejszyła. Udało się również uzyskać poprawę symetrii ustawienia miednicy i zmniejszenie przodopochylenia. Protrakcja odcinka szyjnego kręgosłupa oraz wysunięcie obręczy barkowej ku przodowi zostały zredukowane. W spoczynku pacjentka prezentuje bardziej „aktywną” postawę (ryc. 15–16).

Jednocześnie prowadzono terapię neurologopedyczną w zakresie poprawy stabilizacji żuchwy, pozycji spoczynkowej języka, artykulacji i połykania, a także mechaniki żucia bez kompensacji w obrębie traktu orofacialnego.



Ryc. 13. Trening mięśni „międzyłopatkowych”
(źródło – własne)



Ryc. 14. Trening mięśnia zębatego przedniego
(źródło – własne)



Ryc. 15. Postawa ciała widok z tyłu,
a) przed terapią, b) po terapii
(źródło – własne)



Ryc. 16. Postawa ciała widok z boku,
a) przed terapią, b) po terapii
(źródło – własne)

Wnioski

Choć aktualnie niestety nie ma wystarczającej liczby publikacji dowodzących korelacji pomiędzy zaburzeniami posturalnymi i zaburzeniami w obrębie traktu orofacjalnego, przypadki kliniczne znane z praktyki gabinetu pokazują występującą tu zależność. Poprawa pozycji głowy oraz napięcia posturalnego ułatwia domknięcie szpary ust, co jest kluczowe w osiągnięciu prawidłowej pozycji spoczynkowej żuchwy oraz języka. Lepsza stabilność żuchwy stwarza warunki do poprawy artykulacji i prawidłowej mechaniki żucia.

Ze względu na małą liczbę badań wysokiej jakości w obrębie poruszanej tematyki konieczne należy rozszerzyć analizy na dużych grupach, z zastosowaniem precyzyjnych narzędzi diagnostycznych.

Zakończenie

W praktyce gabinetowej coraz częściej spotykamy pacjentów z zaburzeniami w obrębie traktu orofacjalnego. Są kierowani do fizjoterapeuty po diagnostyce logopedycznej/neurologopedycznej, by sprawdzić, czy występują u nich optymalne warunki do prowadzenia terapii. Jak wynika z dotychczasowych doświadczeń zdecydowana większość pacjentów wykazuje zaburzenia w obrębie postawy ciała, stabilności tułowia czy kontroli ruchu. Kierując się dobrem pacjenta, zabiegamy – o ile to możliwe – o jak najściślejszą współpracę z innymi specjalistami. Dotychczasowe doświadczenie pokazuje, iż pacjenci łączący terapię logopedyczną/neurologopedyczną z fizjoterapią łatwiej i szybciej osiągają pozytywne rezultaty w zakresie terapii zaburzeń miofunkcjonalnych traktu orofacjalnego. W obrębie stosowanych metod fizjoterapii podstawę powinien stanowić indywidualnie dostosowany trening, celujący we wzmocnienie odpowiednich grup mięśniowych oraz codzienne, rzetelnie wykonywane ćwiczenia w formie zadania domowego. Niebagatelną rolę odgrywać będzie również zmiana codziennych nawyków pacjenta podczas wykonywania obowiązków służbowych (w pracy biurowej np. regularne wstawanie, przeciąganie się, używanie podłokietników w fotelu itp.) oraz zwiększenie ogólnej aktywności fizycznej (np. pilates, basen, ścianka wspinaczkowa). Dostrzegając fakt, iż większość pacjentów stanowią dzieci, należy również wykorzystać szansę na możliwość wczesnego wprowadzenia działań terapeutycznych oraz profilaktycznych minimalizujących prawdopodobieństwo wystąpienia problemów w obrębie aparatu ruchu w dorosłości (np. bóle kręgosłupa, bóle barków, inne).

Bibliografia

- Alghadir A.H., Zafar H., Iqbal Z.A. (2021). Effect of tongue position on postural stability during quiet standing in healthy young males. *Somatosensory & Motor Research*, 32(3), 183–186.
- Álvarez Solano C., González Camacho L.A., Castaño Duque S.P., Cortés Velosa T., Vanoy Martin J.A., Chambrone L. (2020). To evaluate whether there is a relationship between occlusion and body posture as delineated by a stabilometric platform: A systematic review. *Cranio*, 24, 1–12.

- Chaves T.C., Turci A.M., Pinheiro C.F., Sousa L.M., Grossi D.B. (2014). Static body postural misalignment in individuals with temporomandibular disorders: a systematic review. *Braz J Phys Ther*, 18(6), 481–501.
- Comerford M., Mottram S. (2016). *Kinetic Control. Ocena i reedukacja niekontrolowanego ruchu*. Wrocław: Edra Urban & Partner.
- Diéguez-Pérez M., Fernández-Molina A., Burgueño Torres L. (2024). Influence of the mandibular position on various postural anatomical segments. *CRANIO®*, 42(2), 223–231.
- Kaur P., Sharma C. (2022). Role of Physiotherapy in Management of Orofacial Diseases: A Brief Review. *Journal of MAR Dental Sciences*, 5, 1.
- Korbamcher H., Koch L.E., Kahl-Nieke B. (2005). Orofacial, myofunctional disorders in children with asymmetry of the posture and locomotion apparatus. *International Journal of Orofacial Myology and Myofunctional Therapy*, 31, 26–38.
- Lee Y-J., Park J-H., Lee S-J., Ryu H-M., Kim S-K., Lee Y-J., Yoon H-M., Jang S-H., Song C-H., Kim C-H. (2017). Systematic Review of the Correlation Between Temporomandibular Disorder and Body Posture. *Journal of Acupuncture Research*, 34(4), 159–168.
- Miçoğulları M., Yüksel İ., and Angın S. (2024). Efficacy of Scapulothoracic Exercises on Proprioception and Postural Stability in Cranio-cervico-mandibular Malalignment: A Randomized, Double-blind, Controlled Trial. *Journal of Back and Musculoskeletal Rehabilitation*, (Pre-press), 1–14.
- Neumann D.A. (2017). *Kinesiology of the Musculoskeletal System. Foundations for Rehabilitation*. Amsterdam: Elsevier.
- Nota A., Tecco S., Ehsani S., Padulo J., Baldini A. (2017). Postural stability in subjects with temporomandibular disorders and healthy controls: A comparative assessment. *J Electromyogr Kinesiol*, 37, 21–24.
- Paris-Alemany A., Proy-Acosta A., Adraos-Juárez D. et al. (2021). Influence of the Cranio-cervical Posture on Tongue Strength and Endurance. *Dysphagia*, 36, 293–302.
- Paulsen F., Wascke J., Sobotta J. (2019). *Atlas anatomii człowieka. Głowa, Szyja i układ nerwowy*. Wrocław: Edra Urban & Partner.
- Saccomanno S., Pirino A., Bianco G., Paskay L.C., Mastrapasqua R., Scoppa F. (2021). Does a short lingual frenulum affect body posture? Assessment of posture in the sagittal plane before and after laser frenulotomy: a pilot study. *J Biol Regul Homeost Agents*, 35(3 Suppl. 1), 185–195.
- Sakaguchi K., Mehta N.R., Abdallah E.F., Forgione A.G., Hirayama H., Kawasaki T., Yokoyama A. (2007). Examination of the Relationship Between Mandibular Position and Body Posture. *CRANIO®*, 25(4), 237–249.
- Salkar R.G., Radke U.M., Deshmukh S.P., Radke P.M. (2015). Relationship between temporomandibular joint disorders and body. *International Journal of Dental and Health Sciences*, 2(6), 1523–1530.
- Siudak A., Prażak J. (2023). Zaburzenia miofunkcjonalne w kontekście rozwoju motorycznego dziecka – studium przypadku. *Logopedia*, 52(2), 211–224, <https://www.logopedia-ptl.pl/index.php/logopedia/article/view/261> (dostęp: 30.12.2023).
- Sodhi A., Nair P.K., Hedge S. (2014). Physiotherapy: Key to the kinetics of orfacial musculature. *Journal of Indian Academy of Oral Medicine & Radiology*, 26, 419–424.
- Souza J.A., Pasinato F., Corrêa E.C., da Silva A.M. (2014). Global body posture and plantar pressure distribution in individuals with and without temporomandibular disorder: a preliminary study. *J Manipulative Physiol Ther*, 37(6), 407–414.
- Wright E.F., Domenech M.A., Fischer J.R. (2000). Usefulness of posture training for patients with temporomandibular disorders. *JADA*, 131, 203–210.

Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis

Studia Logopaedica 7 (2023)

ISSN 2083-7283

DOI 10.24917/20837283.7.6

Marta Korendo

Uniwersytet Komisji Edukacji Narodowej, Kraków

ORCID 0000-0003-1088-8675

Categorical and dimensional approaches in diagnosis using Asperger syndrome as an example

Kategorialne i dymensjonalne podejście w diagnozie na przykładzie zespołu Aspergera

Abstract

In the latest medical classifications (DSM-5 and ICD-11), Asperger syndrome (AS) is no longer a separate nosological entity. It has been included in the category of autism spectrum disorder (ASD), which has significantly affected the lack of differential diagnoses. This is not the best solution for people with ASD, as it does not take into account the clear distinctions between autism and Asperger syndrome despite the presence of similarities. In addition to the similarities, Asperger syndrome is also characterized by numerous differences from autism, and these are not limited to differences of a quantitative nature (the severity of the deficits present). The dominance of the categorical treatment of the phenomena, both in the DSM and the ICD, plays a major role in perpetuating the problem.

Keywords: Asperger syndrome, dymensionian diagnosis, categorical diagnosis, autism, autism spectrum disorders (ASD)

Streszczenie

W najnowszych klasyfikacjach medycznych (DSM-5 i ICD-11) zespół Aspergera nie jest już odrębną jednostką nozologiczną. Został on włączony do kategorii zaburzeń ze spektrum autyzmu (ASD), co znacząco wpłynęło na brak diagnoz różnicowych. Nie jest to najlepsze rozwiązanie dla osób z ASD, ponieważ nie uwzględnia wyraźnej odrębności autyzmu i zespołu Aspergera, pomimo występowania podobieństw. Poza podobieństwami zespół Aspergera charakteryzuje się również licznymi różnicami w stosunku do autyzmu i nie ograniczają się one wyłącznie do różnic o charakterze ilościowym (nasilenie głębokości występujących deficytów). Dużą rolę w pojmowaniu ASD odgrywa dominacja podejścia kategorialnego, zarówno w DSM, jak i ICD.

Słowa kluczowe: zespół Aspergera, diagnoza dymensjonalna, diagnoza kategorialna, autyzm, spektrum autyzmu (ASD)

Introduction

The knowledge of Asperger syndrome has been evolving since the 1980s but most extensively since 1994 when Asperger syndrome was codified in the DSM-IV as an autonomous clinical entity. At the time, attempts were made to create separate diagnostic criteria for autism and Asperger syndrome. The failure in this area is due to the lack of a dimensional understanding of both phenomena. Both autism and Asperger syndrome have a strongly differentiated clinical picture and are scalar (have varying degrees of severity of features). Numerous cases of children and adults—men and women—have contributed to the multidimensional picture of AS and the importance of shifting the categorical assessment of disorders towards a dimensional approach.

1. Asperger syndrome and autism

The problem with differential diagnosis of autism and Asperger syndrome has existed ever since the two clinical entities appeared in the diagnostic space. Publications describing both disorders appeared within a one-year interval,¹ but the knowledge of autism did not parallel that of AS. Autism became a recognizable entity in the 1950s, while Asperger syndrome was represented in the DSM-IV over forty years later.

To this day, specialists debate the relationship between the two disorders. They are often viewed as a continuum. In the 2013 DSM (DSM-5) version, Asperger syndrome was included within the autism spectrum disorder. Currently, both the DSM-5 and ICD-11 promote the concept of a “spectrum,” which addresses the strong differentiation between the two phenomena and the overlap between some symptoms/features. The problem of determining the relationship between autism and AS arose from an attempt to establish a categorical classification of diagnostic criteria. According to the theory of categorization formulated by Aristotle, which provided a basis for Western medical diagnostics, as well as psychological and developmental, entities belonging to one set should have “necessary and sufficient properties,” which in diagnostic practice means a list of axial symptoms. This means of interpreting reality is culturally based on analytic thinking, far from the holistic thinking of East Asians (Nisbett, 2015), and has developed into a system of differentiation aimed at creating standardized models. Such standardization, in turn, generates situations where cases that differ from established norms are considered atypical (e.g., the case of autism in DSM-IV).

Autism and Asperger syndrome were described by Leo Kanner and Hans Asperger through the observation of patients with a diagnosis of, *inter alia*, schizophrenia and psychosis, whose features and behaviors did not meet the criteria for axial symptoms of mental disorders. However, as knowledge of these two disorders progressed, they

¹ Leo Kanner described 11 cases of children and coined the term *early infantile autism* for a set of features he observed, but one year later Hans Asperger in his post-doctoral dissertation described individuals who shared many of the same features, but used language communication.

were placed in a taxonomic and categorical diagnostic model of mental disorders. An attempt to establish separate diagnostic criteria failed, and researchers (mainly theoreticians) believed that autism and Asperger syndrome constituted a clinical continuum (Wing, 1988). These opinions still exist in discussions of specialists.

The high heterogeneity in the expressions of two disorders (autism and Asperger syndrome) makes it difficult, but not impossible, to offer early differential diagnoses. Despite having common symptoms, there are no grounds for regarding them differently on a spectrum based solely on the number of demonstrated features. Therapeutic practice provides conclusive evidence that autism and Asperger syndrome do not constitute a continuum because even the most effective therapies are not able to change the diagnosis from autism to AS.

2. Categorical and dimensional understanding of a diagnosis

The case for a categorical diagnosis of Asperger syndrome and autism has its origin both in the history of understanding both disorders and in the dominating role of the DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) in the diagnosis of mental disorders, including developmental, personality disorders, psychosocial, and environmental problems. The current DSM concept is based on the work of the German psychiatrist Emil Kraepelin (Trull et al., 2005), whose nosological concepts assumed that mental illnesses have clear boundaries between normality and illness. Accordingly, the DSM defines personality disorders within a categorical, hierarchical taxonomic system (Trull et al., 2005, p. 356). A group of American psychiatrists working on the DSM is referred to as “the neo-Kraepelinian revolution” (Compton & Guze, 1995).

The taxonomic approach to the classification of phenomena, including personality disorders and developmental disorders, is not the only possible diagnostic approach. More and more often, in practice and the literature, voices are heard pointing to the necessity of developing a dimensional approach, “which makes it possible to diagnose a disorder with the use of a continuum of different features. When the comparison is made, the dimensional approach being more reliable shows superiority over the categorical approach” (Nowak, 2015, p. 100). Other experts explain, “there is a clear need for dimensional models to be developed and for their utility to be compared with that of existing typologies” (Rounsavill et al., 2002, p. 12).

The dimensional approach to the diagnosis and the characteristics of developmental disorders makes it possible to present their multidimensionality, rating scales, horizontal intensity (e.g., intensity over time, changeable number of features), and vertical (severity of disorder). It is also possible to show the relationships between the disorders, which significantly changes the picture of a clinical entity.

The dimensional understanding of the disorder leads to the improvement in the diagnosis of less prototypic cases, because “features providing a basis for the identification of disorders are multidimensional and can be moderate or severe. . . . If the feature makes the individual difficult to function . . . the diagnosis is simple, but when the intensity of this feature is less severe a boundary between the norm and pathology is very difficult to draw” (Nowak, 2015, p. 100).

3. Sets of features characteristic of Asperger syndrome

Typical symptoms of Asperger syndrome can be characterized in a few domains, among others, including language communication, topic fixations (interests), social relationships, memory characteristics, manipulative behaviors, and sensory reactions. Heterogeneity of these domains in individuals is significant (Korendo, 2013).² The differences can be understood according to the following:

- a) Language communication. Contrary to what was included as a diagnostic criterion in the DSM-IV and ICD-10³ and the research studies carried out by Hans Asperger, Lorna Wing, and others, even though there may be initial delays in speech development with Asperger syndrome as with autism, the similarity of this symptom does not preclude a differential diagnosis between the two disorders. In addition, persons with AS demonstrate differentiated intensity of other features observed in language communication, such as uneven development of vocabulary (language funnels connected with the child's vague thematic interests), a tendency to quote, language schematisms (repeated, consolidated expressions adequate for a situation, but sometimes used without full understanding), non-linear, associative way of constructing a narrative (which is considered by listeners as a continual change of topic in a story or conversation), understanding words and statements literally, and lack of dialogue skills and listening to the interlocutor's questions and answers. None of these features have to appear in every individual with AS; they are usually of differentiated intensity. For example, the tendency to understand language literally may prevent the understanding of metaphors, including those strongly lexicalized (e.g., dash off for beer), or may influence the preference for precise, prototypic use of vocabulary meaning (e.g., mother to child with AS: "You've got home from school, little snail."; Child: "I'm not a snail, I'm a human.").
- b) Topic fixations (interests). In Asperger syndrome, an individual may exhibit topic preferences, which can range from strong fixations or a deep interest in a specific area of knowledge to slight preferences or slight topic devotion. A lower level of topic fixation is more often present in girls with AS.
- c) Social interactions. A level of difficulty in developing social interactions is significantly differentiated in people with Asperger Syndrome. A child may be on equal terms with adults or totally reject their supervisory role, not accepting the limits they establish and the rules they impose. Social interactions with peers, specifically children of the same age group, play a significant role in diagnosis. In other cases, interactions may be specific; for example, the child may submit to older friends or dominate younger individuals.

² The author described these domains in a monograph "Language interpretation of the world in statements of persons with Asperger syndrome" Kraków 2013 and in the article (Korendo, 2022).

³ Both the DSM-IV and the ICD-10 included a criterion that conclusively indicated the absence of speech delays as a necessary condition for diagnosing Asperger syndrome and differentiating AS from autism.

- d) Memory characteristics. A better-than-average visual and auditory memory often distinguishes persons with AS. This ability is more common in boys than in girls; therefore, devotion to certain topics takes on a different character. However, not everyone with AS demonstrates this ability, nor is it observed at all stages of life.⁴
- e) Manipulative behavior. Children with AS often try to take control over the reactions, behaviors, and emotions of their caregivers who unconsciously or, for the sake of minimizing unwanted results, succumb to manipulations. These are actions with a “control” effect; the child tests the effectiveness and modifies the form accordingly. Forms of manipulation are strongly differentiated, and the degree of intensity depends on the child’s individual predispositions and his or her caregiver’s reaction. Qualitative differences are also observed between the genders; boys more often resort to behavioral manipulations (e.g., screaming, squealing, using vulgar language, hiding under a school bench, or throwing objects), whereas girls look for emotional manipulations (e.g., feigning stomach aches or headaches, crying, or verbalizing fear in uncomfortable situations). Sometimes these behaviors are discrete and difficult to identify by caregivers, but they can also significantly affect daily life at school or home.
- f) Sensory reactions. Similar to other autism spectrum disorders, individuals with AS can experience sensory disorders such as hypersensitivity or hyposensitivity. There is no clear model typical of Asperger syndrome; each of the senses might be heightened to varying degrees. In addition, the tactile sense can be felt differently along all parts of the body (e.g., hyposensitivity of the hand and hypersensitivity of the face). However, people with Asperger syndrome may not experience sensory disorders.

4. Co-occurrence of other disorders

A categorical understanding of disorders also leads to an overly analytical perception of problems that may ignore or isolate peripheral symptoms from those included in the primary diagnosis. In other words, the difficulties a child encounters might only be explained by deficits resulting from the main diagnosis, which can lead to misinterpretation or neglect of the symptoms that are not axial (necessary or sufficient features). For example, this problem may occur in the case of children with AS who struggle with reading skills. Usually, persons with Asperger syndrome, who are associated with better than average memorizing skills, are not included in a group susceptible to dyslexia. Therefore, their aversion to reading might be interpreted as a manipulative behavior, resulting from the urge to evade an unattractive activity. Meanwhile, Asperger syndrome can co-occur with other disorders in the following ways:

⁴ All the boys with AS from my therapy group had better than average auditory and/or visual memory. In the case of Patryk, this skill was significantly weaker, almost imperceptible after the age of adolescence.

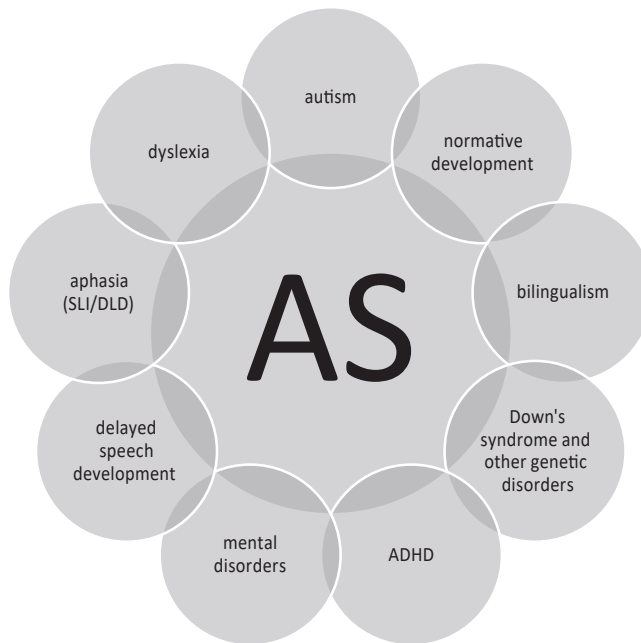


Chart 1. Relationships between AS and other disorders and the norm

- a) AS and the norm (normative development). Due to the multidimensional and strong qualitative heterogeneity of cases (considering all the arguments presented above), it must be emphasized that the boundary between the norm and the disorder is not sharp and cannot be set quantitatively (e.g., on the basis of the number of features). In borderline cases, children often do not receive therapeutic support and diagnosis for a long time, and their behaviors are interpreted as the result of a bad upbringing. This problem is sometimes blamed on parents who are accused of parental incompetence. Children from this diagnostic area often have intensified problems with accepting and respecting social rules. Other symptoms can be discrete, thus not giving a full picture of the disorder.
- b) AS and dyslexia. As noted above, dyslexia and Asperger syndrome can be co-occurring disorders. Statistically, children with AS often learn to read quickly due to better memory skills. However, this sometimes means reading without understanding because memorizing syllables (words) quickly and their sound reproduction does not reflect a similar level of text processing. However, there is a group of individuals with AS who demonstrate typical dyslexia difficulties when acquiring reading and writing skills. They may have a much wider range of dyslectic symptoms, such as problems with timing, a lowered level of gross and fine motor skills (this area is common for both genders), and linear disorder of processing stimuli in time and space. If a child with AS also has dyslectic problems, he or she should have a diagnosis of both dysfunctions.

- c) AS and delayed speech development. Among children with AS, there is a group of individuals with speech delays, which is in contradiction to earlier reports about the absence of these difficulties in AS. Contrary to the conclusions drawn from research carried out by Hans Asperger himself, who did not have any diagnostic experience in a developmental assessment of children under age three, functional, often severe language acquisition impairment may be present in those with AS, but a diagnosis of AS is still possible to establish. Usually, children undergoing speech therapy can quickly build a language system, though some other diagnostic features observed in the language and communication area can also be revealed.
- d) AS and autism. As noted before, difficulties with setting diagnostic criteria for the differential diagnosis of autism and Asperger syndrome have led to an update of the DSM in 2013 and the creation of a new entity, "autism spectrum disorder." Categorical differentiation of both disorders may render problems, but dimensional understanding makes it possible to accurately differentiate autism from Asperger syndrome, which provides the condition for building effective therapeutic and educational programs for children diagnosed with both clinical entities.
- e) AS and aphasia (SLI/DLD). Establishing the relationship between Asperger syndrome and aphasia took quite some time due to there being fewer cases and the initial resistance of diagnosticians and therapists who were using categorical diagnosis and did not acknowledge the possibility of serious, systemic language deficits to be present in AS, thus classifying them as symptoms of autism. Further clinical experience⁵ provided explanations for the relationship between the two disorders. For example, the presence of aphasia and Asperger syndrome may be linked to hereditary factors, while acquired aphasia may be the result of birth injuries. In these cases, apart from prototypic symptoms of Asperger syndrome, a serious, systemic language deficit is present.
- f) AS and bilingualism. The relationship between Asperger syndrome and bilingualism does not have a causal relationship because developing two language systems and functioning in two cultures do not trigger Asperger syndrome, nor do they contribute to the occurrence of symptoms. The relationship between the two, however, is significant in that biculturalism changes how AS may be observed, especially when considering behaviors belonging to two distinct areas of cultural practices. While being tested for Asperger syndrome, a child is assessed on how he or she is able to adapt to generally accepted standards of social behavior. If these rules are different, which does happen in the case of biculturalism, irrespective of whether the child functions in a monocultural family in the host country or in a bicultural family in the heritage country of one parent, the assessment of adaptability to social rules is more difficult. One more aspect should be considered in the relationship between AS and bilingualism; the situation described above may lengthen the diagnosis timeline because all

⁵ For example, boys diagnosed in the years 2019 and 2020; age: 3.2, 3.6; 5.0; 9.6; 10.11.

different forms of behaviors and emotions of a child are usually first attributed to the overlap of cultural models or the difficulties a child has in adjusting to a new environment.

- g) AS and Down syndrome and other genetic disorders. Asperger syndrome can co-occur with Down syndrome. The two phenomena stem from different causes. Down syndrome is linked to the occurrence of trisomy 21 (not inherited) or inherited ZA.
- h) AS and mental disorders. Depression is the most common co-occurring mental disorder in people with ZA. Both children and adults suffer from it. It can be primary or secondary and is often the result of social failure. Other mental disorders may also co-occur with ZA, e.g., psychosis, schizophrenia, and obsessive-compulsive disorders.
- i) AS and ADHD. Both Asperger syndrome and ADHD signify the presence of neuro-atypicality, or a difference of mind. Some features of both phenomena are similar, although the causes are not fully explained. Research into the relationship between ADHD and Asperger's syndrome is still ongoing.

5. Heterogeneity resulting from the overlap of relationships

Co-occurrence of the aforementioned factors makes Asperger syndrome a highly heterogeneous entity. A picture of a child with Asperger syndrome may significantly differ from an accepted prototype in relation to gender, age, and the degree of disorder, as well as the potential overlap of nosological constructs. However, effective therapy depends on the accurate diagnosis, and a better understanding of possible differences also helps children with less common types of the disorder. Distinguishing, for example, between dyslectic reading problems and manipulative behaviors that help to evade an unattractive or must-do activity changes therapeutic effects and the therapist's attitude towards the child's behaviors considerably. Only the right configuration of symptoms and a clear understanding of the origin of deficits will make the therapy most effective.

6. Conclusion

A dimensional approach to diagnosing developmental disorders, so well established in Western culture (Nisbett, 2015), requires breaking categorical, taxonomic preferences, as well as individual and analytical ways of perceiving reality. It requires considerable clinical experience to show the heterogeneity of disorders being assessed. Growing professional experience and evolving neurobiological knowledge should be used to build complex, dimensional models for diagnosing to make assessments more accurate, precise, and sensitive.

Bibliography

- Allen D.A., Rapin I. (1992). Autistic children are also dysphasic. In: H. Naruse, E. Ornitz (eds.), *Neurobiology of infantile autism* (pp. 73–80). Amsterdam: Excerpta Medica.
- Bishop D.V. (2010). Overlaps between autism and language impairment: phenomimicry or shared etiology? *Behavior genetics*, 40, 618–629.
- Bishop D.V. (2014). Ten questions about terminology for children with unexplained language problems. *International journal of language & communication disorders*, 49(4), 381–415.
- Bishop D.V.M. (2010a): Overlaps Between Autism and Language Impairment: Phenomimicry or Shared Etiology. *Behavior Genetics*, 40(5), 618–629.
- Compton W.M., Guze S.B. (1995). The neo-Kraepelinian revolution in psychiatric diagnosis. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 245, 196–201.
- Everett D.L. (2019). *Jak powstał język: historia największego wynalazku ludzkości*. Warszawa: Prószyński i S-ka.
- Fields R.D., Dzieciotł K. (2011). *Drugi mózg: rewolucja w nauce i medycynie*. Warszawa: Prószyński Media.
- Félix J., Santos M.E., Benitez-Burraco A. (2022). Specific Language Impairment, Autism Spectrum Disorders and Social (Pragmatic) Communication Disorders: Is There Overlap in Language Deficits? A Review. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*, 1–21.
- Gamble C., Gowlett J.A., Dunbar R.I.M. (2017). *Potęga mózgu: jak ewolucja życia społecznego kształtowała ludzki umysł*. Kraków: Copernicus Center Press.
- Korendo M., Rutkiewicz-Hanczewska M. *Afazja rozwojowa i zespół Aspergera w kontekście diagnozy: o możliwości współwystępowania zaburzeń*. W druku.
- Korendo M. (2013). *Językowa interpretacja świata w wypowiedziach osób z zespołem Aspergera*. Kraków: Centrum Metody Krakowskiej.
- Korendo M. (2022). Diagnoza dymensjonalna zespołu Aspergera. *Poznańskie Studia Polonistyczne. Seria Językoznawcza*, 29(2), 245–257.
- Nisbett R.E. (2010). Geografia myślenia: dlaczego ludzie Wschodu i Zachodu myślą inaczej?. *Kultura i Edukacja*, 3(77).
- Nowak K. (2015). Dymensjonalne podejście do zaburzeń osobowości – osobowość w DSM-5. *Psychiatria*, 12(2), 99–103.
- Nudel R., Christiani C.A., Ohland J., Uddin M.J., Hemager N., Ellersgaard D.V., Werge T. (2020). Language deficits in specific language impairment, attention-deficit/hyperactivity disorder, and autism spectrum disorder: an analysis of polygenic risk. *Autism Research*, 13(3), 369–381.
- Rapin I., Allen D. (1983). Developmental language disorders: Nosologic considerations. In: U. Kirk (ed.), *Neuropsychology of language, reading, and spelling* (pp. 155–184). Amsterdam: Elsevier BV.
- Rounsaville B.J., Alarcón R.D., Andrews G., Jackson J.S., Kendell R.E., Kendler K. (2002). Basic nomenclature issues for DSM-V. *A research agenda for DSM-V*, 1–29.
- Trull T.J., Durrett C.A. (2005). Categorical and dimensional models of personality disorder. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, 1, 355–380.
- Wing L. (1988). The Autistic Continuum. W: L. Wing (ed.), *Aspects of Autism: biological research*. (pp. 108–125). Londyn: Gaskell.
- Wing L. (1988). The continuum of autistic characteristics. In: E. Schopler, G.B. Mesibov (eds.), *Diagnosis and assessment in autism* (pp. 91–110). Boston, MA: Springer US.

Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis

Studia Logopaedica 7 (2023)

ISSN 2083-7283

DOI 10.24917/20837283.7.7

Anna Michalczyk

Uniwersytet Ignatianum, Kraków

ORCID 0000-0003-2985-2162

Studium przypadku czteroletniego chłopca z jękaniem

A case study of a four-year-old boy with stuttering

Streszczenie

Artykuł opisuje przypadek 4-letniego chłopca z jękaniem wczesnodziecięcym oraz efekty jego terapii przy użyciu programu Palin PCI. Założenia wykorzystanego programu oscylują wokół zmian w dynamice relacji w najbliższej rodzinie dziecka z jękaniem, modyfikacji sposobu komunikacji, otwartym mówieniu o jękaniu, a także zadbania o odpowiedni poziom samooceny. W artykule opisano cele terapii, które sformułowano wraz dzieckiem i jego rodzicami, przebieg trwania programu oraz jego efekty końcowe. Wprowadzone oddziaływania terapeutyczne przy użyciu opisywanego programu przyniosły wymierne korzyści nie tylko dla samego chłopca, ale również dla jego najbliższego otoczenia, zaś poziom nasilenia jego jękania uległ odczuwalnemu zmniejszeniu.

Słowa kluczowe: jękanie, rodzic, Palin PCI, terapia logopedyczna

Abstract

The article describes the case of a 4-year-old boy with early childhood stuttering and effects of his therapy using the Palin PCI program. The assumptions of the program used oscillate around changes in the dynamics of relationships in the immediate family of a child with stuttering, changing the way of communication, talking openly about stuttering, as well as ensuring an appropriate level of self-esteem. The article describes the goals of the therapy, which were formulated with the child and his parents, the course of the program and its results. The therapeutic interactions introduced using the described program brought tangible benefits not only to the boy himself, but also to his immediate environment, while the level of severity of his stuttering was perceptibly reduced.

Keywords: stuttering, parent, Palin PCI, speech therapy

Problematyka jąkania dotyka około 5% dzieci w wieku przedszkolnym. Jąkanie chroniczne zaś, rozumiane jako utrwalone, dotyczy około 1% populacji – dzieci w wieku szkolnym, młodzieży i dorosłych (Płosa, 2020). Nierzadko pojawienie się jąkania wprowadza chaos i niepokój u rodziców, zaś próby zaradzenia temu „problemowi” wychodzą na pierwszy plan i zdają się ważniejsze niż cokolwiek innego. Dla wielu rodziców jąkanie nierozzerwalnie wiąże się z poczuciem winy, wstydem, frustracją i rozpaczliwym poszukiwaniem specjalisty, który je „wyleczy”.

Jak przekonuje Kurt Eggers (2021), obecne tendencje terapeutyczne skłaniają się ku odejściu od medycznego modelu jąkania na rzecz modelu czynników wspólnych. Podkreśla on znaczenie relacji między terapeutą a klientem, budowania zaufania oraz wspólnego wytyczania celów terapii. Korzystanie przez logopedę z praktyki opartej na dowodach (Evidence Based Practice), stałe podnoszenie swoich kwalifikacji i kompetencji społecznych są czynnikami wpływającymi na stawanie się efektywnym i skutecznym specjalistą jąkania. Zaś zmiana postaw wobec jąkania, którą propagują terapeuci, jest zauważalną zmianą wpływającą na społeczną percepcję tego zjawiska.

Pierwsze objawy jąkania pojawiają się zwykle między 2. a 5. rokiem życia, zaś jego etiologia nie jest dokładnie rozpoznana (Yairi, Seery, 2011). Przyjmuje się, że zwykle mieści się ona w obrębie czterech głównych czynników: neurofizjologicznego, lingwistycznego, psychologicznego i środowiskowego. Zdarza się również, że czynniki te współwystępują ze sobą, tworząc złożony obraz przyczyn jąkania. Charakterystyczny jest także jego fluktuacyjny charakter, okresy poprawy przeplatają się bowiem z okresami zaostrzenia trudności w komunikowaniu się. Niezależnie jednak od powyższego jąkaniami dzieci towarzyszą stosunkowo często zróżnicowane reakcje emocjonalne. Wstyd, złość, lęk, frustracja czy agresja to tylko niektóre z negatywnych emocji czy zachowań, które mogą być manifestowane lub maskowane przez dziecko. Stają się one także niejednokrotnie tematem tabu w rodzinnych rozmowach a słowo „jąkanie” nigdy nie zostaje wypowiedziane wprost (Węsierska, Jeziorska, Chrostek, 2013). Brak otwartego dialogu rodzica z dzieckiem na temat doświadczanych przez nie trudności może stać się początkiem nawarstwiających się napięć we wspólnych relacjach, wobec których rodzic czuje się bezradny. Zdarza się także, że rodzice w swoim zagubieniu nie mają dostępu do źródeł rzetelnej wiedzy na temat tego, w jaki sposób należy reagować na różne stany emocjonalne dziecka. Pomocne w tym zakresie mogą okazać się wskazówki ujęte w podejściu terapeutycznym Palin PCI, które prowadzą rodziców przez pięć etapów:

1. Pozwolenie dziecku na odczuwanie negatywnych emocji.
2. Podjęcie prób spojrzenia na dziecko z pozycji życzliwego i nieoceniającego obserwatora.
3. Werbalizowanie akceptacji wobec emocji i uczuć dziecka.
4. Pomoc w nazywaniu przeżywanych przez dziecko emocji i uczuć.
5. Dodatkowe działania skierowane na zrozumienie przez dziecko własnych emocji i propozycje ich rozładowania (Ficek, Jeziorczak, Węsierska, 2021).

Widoczne zatem stają się tendencje do proponowania rodzicom roli przede wszystkim życzliwych i wspierających dziecko dorosłych niż opiekunów szukających za wszelką cenę lekarstwa na jąkanie.

Holistyczna diagnoza jękania powinna uwzględniać kilka aspektów:

- objawy jękania (powtórzenia, przeciągnięcia, blokowanie dźwięków) i występujące współruchy (np. ruchy mimiczne twarzy, zaciskanie pięści, napięcia mięśni, ruchy kończyn),
- reakcje osoby jękającej się (uczucia, zachowania i myśli),
- reakcje najbliższego otoczenia dziecka (np. środowisko rodzinne, szkolne, grupy kolegów i koleżanek).

Tak kompleksowe ujęcie diagnostyczne jękania pozwoli na poznanie jego wzorca i zaplanowanie odpowiednich oddziaływań terapeutycznych (Faściszewska, 2018).

Istnieje kilka propozycji terapeutycznych zaadresowanych do dzieci w wieku przedszkolnym. Lidcombe Programme autorstwa Marka Onslowa (Onslow, Packman, Harrison, 2003) jest propozycją opartą na nurcie behawioralnym, przeznaczoną do terapii dzieci pomiędzy 3. a 6. rokiem życia. Jest to ściśle ustrukturyzowany plan oddziaływań, w toku których rodzice przy wsparciu logopedy wykonują wraz z dzieckiem codzienny trening. W trakcie jego trwania werbalizują oni odpowiednie komunikaty będące pochwałami za płynniejszą mowę. Kiedy poziom jękania ulegnie obniżeniu, wdrożony zostaje drugi rodzaj komunikatów, czyli prośby o poprawienie przez dziecko pojawiających się zająknięć. Stosunek pochwał do próśb o poprawki powinien być przeważający i mieścić się w proporcjach 5:1. Kiedy epizody jękania wycofają się lub znacząco zmniejszą swoją częstotliwość, rodzice wycofują stosowane wcześniej komunikaty, mając nadzieję na utrzymanie się osiągniętych efektów. Istotnym elementem pracy tą metodą jest regularne wypełnianie przez rodziców skali nasilenia jękania, dzięki której są w stanie monitorować bieżące postępy dziecka (Mielewska, Węsierska, 2013).

Metoda Wymagań i Możliwości (DCM) (Starkweather, Gottwald, 1990) jest podejściem terapeutycznym o charakterze bezpośrednim, przeznaczonym dla dzieci do 5. roku życia. Głównym założeniem programu jest utrwalanie umiejętności płynnego wypowiadania się (także pod kątem motorycznym) oraz rozwój odpowiednich umiejętności językowych adekwatnych do wieku dziecka. Ponadto pomaga również modyfikować wymagania względem dziecka w kwestii jego postawy względem mówienia oraz sprawności komunikacyjnej. Zadanie rodziców polega na czynnym udziale w programie i nauce ćwiczeń w warunkach gabinetowych, a następnie kontynuowanie treningu w domu, przy wsparciu logopedy (Gottwald i in., 2018).

Program MINI Kids, stworzony na bazie założeń Charlesa van Riper, skupia się wokół umiejętności „bardziej płynnego jękania”. Na całość programu terapeutycznego składa się kilka etapów:

- przedstawienie ogólnych informacji na temat specyfiki terapii, a następnie podpisanie kontraktu z dzieckiem i rodzicami,
- odczulanie (desensytyzacja) dziecka na własne jękanie,
- rozpoznawanie (identyfikacja) objawów jękania,
- modyfikacja jękania i utrwalenie nowych umiejętności (Boroń, Schneider, 2018).

Nadrzędnym celem terapii metodą MINI Kids jest odwrażliwienie dziecka na jękanie przy użyciu różnych sposobów, m.in. poszerzenia jego wiedzy o jękanii, pomocy w rozpoznaniu wzorca jękania, a następnie wykorzystania kontrolowanego pseudojękania.

Na etapie identyfikacji dziecko uczy się różnicować i rozpoznawać lekkie i ciężkie zająknięcia, a następnie wraz z terapeutą pracuje nad modyfikacją tych momentów. W efekcie takich ćwiczeń powinna pojawić się umiejętność przełożenia nowych umiejętności na mowę spontaniczną (Kohmäscher, Sandrieser, Schneider, 2021).

Terapia interakcyjna rodzic-dziecko Palin PCI (Kelman, Nicholas, 2013) to program zaadresowany do rodziców i dzieci z jąkaniem do lat 7. Głównie jego założenie opiera się na przekonaniu, że rodzic jest pełnoprawnym partnerem w terapii swojego dziecka. Rozpoczyna się ona podejściem pośrednim, w trakcie którego rodzice w 5-minutowych sesjach kilka razy w tygodniu starają się realizować cele terapii przy użyciu odpowiednich technik. Cele te dotyczą m.in. oddawania dziecku inicjatywy w zabawie, zwalnianiu tempa jego mowy czy utrzymywaniu kontaktu wzrokowego. Kilkuminutowe treningi zwane „czasem specjalnym” są rejestrowane, a następnie omawiane przez rodziców w trakcie regularnych konsultacji z logopedą. Podejście pośrednie powinno trwać 6 tygodni, zaś po upływie tego czasu następuje trwająca tyle samo czasu faza utrwalania efektów pierwszego etapu pracy. Następnie w trakcie spotkania podsumowującego ustalane są dalsze strategie działania. W razie poczucia, iż czas ten nie przyniósł oczekiwanych efektów, istnieje możliwość wdrożenia podejścia bezpośredniego. Do najważniejszych strategii ujętych w programie Palin PCI zaliczyć można:

- strategie interakcyjne – dotyczące zmiany dynamiki interakcji pomiędzy rodzicem a dzieckiem. Zmiany te polegają na przejmowaniu przez dziecko inicjatywy we wspólnej aktywności, zwracaniu uwagi przez rodzica na częstsze komentowanie zabawy niż zadawanie pytań czy zmianie stylu komunikacji na bardziej prostą i intuicyjną;
- strategie rodzinne – polegające na wprowadzeniu określonych zmian w funkcjonowaniu i rytmie życia rodziny. Związane są one najczęściej z uregulowaniem pór snu, nauką otwartej komunikacji na temat jąkania, budowaniem właściwej samooceny czy odpowiednim reagowaniem na bieżące wydarzenia w życiu rodziny;
- strategie pracy z dzieckiem – polegające na wprowadzeniu pewnych technik w sposobie mówienia dziecka. Są nimi tzw. mowa żółwikowa (spowolnione tempo), mowa autobusikowa (stosowanie pauz) oraz mowa samolocikowa (związana z techniką miękkiego startu mowy) (Kellman, Nicholas, 2012).

Opis przypadku

4-letni chłopiec, Marcin, zgłosił się w lutym 2023 roku wraz z matką na konsultację logopedyczną z powodu jąkania. Z wywiadu przeprowadzonego z matką wynika, że chłopiec jest jedynakiem i wychowuje się w pełnej rodzinie – matka pracuje jako rejestratorka medyczna, natomiast ojciec jest pracownikiem fizycznym. Bliskimi osobami w życiu chłopca są także babcia (matka ojca) oraz ciocia (siostra matki), które na co dzień pomagają w opiece nad nim.

Marcin uczęszcza do przedszkola w swoim miejscu zamieszkania, gdzie od samego początku odnajduje się bardzo dobrze. Jest lubiany w grupie, ma kilku bliskich

kolegów i jedną koleżankę. Doskonale czuje się we wszystkich aktywnościach i chętnie bierze udział w proponowanych mu zabawach. Zdaniem wychowawczyni jest spokojnym, ale wesołym i pogodnym chłopcem.

Rozwój dziecka od początku przebiegał harmonijnie. Chłopiec urodził się o czasie, siłami natury i uzyskał 10 punktów w skali Apgar. Rozwój motoryczny, poznawczy i emocjonalny został określony przez matkę jako całkowicie normatywny i niebudzący niepokoju. W kwestii rozwoju mowy matka chłopca określiła jego tempo jako szybsze niż u rówieśników. Marcin szybciej posługiwał się pełnymi zdaniami, a jego zasób słownictwa, zdaniem matki, był nieco większy niż u innych dzieci w jego wieku. Nigdy wcześniej nie korzystał z konsultacji logopedycznej, ponieważ rodzice nie widzieli takiej potrzeby, zaś biorąc pod uwagę tempo rozwoju jego mowy, pozostawali w przeświadczeniu, że wszystko przebiega bez zastrzeżeń. W wieku trzech lat pojawiły się pierwsze epizody jękania, początkowo określane przez matkę jako „przeciągnięcia”, które nie zwróciły ich uwagi. Z biegiem czasu jednak zaczęły one przybierać na sile i w momencie konsultacji były one w odczuciu mamy chłopca o wiele bardziej nasilone. Zapytana o to, czy moment pojawienia się jękania kojarzy z jakimś konkretnym wydarzeniem w ich życiu odpowiedziała, że czas ten obfitował dla całej rodziny w wiele bardzo trudnych momentów. Pierwszym z nich była utrata ciąży i pojawienie się depresji u matki Marcina. Kobieta podjęła leczenie psychiatryczne oraz krótkoterminową psychoterapię i po około pół roku stan jej zdrowia uległ poprawie. Przez cały okres trwania rekonwalescencji opiekę nad chłopcem przejęła jego babcia. W tym czasie stan emocjonalny dziecka uległ pogorszeniu. Chłopiec wycofał się z aktywności w grupie rówieśniczej w przedszkolu, miewał koszmary, a jego zachowanie uległo zmianie, co rodzice i babcia opisywały jako wzmożoną płaczliwość, lękliwość i ataki złości. Po powrocie do zdrowia matki zachowania te, zdaniem kobiety, ustąpiły. Około pół roku po tym zdarzeniu, w wyniku zwarcia w instalacji elektrycznej, spalaniu uległa znaczna część domu zamieszkiwanego przez rodzinę Marcina, co dodatkowo zbiegło się w czasie z utratą pracy przez ojca chłopca. Z uwagi na tę sytuację mężczyzna podjął pracę w Wielkiej Brytanii, zaś do Polski przyjeżdżał co 2 miesiące na około 14 dni. W wyniku tych trudności u kobiety nastąpił nawrót depresji i decyzją lekarza wznowiono leczenie psychiatryczne. Marcin pozostał pod opieką matki, babci i cioci. Zdaniem kobiet epizody jękania rozpoczęły się właśnie w tym okresie. W rozmowie z matką bardzo wyraźnie wybrzmiewa jej poczucie winy względem zaistniałej sytuacji. Łączy ona bezpośrednio fakt pojawienia się jękania u syna z trudnościami, które dotknęły całą rodzinę, oraz swoim gorszym samopoczuciem, przez które była dla niego nieobecna i niedostępna.

Metodologia badań własnych

Przedmiotem opisywanego badania jest diagnoza i terapia logopedyczna czteroletniego chłopca z jękiem. Wyszczególniono następujące problemy badawcze:

1. Jakie są prawdopodobne przyczyny jękania chłopca?
2. Jak wygląda wzorzec jego jękania?
3. Jakie efekty przyniosą zaproponowane oddziaływania terapeutyczne?

W badaniu wykorzystano następujące narzędzia: arkusz wywiadu z rodzicami, arkusz badania logopedycznego dziecka (Kelman, Nicholas, 2013, s. 220–224, 232–240), tygodniowy arkusz „czasu specjalnego” oraz Skalę Palin PRS. W celu oceny interakcji rodzic–dziecko poddano także analizie próbki nagrań video.

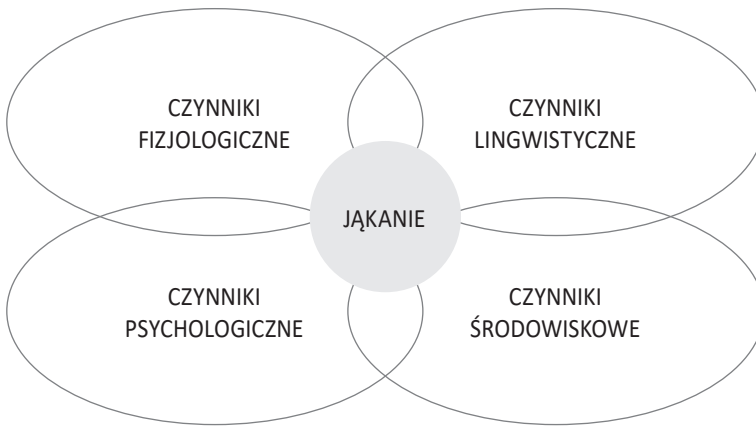
Diagnoza logopedyczna

W czasie konsultacji logopedycznych przeprowadzono wywiad z matką chłopca i uzyskano informacje na temat dotychczasowego rozwoju mowy oraz odbytych konsultacji specjalistycznych. Badanie słuchu przeprowadzone 3 miesiące wcześniej nie wykazało żadnej wady słuchu (tympnogram typu A, audiometria tonalna w normie), zaś badanie EEG nie uwidocznilo nieprawidłowości neurologicznych. Podstawowe badanie logopedyczne oceniające budowę i funkcjonowanie narządów artykulacyjnych nie ujawniło żadnych odstępstw od normy.

Posługując się modelem wieloczynnikowej etiologii jąkania (Kelman, Nicholas, 2013), uzyskano od matki następujące informacje dotyczące możliwych przyczyn jąkania syna:

- Czynniki fizjologiczne: matka chłopca w wieku przedszkolnym jąkała się przez kilka lat, jednak z biegiem czasu (prawdopodobnie w pierwszej klasie szkoły podstawowej) jąkanie ustąpiło. W przypadku dalszych członków rodziny, a także jej rodzeństwa czy rodziców jąkanie nigdy się nie pojawiło.
- Czynniki lingwistyczne: rozwój mowy chłopca w wieku pomiędzy 2. a 4. rokiem życia przebiegał w ocenie rodziców nieharmonijnie i zbyt szybko w stosunku do jego wieku. Marcin w szybkim tempie opanował posługiwanie się pełnymi zdaniami, a zasób jego słownictwa przewyższał jego wiek metrykalny.
- Czynniki psychologiczne: w opinii rodziców chłopiec przejawiał dość dużą impulsywność w zachowaniu, niepokój ruchowy, mniejsze skupienie uwagi niż jego rówieśnicy i większą od nich skłonność do bardzo silnego przeżywania emocji. Marcin, zdaniem matki, źle znosił i mocno przeżywał wszelkiego rodzaju porażki czy niepowodzenia. Jednocześnie jednak określiła go jako wrażliwego chłopca, który bardzo potrzebuje ciągłej aprobaty i uwagi bliskich osób. Marcin zdaje sobie sprawę ze swojego jąkania i w sytuacjach zaostrzania się nie płynności reaguje złością i wycofywaniem się z rozmowy.
- Czynniki środowiskowe: historia ostatniego roku z życia rodziny wskazuje na bardzo wyraźne obciążenie emocjonalne chłopca. Stan zdrowia matki oraz jej mniejsza dostępność dla chłopca w trudnym okresie jego życia wywarły znaczący wpływ na jego funkcjonowanie emocjonalne, czego przejawem były agresywne zachowania Marcina. Dodatkowy czynnik obciążający stanowi nieobecność ojca, z którym chłopiec jest bardzo zżyty i za którym wyraźnie tęskni.

Wykorzystano arkusz badania logopedycznego dziecka (Kelman, Nicholas, 2013), aby ocenić zarówno emocje chłopca względem swojej mowy, jak również obraz jego jąkania i stopień jego nasilenia. Analiza ilościowa transkrypcji próbki spontanicznej mowy chłopca wskazała na jąkanie w stopniu umiarkowanym (14%). Przeważały w niej przeciągnięcia oraz powtórzenia głosek i sylab, jednak zdarzały się także bloki,



Ryc. 1. Wieloczynnikowa koncepcja jękania

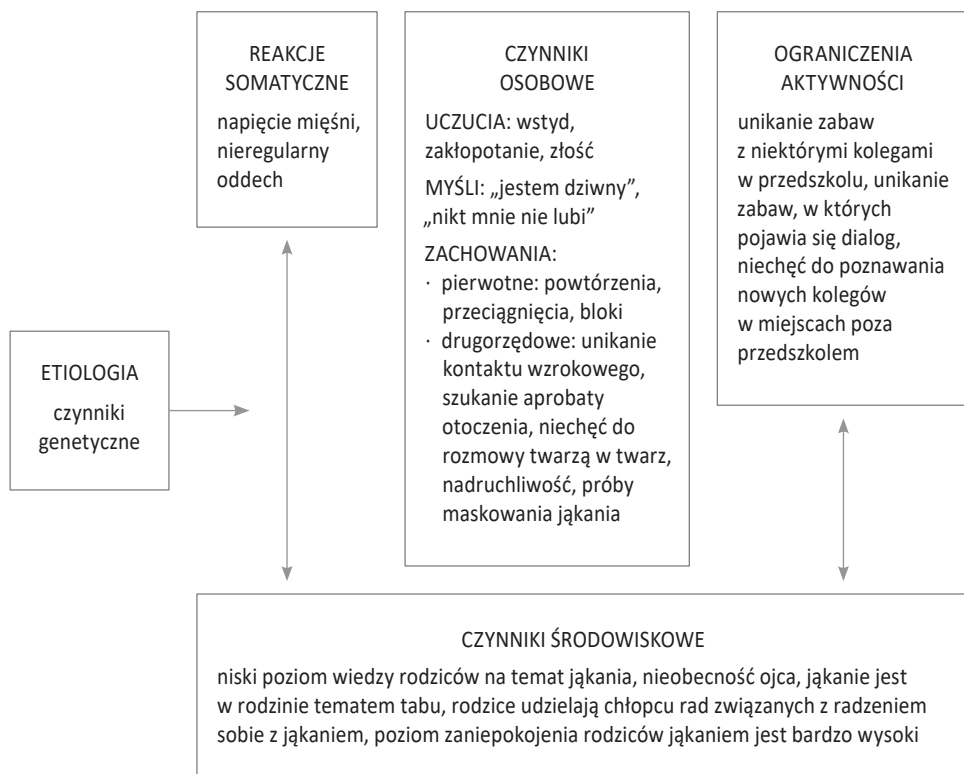
Źródło: opracowanie własne na podstawie: Kelman, Nicholas, 2013.

w trakcie których widoczne było napięcie mięśniowe w obręczy barkowej, okolicy szyi i twarzy chłopca. W momentach pojawiania się jękania u dziecka wzrastał się niepokój ruchowy – ruchy nóg oraz rąk. Marcin unikał także kontaktu wzrokowego. W rozmowie chłopiec przyznał, że lubi przedszkole, jednak często wcale nie jest tak chętnie zapraszany do zabawy, jak oceniała to wychowawczyni, zaś kilku kolegów od czasu do czasu dokucza mu i przedrzeźnia sposób jego mówienia. Nigdy nie zdecydował się poinformować o tym nauczyciela. W wyniku tych sytuacji jest przekonany, że nie jest lubianym kolegą, a sposób jego mówienia jest słusznie wyśmiewany, ponieważ „jest dziwny”. Chłopiec zauważył także, że im bardziej stara się tłumić objawy jękania, tym bardziej nasila się ono w spontanicznej mowie, co przynosi odwrotny od zamierzonego skutek.

Sytuację chłopca można przeanalizować za pomocą modelu ICF zamieszczonego na ryc. 2 (Yaruss, Quesal, 2019).

W rozmowie z chłopcem omówiono jego uczucia i emocje związane z jękaniem, korzystając z modelu góry lodowej. Wśród ukrytych emocji i uczuć dominowały poczucie wstydu, strachu przed byciem wyśmianym, smutku (z uwagi na odtrącanie przez kolegów), strach związany z zachowaniem rodziców w momencie jękania (wysoki poziom ich zaniepokojenia i zwracanie chłopcu uwagi na to, aby mówił wolniej).

W celu rozszerzenia diagnozy wykorzystano arkusz wywiadu z rodzicami. W spotkaniu uczestniczyli oboje rodzice, matka stacjonarnie, natomiast ojciec w formie zdalnej. Zebrane informacje pozwoliły ustalić, że głównym lękiem rodziców jest negatywna ocena ich dziecka przez rówieśników i ewentualne trudności w przyszłości związane z edukacją, pracą zawodową czy relacjami z innymi ludźmi. Matka chłopca określiła swój poziom niepokoju na 6 punktów w skali siedmiostopniowej, zaś ojciec na 3. Rozmowa diagnostyczna uwypukliła także trudności związane z rytmem dnia i funkcjonowaniem rodziny w kontekście pory i długości snu chłopca. Analizując nagrania, których dokonano osobno dla obojga rodziców, można zauważyć,



Ryc. 2. Model Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health)

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Yaruss, Quesal, 2019.

że chłopiec prowadził z rodzicami swobodną konwersację, a jego zdolności komunikacyjne pozostają na wysokim poziomie. Matka zwróciła uwagę na swoją tendencję do przerywania chłopcu i kończenia za niego wypowiedzi. Przyznała także, że w niektórych momentach zwracała się do niego w dość chaotyczny i szybki sposób. W dwóch sytuacjach powstrzymało to chłopca przed zadaniem pytania na temat zabawy. Ojciec chłopca zauważył natomiast, że jest dość małowówny i czasami nie zauważa potrzeby chłopca, aby go docenił czy w pozytywny sposób skomentował jego sukcesy osiągnięte w zabawie (budowanie z klocków). Końcowym etapem rozmowy z rodzicami było wypełnienie przez nich skali Palin PRS (Palin Parent Rating Scales). Narzędzie to umożliwia każdemu rodzicowi z osobna dokonanie subiektywnej oceny ogólnej sytuacji dziecka, własnego poziomu wiedzy na temat jąkania oraz wpływu jąkania dziecka na funkcjonowanie całej rodziny.

W odpowiedziach rodziców widoczny jest pewien rozdzźwięk – matka chłopca oceniła jego trudności i ich wpływ na życie rodziny zdecydowanie wyżej niż ojciec. Wspólnie doszli oni do wniosku, iż najprawdopodobniej fakt ten wynika z nieobecności ojca na co dzień i nieco innej perspektywy obecnej sytuacji.

Data badania: 15 lutego 2024		
Uczestnicy badania	Matka dziecka	Ojciec dziecka
1:1) Czy Twoje dziecko mówi mniej z tego powodu, że się jąka?	2	5
1:2) Jak bardzo Twoje dziecko jest sfrustrowane z powodu swojej mowy?	2	2
1:3) Jak bardzo Twoje dziecko denerwuje się z powodu jękania?	2	5
1:4) Jak bardzo Twoje dziecko jest zaniepokojone z powodu swojej mowy?	2	4
1:5) Jak bardzo pewne siebie jest Twoje dziecko w sytuacjach, gdy się wypowiada?	2	4
1:6) Jak szczęśliwe jest Twoje dziecko – ogólnie?	4	7
1:7) Jak dobrze Twoje dziecko potrafi wyrażać swoje uczucia?	3	6
2:1) Jak bardzo Twoje dziecko zmaga się z wypowiadaniem się?	1	4
2:2) Czy Twoje dziecko ma okresy płynności w mówieniu?	3	4
2:3) Jak często Twoje dziecko się jąka?	3	6
2:4) Jak mocno Twoje dziecko się jąka?	3	6
2:5) Jak bardzo jesteś zaniepokojony jękaniem Twojego dziecka?	1	5
2:6) Jak bardzo obawiasz się o przyszłość Twojego dziecka z powodu jękania?	1	5
2:7) W jakim stopniu jękanie się dziecka wpływa na Waszą rodzinę?	1	4
3:1) Czy wiesz, co wpływa na jękanie Twojego dziecka? (czy rozumiesz, skąd bierze się jękanie Twojego dziecka?)	2	3
3:2) Jak pewny siebie jesteś swojej wiedzy z zakresu:		
a) Odpowiedni sposób reagowania na jękanie dziecka	1	3
b) Radzenie sobie z obawami dziecka związanymi ze świadomością jękania się	2	3
c) Wzmacnianie u swojego dziecka jego wiary w siebie	2	3
d) Wspomaganie płynności mowy dziecka	2	2
Czynnik 1 – wpływ na dziecko Zakres od 0 (bardzo wysoki) do 7,081 (bardzo niski)	1,659 (bardzo wysoki)	3,233 (wysoki)
Czynnik 2 – nasilenie jękania i wpływ na rodziców Zakres od 0 (bardzo wysoki) do 6,951 (bardzo niski)	1,312 (bardzo wysoki)	3,464 (średni)
Czynnik 3 – Wiedza rodziców i pewność siebie w radzeniu sobie z jękaniem Zakres od 0 (bardzo wysoki) do 7,464 (bardzo niski)	1,338 (bardzo niski)	2,079 (bardzo niski)

Ryc. 3. Odpowiedzi rodziców dziecka – skala Palin PRS

Źródło: opracowanie własne na podstawie: www.palinprs.org.uk

Plan terapeutyczny

Analizując wszystkie zebrane informacje pochodzące zarówno od chłopca, jak i jego rodziców oraz mając na uwadze ich bieżące potrzeby w kwestii zrozumienia istoty jąkania i zwiększenia ogólnej wiedzy na ten temat, zaproponowano cele terapii wg modelu SMART (skonkretyzowany (Specific), mierzalny (Measurable), osiągalny (Achievable), realistyczny (Realistic), określony w czasie (Time-bound)).

Tab. 1. Cele terapeutyczne wg modelu SMART

	Cele			
	widoczne	niewidoczne	krótkoterminowe	długoterminowe
Marcin	• zachęcenie do wspólnych zabaw z rówieśnikami • zachęcenie do nawiązywania nowych znajomości poza przedszkolem • wprowadzenie rutyny związanej z porą snu	• poprawa samooceny • zredukowanie napięcia emocjonalnego • poprawa radzenia sobie z niepowodzeniami	• zredukowanie napięcia emocjonalnego • poprawa samooceny • wprowadzenie rutyny związanej z porą snu	• zachęcenie do wspólnych zabaw z rówieśnikami • zachęcenie do nawiązywania nowych znajomości poza przedszkolem • poprawa radzenia sobie z niepowodzeniami
Rodzice Marcina	• zwiększenie wiedzy i świadomości na temat jąkania • poprawa komunikacji i otwarte rozmawianie na temat jąkania • zadbanie o możliwie jak najczęstszy kontakt ojca z chłopcem	• zredukowanie poziomu zaniepokojenia rodziców • zredukowanie poczucia winy rodziców (szczególnie matki)	• zwiększenie wiedzy i świadomości na temat jąkania • zadbanie o możliwie jak najczęstszy kontakt ojca z chłopcem	• poprawa komunikacji i otwarte rozmawianie na temat jąkania • zredukowanie poziomu zaniepokojenia rodziców • zredukowanie poczucia winy rodziców (szczególnie matki)

Źródło: opracowanie własne.

Biorąc pod uwagę wiek chłopca, stopień nasilenia jąkania oraz jego sytuację rodzinną, zaproponowano rodzicom skorzystanie z programu Palin PCI w podejściu pośrednim.

Ze względu na specyficzną sytuację rodziny na wprowadzenie czasu specjalnego trzy razy w tygodniu zdecydowała się wyłącznie matka chłopca. W pierwszym etapie trwania programu zrealizowano 6 cotygodniowych spotkań w gabinecie logopedycznym. W domu, pomiędzy wizytami, realizowane były natomiast sesje czasu specjalnego. Po upływie tego czasu rozpoczęto drugi etap programu polegający na utrwalaniu uzyskanych efektów pracy. Po upływie tego czasu rodzice wraz z chłopcem zgłosili się na spotkanie podsumowujące efekty terapii.

Analiza efektów terapii

Analizując wraz z matką nagrania video i arkusze czasu specjalnego, zwrócono uwagę na dwie występujące trudności. Po pierwsze matka Marcina przejawiała tendencje do zbyt częstego przerywania chłopcu jego wypowiedzi i stosowania długich monologów, po drugie zaś do zbyt intensywnego narzucania mu przebiegu zabawy. Po zwróceniu uwagi na te istotne szczegóły czasu specjalnego sytuacja ta z tygodnia na tydzień ulegała wyraźnej poprawie. Kilkukrotnie chłopiec nie chciał kończyć czasu specjalnego i zaczynał płakać. Wówczas matka tłumaczyła mu, że aktywność będzie za moment kontynuowana, zaś ona potrzebuje chwili przerwy, aby zapisać coś ważnego (arkusz obserwacji). Poza wyżej wymienionymi trudnościami sesje przebiegały zgodnie z planem. Matka chłopca zapoznała się z opracowaniem dla rodziców dotyczącym przejmowania przez dziecko inicjatywy w zabawie, mówienia prostym językiem, zachowywania równowagi pomiędzy pytaniami i komentarzami, spowolnieniem mowy i stosowaniem pauz, utrzymywania kontaktu wzrokowego, otwartego mówienia o jękaniu i wzmacniania u dziecka poczucia własnej wartości. Założenia te wprowadzane były stopniowo we wspólne interakcje.

Czas specjalny w przeważającej większości wiązał się z aktywnością zabawową – budowaniem z klocków, wspólnym rysowaniem, zabawami z ilustracjami lub/i maskotkami. Dwukrotnie był to czas spędzony na krótkich spacerach. Zalecenia skierowane do matki w trakcie trwania czasu specjalnego zostały także przeniesione do życia codziennego. Zmianie uległ sposób ich wspólnej rozmowy – kobieta znacznie rzadziej przerywała synowi, rzadziej zadawała także pytania, które przed rozpoczęciem programu bywały bardzo częste i nierzadko wielokrotnie złożone. Wykorzystywała technikę pauzowania i dostosowała tempo mowy oraz słownictwo do poziomu chłopca. Ten styl komunikacji został także przejęty przez pozostałych członków rodziny. W celu złagodzenia napięcia emocjonalnego związanego z tęsknotą chłopca za ojcem wprowadzono rutynę w kontaktach telefonicznych oraz zaproponowano rozmowy video. W czasie obecności ojca w domu rodzinnym pojawiły się natomiast wspólne aktywności i zdecydowanie więcej czasu spędzanego razem.

Rodzice zostali także uwrażliwieni na potrzebę otwartego rozmawiania na temat jękania. Potrzeba ta okazała się dla nich dość trudna w realizacji, ponieważ dotychczas żywili przekonanie, że mówienie o jękaniu wprost i nazywanie go w rozmowie z dzieckiem tylko spotęguje problem. Udało się jednak przełamać ten opór i wprowadzić swobodne rozmowy na temat jękania. Dotyczyły one najczęściej czasu spędzanego w przedszkolu i tego, jak chłopcu mówiło się w ciągu całego dnia pobytu w placówce. Natomiast w trakcie przebywania w domu matka oraz pozostali członkowie rodziny zwracali uwagę chłopca na fakt, że podobnie jak jemu również im zdarza się zająknąć czy przejęzyczyć, dzięki czemu normalizowali występujące u niego trudności. Zmiana ta, jak się okazało, przyniosła bardzo wyraźne efekty w samoocenie chłopca. Nie czuł się wyizolowany w swoich trudnościach a nawet w pewnym momencie trwania programu poczuł, że jest „ekspertem” w swoim sposobie mówienia i organizował dla członków rodziny zagadki związane z jękaniem. Według słów matki zabawa w zagadki została także przeniesiona do przedszkola, gdzie spotkała się z aprobatą większości rówieśników.

W trakcie wizyt terapeutycznych wraz z chłopcem omówiono kilkakrotnie model góry lodowej (iceberg), dotyczącej uczuć związanych z jękaniem przy użyciu tematycznej ilustracji. Na powierzchni góry lodowej zapisano widoczne objawy jękania – przeciągnięcia, bloki, powtórzenia, niechęć do utrzymywania kontaktu wzrokowego czy dodatkowe ruchy ciała. W drugiej części rysunku skupiono się natomiast na tych emocjach i uczuciach, które są niewidoczne i pozostają niejako „pod powierzchnią”. Marcin opisał te emocje jako wstyd, lęk przed wyśmianiem, frustrację wynikającą z faktu jego „odmienności” czy niezrozumiałe dla niego uczucie podenerwowania („denerwuję się, ale nie wiem czym”).

Biorąc pod uwagę całość historii chłopca i jego trudnych doświadczeń w okresie wczesnego dzieciństwa, poproszono rodziców o skorzystanie z konsultacji psychologicznej. Chłopiec udał się na wizytę wraz ze stworzonym w czasie sesji modelem góry lodowej, o którym dokładnie opowiedział specjalście. Po zebraniu wywiadu z matką i po rozmowie z chłopcem został on zakwalifikowany do regularnych spotkań terapeutycznych, które odbywał w poradni psychologiczno-pedagogicznej w swoim miejscu zamieszkania.

Zmianie uległa także rutyna dotycząca snu chłopca. Dotychczas pora ta była późna, Marcin przed zaśnięciem uczestniczył w bardzo żywiołowych i pobudzających ruchowo zabawach, przeciągał czas ich trwania i bardzo niechętnie je kończył. W czasie trwania programu pora snu została przesunięta na wcześniejszą godzinę zaś poprzedzała ją wyciszająca rutyna: kąpiel, przygaszenie oświetlenia w domu i czytanie ulubionej przez chłopca książki. W wyniku tych zmian nastąpiła poprawa w jego ogólnym samopoczuciu, a poranne wstawanie do przedszkola odbywało się z znacznie mniej nerwowej atmosferze, co korzystnie wpływało na emocje chłopca i matki w ciągu dnia.

W celu wsparcia rodziców chłopca i poszerzenia ich dotychczasowej wiedzy na temat jękania otrzymali oni materiały informacyjne, a także specjalistyczną literaturę przeznaczoną dla rodziców dzieci z jękaniem. W celu ich dokładnego omówienia odbyły się dwa dodatkowe spotkania, w trakcie których wskazano na najpopularniejsze stereotypy związane z jękaniem oraz przedstawiono rodzicom dowody naukowe przemawiające za skutecznością programu Palin PCI. Zwrócono także uwagę na szczególnie istotną kwestię dotyczącą poziomu zaniepokojenia i napięcia emocjonalnego rodziców. Wyjaśniono im, w jaki sposób ich postawa wpływa na podtrzymywanie objawów niepełności oraz zaproponowano alternatywne sposoby reagowania na jękanie chłopca. Z uwagi na historię matki oraz jej trudne przeżycia zasugerowano podjęcie psychoterapii, która umożliwiłaby przepracowanie traumatycznych doświadczeń we wcześniejszym okresie oraz poprawę jej samopoczucia psychicznego. W chwili zakończenia terapii kobieta oczekiwała na termin wizyty u specjalisty w swoim miejscu zamieszkania. Szczegółowo wyjaśniono także rodzicom przyczyny i możliwe podłoże jękania u Marcina oraz zadbano o to, aby zredukować do minimum ich poczucie winy. Zasugerowano jednak, aby temat ten dodatkowo omówić w trakcie wspólnego spotkania u psychoterapeuty.

W trakcie ostatniego, podsumowującego spotkania dokonano ponownej diagnozy ilościowej z zebranej próbki mowy chłopca, która wskazała, iż nasilenie jękania

zmieniło się ze stopnia umiarkowanego na lekki. W czasie swobodnej rozmowy chłopiec wydawał się pogodny i zrelaksowany. Chętnie proponował nowe zabawy i wymyślał zabawne historie. Zapytany o kontakty z kolegami w przedszkolu stwierdził, że bawi się ze wszystkimi poza jednym kolegą, który wszystkim dokucza. Zdaniem pani wychowawczynie, przy okazji jednej z konfliktowych sytuacji, w której został przeдрzeżniony przez kolegę, odpowiedział, że to jest jego sposób mówienia („tak mówię, ja tak po prostu potrafię”). Nie wydawał się przy tym zawstydzony czy zakłopotany. Zdaniem matki poza przedszkolem, na osiedlowym placu zabaw wyszedł dwukrotnie z inicjatywą zabawy w stosunku do nieznajomej dziewczynki. Wstydził się jednak wciąż wyjść z podobną inicjatywą do grupy nieco starszych chłopców. Kontakty telefoniczne chłopca z ojcem zostały uregulowane poprzez wprowadzenie specjalnego harmonogramu. Chłopiec rysował na początku każdego tygodnia kalendarz w bloku rysunkowym i zaznaczał dni, w których będzie do niego dzwonił tata. Wspólnie z nim planował różne aktywności czy zajęcia, które podejmą, gdy wróci do Polski. Ojciec chłopca zwrócił uwagę na fakt, że uregulowanie częstotliwości kontaktów i wprowadzenie przewidywalnej rutyny znacznie zredukowało agresywne zachowania chłopca względem niego. Z uwagi na zauważalną poprawę wraz z rodzicami podjęto decyzję o niepodejmowaniu wariantu terapii bezpośredniej.

Wnioski końcowe

Zastosowanie programu interakcyjnego Palin PCI przyniosło w przypadku opisywanego chłopca wyraźne korzyści. Zmniejszyło się natężenie jego jękania, poprawiła się dynamika relacji w rodzinie, a także udało się wypracować pewne zmiany w sposobie komunikacji. Rodzice chłopca pozostają w kontakcie z logopedą raz na kilka miesięcy, jednak kontakt ten ma raczej charakter informacyjny niż stricte terapeutyczny. Zarówno Marcin, jak i jego matka pozostają pod opieką psychologiczną. W trakcie minionych wakacji zorganizowali wyjazd do Wielkiej Brytanii, gdzie spędzili wspólnie z ojcem chłopca niecały miesiąc. Czas ten bardzo korzystnie wpłynął na stan emocjonalny Marcina i relacje pomiędzy członkami rodziny.

Nawiązując do uprzednio postawionych problemów badawczych, należy za- uważać, że:

1. Prawdopodobna przyczyna jękania chłopca leży w obszarze czynników fizjologicznych, lingwistycznych i psychologicznych, zaś trudne wydarzenia, których doświadczyła cała rodzina, mogły mieć charakter czynników wywołujących.
2. Wzorzec jękania chłopca wskazuje na prolongacje, powtórzenia głosek i sylab oraz (nieco rzadsze) bloki.
3. Efekty terapeutyczne uzyskane przy pomocy programu Palin PCI wpłynęły na zmniejszenie częstotliwości jękania ze stopnia umiarkowanego do lekkiego. Ponadto wykorzystanie strategii interakcyjnych i rodzinnych wpłynęło na wzmocnienie samooceny chłopca i zmianę w postrzeganiu własnego jękania.

Specyfika programu Palin PCI obejmuje oddziaływaniami terapeutycznymi całą rodzinę dziecka z jękiem. W trakcie jego trwania zmieniają się postawy rodziców, styl komunikacji w rodzinie, samoocena dziecka i jego stosunek do własnego jękania.

Zmiany te są niezbędne i wskazują na fakt, jak wielką moc oddziaływania na dziecko ma jego najbliższe otoczenie. Pozytywne efekty terapii metodą Palin PCI opisywane były w literaturze przedmiotu wielokrotnie (por. Mielewska, Węsierska, 2013; Węsierska, 2013; Deckert-Brzezińska, Brzeziński, 2022; Preston, Halpin, Clarke, Millard, 2022; Onslow, Millard, 2012; Kim, Won Kang, Soo Lee, Bok Lee, Sub Sim, 2024).

Opisany przypadek 4-letniego chłopca wskazuje na fakt, jak wielkie znaczenie w terapii jękania mają czynniki psychologiczne i emocjonalne oraz jak czasem wiele zależy od niewielkich i pozornie drobnych zmian w dotychczasowych przyzwyczajeniach i sposobie funkcjonowania całej rodziny. Program Palin PCI wydaje się skuteczną propozycją terapeutyczną u dzieci z jękaniem wczesnodziecięcym.

Bibliografia

- Boroń A., Schneider P. (2018). Metoda Mini-Kids w terapii jękania wczesnodziecięcego – studium przypadku. W: K. Węsierska, K. Gawęł (red.), *Zaburzenia płynności mowy* (s. 175–191). Gdańsk: Harmonia Universalis.
- Deckert-Brzezińska A., Brzeziński K. (2022). Palin PCI – terapia interakcyjna rodzic-dziecko dla jękaących się dzieci w praktyce – studium przypadku. *Forum Lingwistyczne*, 10, 1–19.
- Eggers K. (2021). Stawanie się efektywnym logopedą specjalizującym się w zaburzeniach płynności mowy. W: K. Węsierska, H. Sønsterud (red.), *Dialog bez barier – kompleksowa interwencja logopedyczna w jękaniu* (s. 65–85). Chorzów: Wydawnictwo Agere Aude.
- Faściszewska M. (2018). Trudne postawy i emocje towarzyszące jękananiu – sposoby wspierania jękającego się dziecka. *Głos – Język – Komunikacja*, 5, 49–60.
- Ficek E., Jeziorczak B., Węsierska K. (2021). Poradnictwo logopedyczne dla osób jękaących się i ich rodzin. W: K. Węsierska, H. Sønsterud (red.), *Dialog bez barier – kompleksowa interwencja logopedyczna w jękaniu* (s. 85–115). Chorzów: Wydawnictwo Agere Aude.
- Gottwald S.R., Kelman E., Onslow M., Schneider P. (2018). Wczesna interwencja w jękananiu u dzieci – cztery perspektywy terapeutyczne. *Forum Logopedy*, 26, s. 9–15.
- Kellman E., Nicholas A. (2013). *Praktyczna interwencja w jękananiu wczesnodziecięcym*. Gdańsk: Harmonia.
- Kim E., Won Kang H., Soo Lee J., Bok Lee S., Sub Sim H. (2024). A Qualitative Case Study of the Experiences of Mothers of Children who Stutter After Parent-Child Interaction Therapy: Changes in Stuttering Perception and Parenting Behavior. *Journal of Speech-Language & Hearing Disorder*, 33, 1, 101–114.
- Kohmäscher A., Sandrieser P., Schneider P. (2021). KIDS – metoda modyfikacji jękania dla dzieci w wieku szkolnym. W: K. Węsierska, H. Sønsterud (red.), *Dialog bez barier – kompleksowa interwencja logopedyczna w jękaniu* (s. 333–367). Chorzów: Wydawnictwo Agere Aude.
- Mielewska A., Węsierska K. (2013). Zastosowanie metod Palin Parent – Child Interaction (Palin PCI) i Lidcombe Program w terapii jękania wczesnodziecięcego. W: J. Skibska (red.), *Wspieranie rozwoju małego dziecka*. Bielsko-Biała: Wydawnictwo LIBRON.
- Onslow M., Millard S. (2012). Palin Parent Child Interaction and the Lidcombe Program: clarifying some issues. *Journal of Fluency Disorders*, 37(1), 1–8.

- Onslow M., Packman A., Harrison E. (2003). *The Lidcombe Program of Early Stuttering Intervention. A Clinician's Guide*. Austin: An International Publisher Pro-Ed.
- "Palin Parent Rating Scale (Palin PRS)", <https://www.palinprs.org.uk> (dostęp 29.12.2023).
- Płosa T. (2020). Jękanie jest OK. *No Limits*, 2(2).
- Preston R., Halpin M., Clarke G., Millard S. (2022). Palin parent-child interaction therapy with children with autism spectrum disorder and stuttering. *Journal of Communication Disorders*, 97.
- Starkweather C.W., Gottwald S.R. (1990). The demands and capacities model II: Clinical implications. *Journal of Fluency Disorders*, 15, 143–157.
- Węsierska K. (2013). Badanie wpływu zastosowania podejścia Palin PCI w terapii jękania u polskojęzycznego dziecka – studium indywidualnego przypadku. *Nowa Logopedia*, 4, 295–316.
- Węsierska K., Jeziorska B., Chrostek A. (2013). Profilaktyka i wczesna interwencja w jękanii u małych dzieci. W: K. Węsierska, N. Moćko (red.), *Profilaktyka logopedyczna w praktyce edukacyjnej*, 2 (s. 187–212). Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Yairi E., Seery S.H. (2011). *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. *J Commun Disord*, 37, 35–52.

Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis

Studia Logopaedica 7 (2023)

ISSN 2083-7283

DOI 10.24917/20837283.7.8

Anna Nallur

Badacz niezależny, Warszawa

ORCID 0000-0001-8824-9115

Nabywanie fleksji jako element diagnostyczny rozwoju języka polskiego u dzieci dwujęzycznych

Acquiring inflection as a diagnostic part of development of the Polish language for bilingual children

Streszczenie

W artykule przedstawiono wyniki badań ilościowych oraz indywidualnych przypadków, pokazujące konieczność rozszerzenia diagnostyki rozwoju mowy dzieci dwujęzycznych o ocenę rozwoju fleksji. Kategoria przypadku u dziecka z normatywnym procesem rozwoju języka polskiego powinna pojawić się do końca 2. roku życia, czyli jeszcze przed okresem zdania. W przypadku opóźnionego rozwoju morfologii konieczne jest objęcie dziecka terapeutycznym programem stymulującym proces nabywania mowy, który zawiera program słuchowy, prowadzenie dzienników wydarzeń w obu językach, *Symultaniczno-Sekwencyjną Naukę Czytania*[®], programowanie języka oraz rezygnację z wysokich technologii.

Słowa kluczowe: fleksja, kategoria przypadku, dwujęzyczność, diagnoza rozwoju języka

Abstract

The article, citing the results of quantitative research and individual cases, shows the need to extend the diagnosis of speech and language development for bilingual Polish-speaking children to include the assessment of inflection development. The case category in a child with a typical Polish language development should appear by the end of the 2nd year of life, i.e. before the sentence period. In the case of delayed morphological development, it is necessary to provide the child with a therapeutic program that stimulates the process of acquiring speech and language, which includes the auditory stimulation program, journal writing in both languages, simultaneous and sequential reading technique, language programming, and eliminating the use of high technologies.

Keywords: inflection, case category, bilingualism, diagnosis, language development

Wstęp

Częstsze migracje związane z warunkami polityczno-ekonomicznymi powodują, że Polska przyjmuje coraz więcej imigrantów, a polscy emigranci powracają do ojczyzny. W naszym kraju tworzy się wiele rodzin międzynarodowych, m.in. ukraińskich, białoruskich, wietnamskich, włoskich, hiszpańskich, angielskich, francuskich, indyjskich. Niestety tylko nieliczni rodzice wychowujący dzieci w środowisku dwujęzycznym szukają rzetelnych informacji, jak pomóc im rozwinąć prawidłowo oba języki. Dopiero problemy w przedszkolu lub w szkole prowadzą do konsultacji ze specjalistami logopedami lub psychologami. Najczęstszym błędem, który popełniają opiekunowie, jest mówienie do dziecka w innym niż w ich etnicznym języku. Wyniki badań pokazują, że „przyswajanie drugiego języka jest bardziej efektywne, gdy odbywa się na fundamencie pierwszego, co oznacza, iż należy świadomie stymulować rozwój języka etnicznego” (Spitzer, 2013, s. 126). Brak takiego podejścia prowadzić może do zahamowania kognitywnego i emocjonalnego rozwoju dziecka. „Zakłóceniu ulega już na poziomie czysto językowym komunikacja w rodzinie, zaś w kręgu rówieśników (w szkole, na placu zabaw) dziecko pozostaje językowo niepełnosprawne” (Laskowski, 2009, s. 11). Kolejnym zagrożeniem prawidłowego nabywania języka jest nadużywanie przez rodziców i ich dzieci wysokich technologii. Zbyt częsta stymulacja prawej półkuli mózgu poprzez obraz z telefonów, tabletów czy telewizji blokuje aktywność lewej kory, w której kształtują się ośrodki mowy. „Czas spędzony przed ekranami i monitorami przez dzieci poniżej trzeciego roku życia jest czasem straconym” (Spitzer, 2013, s. 123). U dzieci dwujęzycznych, które mają dwukrotnie zmniejszony czas ekspozycji na każdy z języków, ich przyswajanie w warunkach stymulacji wysokimi technologiami staje się niemal niemożliwe do osiągnięcia.

Aby pomóc rodzicom wychowującym dzieci w warunkach wielojęzyczności, konieczne jest przeprowadzanie wielu badań indywidualnych przypadków nabywania mowy przez dzieci dwujęzyczne, a także edukacja specjalistów i nauczycieli, jak przebiega ten proces i czym różni się od nabywania mowy przez dzieci jednojęzyczne.

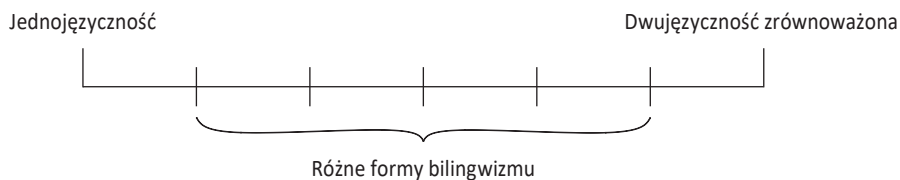
1. Rozwój systemów językowych dzieci dwujęzycznych

Rozwój systemu językowego dzieci dwujęzycznych charakteryzuje się bardzo dużym zróżnicowaniem indywidualnym uzależnionym m.in. od:

- rodzajów dwujęzyczności (symultaniczna lub sekwencyjna, klasyczna lub pierwszego pokolenia, naturalna lub sztuczna),
- grup językowych, które wzajemnie na siebie wpływają,
- czasu zanurzenia w poszczególnych językach (kryterium użycia),
- strategii nabycia (osoby, miejsca, czasu).

Osoby dwujęzyczne, a także rodzice dzieci dwujęzycznych dążą do tego, aby ich mowę charakteryzował bilingwizm zrównoważony, który zakłada opanowanie dwu języków na równie wysokim poziomie (Baker, 2006, s. 9) w odróżnieniu do bilingwizmu dominującego, w którym użytkownik obu języków posiada w jednym z nich wyższą kompetencję językową i komunikacyjną oraz używa go częściej niż języka

drugiego (Butler, Hakuta, 2006, s. 119). C. Baker uważa jednak, że tylko nieliczne dwujęzyczne osoby charakteryzuje bilingwizm zrównoważony. Określa go jako mit. W rzeczywistości bowiem każdy z języków osoby dwujęzycznej ma różne cele i funkcje, a jednostka używa obu języków w różnych miejscach, w różnym czasie i z różnymi ludźmi. Przykładem może być dwujęzyczne dziecko posługujące się jednym językiem w domu i drugim językiem w szkole. Pierwszy z tych języków będzie językiem potocznym, a drugi będzie cechowała większa kompetencja językowa. Oprócz tego różne jest też słownictwo obu tych języków. Dwa języki osoby dwujęzycznej wzajemnie się uzupełniają – są niczym dwa narzędzia dla dwóch różnych prac (Baker, 2014, s. 44–46). „Pomiędzy ekstremalną jednojęzycznością a pełną (zrównoważoną) dwujęzycznością istnieją różne formy dwujęzyczności” (Błasiak-Tytuła, 2011, s. 61).



Ryc. 1. Kontinuum 'jednojęzyczność – dwujęzyczność'

Źródło: Błasiak-Tytuła, 2011, s. 61.

Jak zatem zdefiniować osobę w pełni dwujęzyczną? Osoba dwujęzyczna zna i posługuje się dwoma kodami językowymi, regularnie przechodząc z jednego języka na drugi w zależności od sytuacji komunikacyjnej (Cieszyńska, 2013, s. 165), a także opanowała oba języki w takim stopniu, jak społecznie ekwiwalentni ich jednojęzyczni nosiciele (Lipińska, 2003, s. 115).

Proces nabywania mowy przez dzieci bilingwalne oraz porównanie go z dziećmi monolingwalnymi zostały opisane przez wielu badaczy. Udowodniono, że w okresie prelingwalnym etap gaworzenia przebiega dokładnie tak samo i w tym samym czasie u dzieci dwujęzycznych i jednojęzycznych (Oller, Eilers, Urbano, Cobo-Lewis, 1997; Meneva, Genesee, 2004). Pierwsze słowa również wypowiadane są przez dzieci z obu tych grup jednocześnie, ok. 12. miesiąca życia (Genesee, 2003; Patterson, Pearson, 2004). Potwierdzono również, że w okresie wyrazu występuje też zbieżny podział części mowy u dzieci mono- i bilingwalnych (Conboy, Thal, 2006; Marchman, Martinez-Sussmann, Dale, 2004; Nicoladis, Secco, 2000).

Pierwsza różnica w rozwoju języka dzieci dwujęzycznych i jednojęzycznych pojawia się w liczbie wypowiadanych słów. Dzieci dwujęzyczne wypowiadają statystycznie mniej nowych słów niż ich jednojęzyczni rówieśnicy, ale tylko przy porównaniu jednego języka. Wielkość ich słownika z obu języków odpowiada natomiast wielkości słownika dzieci monolingwalnych (Conboy, Thal, 2006; Pearson, Fernandez, Oller, 1993). Czas językowej stymulacji dzieci bilingwalnych podzielony jest na dwa języki, więc jest on zdecydowanie krótszy w porównaniu z dziećmi monolingwalnymi. Liczba nabywanych słów jest proporcjonalna do czasu zanurzenia w języku (Marchman, Martinez-Sussmann, Dale, 2004), a ten zależy przede wszystkim od zaangażowania

rodziców. Skutkiem zbyt małej ekspozycji na jeden z języków jest jego opóźniony rozwój, który ma nie tylko negatywne konsekwencje lingwistyczne, ale także psychologiczne. Wyniki badań B. Pearson (1997) pokazują, że jeśli kontakt z jednym z języków jest mniejszy niż 25% czasu czuwania dziecka, to następuje jego rozpad do stopnia pasywnego, który umożliwia jedynie rozumienie.

Na podstawie wyników podłużnych badań dzieci hiszpańsko-angielskich oraz francusko-angielskich wejście w okres zdania następuje pomiędzy 18. a 24. miesiącem życia, podobnie jak w przypadku dzieci jednojęzycznych (Padilla, Liebman, 1975; Paradis, Genesee, 1996). Nowsze badania precyzują, że zgodnie z normami pierwsze połączenia dwóch wyrazów u dzieci dwujęzycznych muszą pojawić się przynajmniej w jednym z ich języków. Oznacza to, że przy ocenie prawidłowego rozwoju mowy co najmniej jeden język powinien rozwijać się normatywnie (Conboy, Thal, 2006; Marchman, Martinez-Sussman, Dale, 2004). Według badań J. Cumminsa (2000) uważam jednak, że w przypadku opóźnionego rozwoju drugiego języka dziecka dwujęzycznego należy jak najszybciej podjąć działania terapeutyczne. Najefektywniejsze jest tutaj podejście dwutorowe J. Cieszyńskiej (2013), w którym dziecko słucha i nabywa język w warunkach naturalnych, a z drugiej strony jest ono nauczane języka przez specjalistę oraz rodzica (edukacja języka drugiego jako języka obcego). „J. Cummins (2000) twierdzi, że pozytywne skutki poznawcze u osób dwujęzycznych są związane z ich wysokimi kompetencjami w obu językach, a negatywne z niskimi zdolnościami językowymi w obu lub jednym z języków” (Nallur, 2019, s. 54).

Osiągnięcie w odpowiednim czasie powyższych kamieni milowych nabywania systemu językowego, czyli gaworzenia, pierwszych słów i w końcu łączenia ich w zdania, uznawane jest powszechnie wśród specjalistów i rodziców za diagnostyczne w ocenie prawidłowego rozwoju mowy. Należy tu podkreślić, że opóźnienia w tym zakresie u dzieci dwujęzycznych związane są zawsze z zaburzeniem rozwoju dziecka, które nie ma nic wspólnego z jego dwujęzycznością. Nietrafne są zatem diagnozy i twierdzenia, że „mowa dziecka rozwija się wolniej ze względu na wielość nabywanych języków”. Przekazywanie rodzicowi takiej informacji znacznie utrudni rozpoczęcie procesu terapeutycznego i spowolni jego efekty.

Opisując rozwój języków dzieci dwujęzycznych, należy również wymienić kilka szczególnych cech, którymi się charakteryzują:

- interferencje – „wszelkie odchylenia od norm językowych, które występują w mowie osób dwujęzycznych spowodowane wpływem jednego języka na drugi” (Weinreich, 1974, s. 1);
- zapożyczenia – „elementy językowe przejęte z jednego języka do drugiego, podlegające procesowi adaptacji we wszystkich podsystemach języka; mogą to być wyrazy, związki wyrazowe, zwroty, formy fleksyjne, struktury składniowe, a nawet związki frazeologiczne” (Nallur, 2019);
- przełączanie kodu – „naprzemienne, alternatywne używanie różnych systemów językowych (elementów językowych pochodzących z tych systemów) w trakcie komunikowania się” (Błasiak-Tytuła, 2011, s. 64);
- mieszanie kodów – nieświadome i błędne użycie języka w różnych podsystemach, wynikające z niepełnych kompetencji językowych osoby dwujęzycznej.

2. Rozwój kategorii przypadku

„Nie wystarczy znać słownictwo, by rozumieć wypowiedzi i samodzielnie je budować. Tylko znajomość gramatyki da dziecku pełną możliwość percepcji tekstów mówionych i pisanych” (Cieszyńska, 2013, s. 178). „Wraz z rozwojem leksykalnym i składniowym dziecko wchodzi również w świat fleksji, jako jądra gramatyki języka polskiego (Łuczyński, 2004, s. 13). Jest to niezwykle ważny proces, dzięki któremu mowa dziecka staje się coraz bardziej zrozumiała dla otoczenia i ma coraz wyższy poziom szczegółowości. Rozwój fleksji i tempo jej nabywania świadczy o zadziwiających zjawiskach, które odbywają się w mózgu niespełna dwuletniego dziecka w porównaniu z ogromnymi kłopotami, jakie mają dorośli obcokrajowcy uczący się gramatyki języka polskiego. A. Jurkowski cały „okres zdania” nazywa nawet etapem gramatyzacji, przez co pokazuje, jak istotne jest to osiągnięcie (Jurkowski, 1975, s. 80)”.

Najwcześniej w rozwoju gramatycznym pojawia się deklinacja rzeczownika, ponieważ jest on najwcześniej i najczęściej używaną częścią mowy. E. Łuczyński (2004) uznaje fleksję za jądro gramatyki języka polskiego. Powszechnie uważa się, że do około 18.–24. miesiąca życia mowa dziecka jest pozbawiona struktur gramatycznych, gdyż używa ono jedynie pojedynczych wyrazów – holofraz. Dopiero wejście dziecka w okres zdania daje początek gramatyki. E. Łuczyński (2010, s. 10) dochodzi jednak do wniosku, że już w okresie wyrazu dzieci stosują jednoskładnikowe schematy w funkcji komunikatu językowego i w ten sposób używają pierwszych konstrukcji gramatycznych. Potwierdzają to wyniki badań R. Laskowskiego (2009, s. 213), który w swojej obserwacji dwujęzycznej dziewczynki polsko-rosyjskiej zauważa użycie przez nią struktur morfologicznych przed okresem zdania. Dziecko już w wieku 16 miesięcy użyło dopełniacza w funkcji posiadacza w wypowiedzi jednowyrazowej w odpowiedzi na pytanie dorosłego: Czyja to czapka? (*babi* ‘babci’ oraz *Mati* ‘zabawka Marty’). „Protoprzypadki”, jak nazywa te formy R. Laskowski, stają się początkiem nabywania i budowania fleksji jako najwcześniejszej dystynkcji morfologicznej. Dziecko uświadamia sobie, że to samo słowo może mieć różne końcówki gramatyczne w zależności od tego, co chcemy przekazać. Używa do tego m.in. takich procesów poznawczych jak kategoryzacja czy myślenie analogiczne. Niestety zrealizowano bardzo niewiele badań dotyczących kategorii przypadku w ontogenezie języka polskiego. Najobszerniejsze analizy przeprowadził E. Łuczyński w latach 1996–2003, które obejmują 47 prac naukowych (Łuczyński, 2004). Wyniki jego badań jasno pokazują, że „[d]ziecko w drugim roku życia (przede wszystkim w drugiej jego połowie) jest w stanie posługiwać się wszystkimi przypadkami gramatycznymi rzeczownika” (2004, s. 73, 78). Jest to zgodne z obserwacjami R. Laskowskiego, który twierdzi, że „pod koniec drugiego roku życia dziecko opanowało pełny inwentarz przypadku (polskiego i rosyjskiego), co jednak nie oznacza, że poprawnie przyswojony został system przypadkowy tych języków” (2009, s. 218–219). Każdy kolejny przypadek nabywany jest stopniowo, od funkcji najczęściej używanej, najbardziej charakterystycznej – centralnej. E. Łuczyński (2004) dokonał podziału kategorii przypadku na role, jakie pełnią w wypowiedziach dziecka rozwijającego system językowy. Jego obszerny opis przedstawia tabela 1, opracowana na potrzeby badań do pracy doktorskiej (Nallur, 2019). Kolejne przypadki oraz ich funkcje ułożone są chronologicznie według pojawiania się w wypowiedziach dzieci.

Tab. 1. Funkcje przypadków języka polskiego

Przypadek	Funkcje	Przykłady zdań
Mianownik	Funkcja podmiotu zdania (centralna), w tym wykonawcy czynności lub nosiciela stanu	<i>Mama gotuje obiad.</i> <i>Myszka ma ogonek.</i> <i>Kubek został zniszczony.</i>
	Szczególny rodzaj z czasownikiem <i>być</i> w funkcji określnika predykatywnego	<i>Tu jest banan.</i> <i>To auto.</i>
	Funkcja narzędnika (potocznie)	<i>Jestem motylek.</i> <i>Jestem tancerka.</i>
	Funkcja ekspresywno-imperatywna zarezerwowana dla wołacza (potocznie)	<i>Mama, poczekaj na mnie!</i> <i>Maja, chodź do kuchni.</i>
	Funkcja porównawcza (związek z przymiotnikiem)	<i>Głodny jak wilk.</i> <i>To wygląda jak zamek.</i>
Biernik	Funkcja obiektu czynności (centralna) biernik syntetyczny biernik analityczny (z przymikiem)	<i>Tata zapalił lampkę.</i> <i>Babcia upiekła ciasto.</i> <i>Gra w piłkę. Bawi się w dom.</i>
	Funkcja lokatywna (miejsce i kierunek) związany niekiedy z celem) biernik analityczny z przymkami: <i>na, w, nad, pod, przez, za</i> (najczęściej <i>na</i> i <i>w</i>)	<i>Helenka chce na rączki.</i> <i>Czapkę zakładamy na głowę.</i> <i>Miś uderzył się w nogę.</i> <i>W wakacje pojedziemy nad morze.</i> <i>Czerwony Kapturek szedł przez las.</i> <i>Piłka wpadła pod nogi.</i> <i>Ela wzięła lalę za rękę.</i>
	Funkcja temporalna najczęściej biernik analityczny z przymkami <i>w</i> i <i>za</i> Rzadziej biernik syntetyczny	<i>W sobotę przyjedzie babcia.</i> <i>To buty na zimę.</i> <i>Za chwilę poczytamy książkę.</i> <i>Za dwa dni idę do teatru.</i> <i>Cały dzień będę leżeć w łóżku.</i> <i>Jaś cały czas ogląda bajki.</i>
	Funkcja celu z przymkami <i>po</i> i <i>na</i>	<i>Tata zadzwonił po pana.</i> <i>Mama idzie do sklepu po pomidory.</i> <i>Pan idzie na grzyby.</i> <i>Dzieci idą na spacerek.</i> <i>Jedziemy na zakupy.</i>
	Funkcja sposobu	<i>Michał pływa na plecach.</i> <i>Idziemy do przedszkola na piechotę.</i>
	Funkcja atrybutywnego rzeczownika	<i>To auto jest na baterie.</i> <i>Moje buty są na rzepy.</i>

Przypadek	Funkcje	Przykłady zdań
Wołacz	Funkcja imperatywna (w korelacji z czasownikiem w trybie rozkazującym)	Mamo , wytrzymaj rączki. Tatusiu , czytaj bajkę. Babciu , kup mi bułeczkę.
	Funkcja zwrócenia uwagi odbiorcy	Wujku , tam jest księżyc. Mamusiu , zgubiłam spinę.
	Przy powitaniu lub pożegnaniu	Dzień dobry, pani Basiu . Pa, pa, wiewióreczko .
	Funkcja wyrażania emocji	O matko , ale gorąca woda! O Boże , ale się najadłam!
Dopełniacz (wielość funkcji)	Funkcja lokatywna (kierunek działania, umiejscowienie, punkt odniesienia – związana często z funkcją celu) dopełniacz analityczny z przymkami <i>do, z, u, koło, obok</i>	Marta jedzie do babci . Jutro mama i tata idą do kina . Julia przyszła z przedszkola . Dziewczynka spadła z kanapy . Byłam w sobotę u babci . Siedzę obok misia .
	Funkcja obiektu przy przeczeniach oraz po czasownikach m.in. <i>żądać, pragnąć, szukać, bać się, wstydzić się</i>	Nie lubię marchewki . Babcia nie oglądała bajek . Nie mam korony . Mama boi się pajęka . Tata szuka ołówka . Nie ma łyżki . Zobacz, nie ma sera . To auto jest bez koła .
	Szczególnie duża grupa rzeczowników po wyrażeniu <i>nie ma</i> Rzadko w wyrażeniu z przymkiem <i>bez</i>	Poproszę bułeczki . Babcia nałała soczu . Pani ma dużo kwiatków . Daj jeszcze miodu . Mam aż pięć naklejek .
	Funkcja kwantytatywna i partytywna (rzeczownik w znaczeniu obiektu częściowego, przy czym pomijane są często przez dziecko wyrażenia typu <i>dużo, mało, trochę</i>)	To jest szalik mamy . Olek był w domu cioci i wujka . To jest korona królowej . Idziemy na plac zabaw . Ten długopis jest do pisania . Alicja ma misia do spania . Buduje domek z klocków . To babka z piasku . Ola przyniosła lalkę z domu . Wiki dostała spinki od babci .
	Funkcja bezpośredniego określenia rzeczownikowego dopełniacz syntetyczny	Będziemy na dworze do wieczora . Oddaj książkę do piątku .
	dopełniacz analityczny w funkcji celu, źródła i sposobu z przymkami <i>do, z, od</i> związany również z funkcją lokatywną	Namalowałam rysunek dla tatusia . Te lody są dla Kuby .
	Funkcja temporalna	Pan ma duży brzuch od ciastek . Julia ma zimny nos od wiatru . Ala ma krostki od alergii .
	Funkcja beneficjenta	Jestem młodsza od Antosia . Mam więcej spinek od mamy .
	Funkcja przyczyny	
	Konstrukcje porównawcze	

Przypadek	Funkcje	Przykłady zdań
Miejscownik przypadek syntetyczny	Funkcja lokatywna (centralna) z przyimkami <i>na, w, przy i po</i> , w tym określenie <i>na górze, na dole, w środku</i>	<i>Telefon leży na stole.</i> <i>Byłem z tatą na basenie.</i> <i>Pudełko jest na górze.</i> <i>Kredki są w szufladzie.</i> <i>Tramwaj jedzie po torach.</i> <i>Ławka stoi przy ścianie.</i>
	Funkcja wskazywania na treść czy temat tekstu, wypowiedzi itp. z przyimkiem <i>o</i>	<i>To bajka o pszczołce.</i> <i>Tata opowiada o pracy.</i> <i>Babcia mówi mamie o szkole.</i>
	Funkcja temporalna z przyimkami <i>w, o</i>	<i>Tatuś przyjechał w nocy.</i> <i>Jem śniadanie o godzinie ósmej.</i>
	Funkcja określenia sposobu wykonania czynności dotycząca ubierania się i wyglądu z przyimkiem <i>w</i> dotycząca chodzenia, stania lub trzymania z przyimkiem <i>na</i>	<i>Jaś idzie na śnieg w rękawiczkach.</i> <i>Mama pięknie wygląda w tej sukience.</i> <i>Ładnie babci w czarnych włosach.</i> <i>Adaś chodzi na kolanach.</i> <i>Stawaliśmy w przedszkolu na palcach i piętach.</i> <i>Olek ma piłkę na gumce.</i>
	Funkcja narzędzia czynności z przyimkiem <i>na</i>	<i>On nie umie jeździć na rowerze.</i> <i>Ja gram na trójkącie.</i> <i>Pojechałam dziś do przedszkola na sankach.</i>
	z przyimkiem <i>w</i>	<i>Piłam soczek w kartoniku.</i> <i>Dziadek nosił ziemniaki w worku.</i>
Narzędnik	Funkcja nazwy osoby towarzyszącej czynności narzędnik analityczny z przyimkiem <i>z</i>	<i>Maja bawi się z Adasiem.</i> <i>Mama z tatą idą do restauracji.</i> <i>Będę spać z małpką.</i>
	Funkcja narzędzia czynności często z czasownikiem <i>bawić się</i> , jako środek transportu, narzędnik syntetyczny	<i>Jaś bawi się misiem.</i> <i>Michał maluje kredkami.</i> <i>Umiem jeść łyżką.</i> <i>Leciałem na wakacje samolotem.</i> <i>Pojedziemy do cioci pociągami.</i>
	Narzędnik akcesoryjny jako dodatkowa rzecz w jakimś działaniu, określenie rzeczownika określenie czasownika narzędnik analityczny z przyimkiem <i>z</i>	<i>Dostałam naklejkę z grzybkiem.</i> <i>Mama ma pierścionek z diamentem.</i> <i>Pan je kanapkę z serem i ogórkiem.</i> <i>Chłopiec ma ogródek z trampoliną.</i> <i>Umiem pływać z rękawkami.</i> <i>Tatuś przyszedł z zakupami.</i>
	Funkcja określenia orzekającego jako orzecznik z czasownikiem <i>być</i> lub <i>zostać</i>	<i>Byłem na balu piratem.</i> <i>Jestem już przedszkolakiem.</i> <i>Jak będę duża zostanę kosmonautą.</i>
	Funkcja temporalna narzędnik analityczny z przyimkiem <i>przed</i>	<i>Przed chwilą leciał bocian.</i> <i>Przed basenem zjadłam placki.</i> <i>Zrobiłem siusiu przed wyjściem.</i>

Przypadek	Funkcje	Przykłady zdań
Narzędnik (cd.)	Funkcja lokatywna narzędnik analityczny z przyimkami <i>nad, za, pod</i>	<i>W wakacje byłam nad morzem. Za domem dziadek rozpala grilla. Pani pomalowała się pod okiem.</i>
	Funkcja obiektu czynności narzędnik analityczny z przyimkami <i>za, z</i>	<i>Tęsknię za tatą. Na spacerze Ola idzie za Stasiem. Makaron pomieszaj z pomidorami.</i>
Celownik	Funkcja określenia osoby (rzadziej rzeczy), do której skierowane jest działanie	<i>Zaniosłam kapcie mamie. Dam dziadziusiowi buzi. Marysi potrzebna jest korona. Bruno powiedział pani, że chce wody.</i>

Źródło: Nallur, 2019.

Początkowo dziecko używa pojedynczych funkcji każdego z przypadków. Wraz z wiekiem poszerza ten wachlarz o coraz to nowe role, a jego wypowiedzi stają się obszerniejsze i bardziej złożone. Jeśli chodzi o chronologię nabywania poszczególnych przypadków przez dzieci jednojęzyczne, pierwszym przypadkiem jest oczywiście mianownik, następnie biernik, wołacz, dopełniacz, miejscownik i narzędnik w podobnym czasie oraz na końcu celownik.

Na podstawie dwóch badań dzieci dwujęzycznych R. Laskowskiego (2009) (dziewczynki polsko-rosyjskiej) oraz A. Nallur (2019) (dziewczynki polsko-indyjskiej) można tu zaobserwować różnice w nabywaniu kategorii przypadku między dziećmi monolingwalnymi i bilingwalnymi. U obu dziewczynek dwujęzycznych kolejność nabywania poszczególnych przypadków wygląda następująco: pierwszy jest mianownik jako najprostsza forma gramatyczna, następnie zamiast biernika pojawia się dopełniacz i w podobnym czasie celownik, biernik i miejscownik, a następnie narzędnik i na końcu wołacz. U obu badanych dziewczynek (polsko-rosyjskiej oraz polsko-indyjskiej) można dostrzec wpływ drugiego języka na pojawienie się wołacza. W języku rosyjskim ten przypadek w ogóle nie istnieje, natomiast w języku indyjskim (malajalm) przypadek ten zastępowany jest zazwyczaj mianownikiem. Zapewne jeszcze inaczej wyglądałyby wyniki badań dziecka polsko-angielskiego z drugim językiem bezfleksyjnym.

Oprócz różnic w kolejności nabywania przypadków polskich przez dziecko dwujęzyczne w porównaniu z dziećmi jednojęzycznymi wyniki badań pokazują również rozbieżności procentowego udziału ich użycia w wypowiedziach pod koniec 2. roku życia (tab. 2).

W porównaniu przedstawionym w tabeli 2. widać, że największą różnicę stanowi użycie wołacza. Dziecko dwujęzyczne posługuje się nim w znacznie mniejszym stopniu na rzecz mianownika niż dzieci jednojęzyczne. Użycie pozostałych przypadków (dopełniacza, biernika, celownika, narzędnika i miejscownika) jest podobne u dzieci monolingwalnych i dziecka bilingwalnego.

Tab. 2. Porównanie procentowego udziału użycia przypadków polskich przez dziecko dwujęzyczne (Nallur, 2019) oraz dzieci jednojęzyczne (Łuczyński, 2004) pod koniec 2. roku życia (ok. 23 miesięcy)

Przypadek	Procentowy udział w wypowiedziach dziecka dwujęzycznego (Nallur, 2019)	Procentowy udział w wypowiedziach dzieci polskojęzycznych (Łuczyński, 2004)
Mianownik	51%	30%
Dopełniacz	17%	11%
Celownik	3%	1%
Biernik	22%	32%
Narzędnik	1%	2%
Miejscownik	1%	2%
Wołacz	5%	22%

Źródło: opracowanie własne.

Wyniki badań pokazują, że próby użycia końcówek fleksyjnych zarówno u dzieci jednojęzycznych, jak i dwujęzycznych pojawiają się już w 2. roku życia, a w 3. roku następuje rozwój ich funkcji (Zarębina, 1965; Smoczyński, 1955, s. 207; Sawicka, 1992, s. 109; Cieszyńska, 2000; Łuczyński, 2004). Trzeba tu zatem wyraźnie podkreślić, że w stosunku do języka polskiego diagnostyczna powinna być nie tylko liczba wypowiedzianych słów oraz łączenie ich w zdania po 2. roku życia, ale także próby używania kategorii gramatycznej przypadku. Jeśli takich prób nie ma, specjalista powinien postawić diagnozę opóźnionego rozwoju mowy i jak najszybciej rozpocząć terapię programowania języka, aby dziecko osiągnęło normatywny etap rozumienia i nabywania mowy. Komunikacja dziecka z otoczeniem nie opiera się bowiem jedynie na realizowaniu słów, ale przede wszystkim na gramatycznej organizacji w zdania, a następnie w bardziej złożone wypowiedzi. Konieczna jest zatem zmiana tendencji diagnozowania rozwoju mowy dziecka w kategoriach ilościowych wypowiedzianych słów na rzecz jakościowego badania rozwoju morfologii. Ma to ogromne znaczenie zarówno dla dzieci jednojęzycznych, u których wcześniej można zdiagnozować zaburzenie, ale również u dzieci dwujęzycznych, które – jak pokazują badania J. Cieszyńskiej w Austrii, Francji, Irlandii, Niemczech, Norwegii, Szwajcarii, Wielkiej Brytanii, Włoszech, Korei Południowej – „nie znają reguł łączenia wyrazów” (Cieszyńska, 2017, s. 11). „Trzeba z całą mocą stwierdzić, że dziecko, które do końca drugiego roku życia nie łączy dwóch wyrazów, nie buduje pierwszych zdań będzie miało ogromne trudności z przyswojeniem drugiego języka. Dzieci, które nie opanowały gramatyki języka etnicznego do czwartego roku życia, nie mają szans na rozwijanie logicznego myślenia, pozostają na etapie myślenia obrazowego, silnie związanego z prawą półkulą mózgu. To utrudnia naukę czytania i na wiele lat blokuje czytanie ze zrozumieniem, a tym samym dalszą drogę kształcenia” (Cieszyńska, 2006, s. 58). Ponadto w przypadku nabywania języka polskiego w obcym otoczeniu językowym (jak u polskich emigrantów) nabywanie kategorii przypadku nie tylko zostaje zakłócone, ale formy nabyte mogą również zostać utracone, jeśli niewystarczające

są czas oraz liczba osób posługujących się językiem polskim w otoczeniu dziecka. Taki rozpad języka polskiego opisał R. Laskowski (2009), który przeprowadził badania z udziałem 133 dzieci polskich imigrantów w Szwecji. Konkluzja jego badań jest niezmiernie bolesna. W przypadku rodziców, którzy zamiast posługiwać się w domu językiem swojego kraju, próbowali przejść z dziećmi na język kraju osiedlenia, „w rezultacie jedynym językiem, z jakim dziecko obcuje na co dzień w życiu rodzinnym, jest sprymitywizowany, ubogi leksykalnie, kaleki gramatycznie, stylistycznie niezniuansowany język” (Laskowski, 2009, s. 11). „W sytuacji, gdy zarówno pierwszy, jak i drugi język został opanowany w stopniu niewystarczającym, konsekwencje stanowią liczne problemy m.in. emocjonalne, psychologiczne i tożsamościowe” (Błasiak-Tytuła, 2013, s. 329). Najważniejsza w budowaniu kompetencji językowych jest tu zatem rola rodziców. Dzięki ich ciężkiej, świadomej i konsekwentnej pracy dziecko dwujęzyczne ma szansę rozwinąć głębokie relacje rodzinne, a następnie społeczne, którego podstawą jest zawsze język i dialog. Oprócz tego udowodniono również, że dzieci bilingwalne przy dwujęzyczności pełnej cechuje efektywniejsze rozwiązywanie problemów, wyższy poziom elastyczności poznawczej, kreatywności i wielozadaniowości, a także posiadają one lepsze zdolności organizacji i planowania oraz abstrahowania i kategoryzowania (Kurcz, 2000, s. 176). W jaki sposób pomóc dzieciom dwujęzycznym rozwinąć ich oba systemy językowe, a w konsekwencji dać im też szansę na dynamiczny rozwój poznawczy i intelektualny? Powinny one zostać objęte programem wspierającym stymulację rozwoju mowy, dzięki któremu przy odpowiedniej ekspozycji na oba języki doprowadzi do dynamicznego ich rozwoju.

Proponowany program stymulacji mowy wywodzi się z terapii neurobiologicznej Metody Krakowskiej oraz zawiera:

1. program słuchowy, który można zacząć nawet w 6. miesiącu życia,
2. dzienniki wydarzeń prowadzone w obu językach przez rodowitych ich użytkowników razem z dzieckiem,
3. *Symultaniczno-Sekwencyjną Naukę Czytania®*,
4. programowanie języka,
5. rezygnację z wysokich technologii.

Zakończenie

Powstało wiele badań i prac nad rozwojem języka dzieci dwujęzycznych. Znaczna ich większość dotyczy jednak języka angielskiego, który jest językiem bezfleksyjnym. W przypadku języka polskiego jednym z kluczowych wyznaczników diagnostycznych prawidłowego nabywania mowy powinna być również obserwacja rozwoju kategorii gramatycznej przypadku. Jak pokazują normy oraz wyniki badań dzieci dwujęzycznych, dziecko do końca 2. roku życia podejmuje udane lub mniej udane próby użycia wszystkich końcówek fleksyjnych rzeczownika, a w kolejnym roku życia rozszerza ich funkcje. Rozwój deklinacji, czyli kategorii gramatycznej przypadku, należy zatem stymulować i programować u dzieci dwujęzycznych jak najwcześniej, aby zoptymalizować ich umiejętności językowe. Te z kolei wpływają na rozwój intelektualny oraz wyższy i bardziej harmonijny poziom funkcji poznawczych.

Bibliografia

- Baker C. (2006). *Foundation of bilingual education and ilingualism*. Clevedon: Multilingual Matters.
- Butler Y.G., Hakuta K. (2006). Bilingualism and Second Language Acquisition. W: T.K. Bhattia, W.C. Ritchie (red.), *The handbook of bilingualism* (s. 114–145). Malden–Oxford–Victoria: Blackwell Publishing.
- Błasiak-Tytuła M. (2011). Kilka uwag na temat bilingwizmu. W: M. Michalik (red.), *Biologiczne uwarunkowania rozwoju i zaburzeń mowy* (s. 220–237). Kraków: Collegium Columbinum.
- Błasiak-Tytuła M. (2013). Kompetencje językowe bilingwalnych bliźniaczek. W: M. Michalik, A. Siudak, H. Pawłowska-Jaroń (red.), *Interakcyjne uwarunkowania rozwoju i zaburzeń mowy* (s. 317–330). Kraków: Collegium Columbinum.
- Conboy B., Thal D. (2006). Two languages, one developing brain: Event-related potentials to words in bilingual toddlers. *Development Science*, 9, F1–F12.
- Cieszyńska J. (2000). *Od słowa przeczytanego do wypowiedzianego. Droga nabywania systemu językowego przez dzieci niesłyszące w wieku poniemowlęcym i przedszkolnym*. Kraków: Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej.
- Cieszyńska J. (2006). *Kto mówi w Szwajcarii po polsku?*, https://centrummetodykrakowskiej.pl/media/upload/site/0/12/file/51ac86c0bb11456f931a7145820cc5c4_Kto%20m%C3%B3wi%20w%20Szwajcarii%20po%20polsku_.pdf (dostęp 28.12.2023).
- Cieszyńska J. (2013). *Metoda Krakowska wobec zaburzeń rozwoju dzieci*. Kraków: Wydawnictwo Omega Stages Systems.
- Cieszyńska J. (2018). *Jak kształtować dwujęzyczność zrównoważoną. Biografia językowa Julii*. W: B. Hufeisen, D. Knorr, P. Rosenberg, C. Schroeder, A. Sopata, T. Wicherkiewicz, (red.), *Sprachbildung und Sprachkontakt im deutsch-polnischen Kontext* (s. 139–160). Berlin: Peter Lang.
- Cummins J. (2000). *Language, power and pedagogy: Bilingual children in the crossfire*. Clevedon: Multilingual Matters.
- Genesee F. (2003). Rethinking bilingual acquisition. W: J.M. Dewaele (red.), *Bilingualism: Challenges and directions for future research* (s. 158–182). Clevedon: Multilingual Matters.
- Jurkowski A. (1975). *Ontogeneza mowy i myślenia*. Warszawa: WSiP.
- Kurcz I. (2000). *Psychologia języka i komunikacji*. Warszawa: Scholar.
- Laskowski R. (2009). *Język w zagrożeniu. Przyswajanie języka polskiego w warunkach polsko-szwedzkiego bilingwizmu*. Kraków: Universitas.
- Lipińska E. (2003). *Język ojczysty, język obcy, język drugi. Wstęp do badań dwujęzyczności*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- 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.
- Maneva B., Genesee F. (2002). Bilingual babbling: Evidence for language differentiation in dual language acquisition. W: B. Skarabela, S. Fish, A.H.-J. Do (red.), *Proceeding of the 26th Boston University Conference on Language Development* (s. 383–392). Boston: Samerville.

- Marchman V., Martinez-Sussman C., Dale P. (2004). The language – specific nature of grammatical development: Evidence from bilingual language learners. *Developmental Science*, 7, 212–224.
- Nicoladis E., Secco G. (2000). Productive vocabulary and language choice. *First Language*, 20(58), 3–28.
- Nallur A. (2019). *Rozwój mowy dziecka w środowisku bilingwalnym*. Kraków: nieopublikowana praca doktorska.
- Oller D.K., Eilers R.E., Urbano R., Cobo-Lewis A.B. (1997). Development of precursors to speech in infants exposed to two languages. *Journal of Child Language*, 24, 407–426.
- Padilla A.M., Liebman E. (1975). Language acquisition in the bilingual child. *Bilingual Review*, 2(1–2), 34–55.
- Paradis J., Genesee F. (1996). Syntactic acquisition in bilingual children: Autonomous or interdependent? *Studies in Second Language Acquisition*, 18, 1–25.
- Patterson J.L., Pearson B.Z. (2004). Bilingual lexical development: Influences, contexts, and processes. W: B.A. Goldstein (red.), *Bilingual language development & disorders in Spanish – English speakers* (s. 77–104). Baltimore: Brookes.
- Pearson B., Fernandez S., Lewedeg V., Oller D.K. (1997). The relation of input factors to lexical learning by bilingual infants. *Applied Psycholinguistics*, 18, 41–58.
- Sawicka G. (1992). Ewolucja kodu i języka w procesie kształtowania się mowy małego dziecka. W: W. Lubaś (red.), *Socjolingwistyka XII–XIII* (s. 97–112). Kraków: IJP PAN.
- Smoczyński P. (1955). *Przyswajanie przez dziecko podstaw systemu językowego*. Łódź: Łódzkie Towarzystwo Naukowe, Zakład. im Ossolińskich.
- Spitzer M. (2013). *Cyfrowa demencja. W jaki sposób pozbawiamy rozumu siebie i swoje dzieci*. Słupsk: Dobra Literatura.
- Weinreich U. (1974). *Languages in contact: Findings and problems*. The Hague: Mouton.
- Zarębina M. (1965). *Kształtowanie się systemu językowego dziecka*. Wrocław–Warszawa–Kraków: PAN, Zakład im. Ossolińskich.

Agnieszka Olczak

Fundacja Edukacja – Demokracja – Rozwój, Zielona Góra

ORCID 0000-0002-4081-8216

Komunikacja społeczna jako jedna z kluczowych kompetencji przyszłości. O potrzebie budowania wzorca podmiotowej komunikacji od dzieciństwa

**Social communication as one of the key competences of the future.
About the need to build a model of subjective communication from childhood**

Streszczenie

W artykule autorka ukazuje znaczenie komunikacji społecznej jako kompetencji kluczowej dla życia człowieka. Opisuje jej rolę w życiu człowieka mierzącego się ze zmianami dokonującymi się w stylu życia współczesnego społeczeństwa. Optymalny czas dla rozwoju tej kompetencji autorka dostrzega w dzieciństwie, w rodzinie i edukacji przedszkolnej, czyli w pierwszych latach życia, kiedy budowane są rozwojowe fundamenty w tym zakresie. Podkreśla potrzebę budowania wzorca podmiotowej komunikacji od pierwszych lat życia, ukazując ich wagę dla opanowywania wzorców komunikacyjnych, otwartości na dialog, szacunku dla rozmówcy i opanowania sztuki słuchania. Przybliży umowę jako metodę wychowania, sprzyjającą wprowadzaniu człowieka w świat porozumienia opartego na dialogu i podmiotowych wzorcach.

Słowa kluczowe: komunikacja społeczna, kompetencje, kompetencje kluczowe, umowa społeczna, dialog

Abstract

In her article, the author shows the importance of social communication as a key competence for human life. She describes its role in the life of a person facing the changes that are taking place in the lifestyle of modern society.

The author sees the optimal time for the development of this competence in childhood, in the family and preschool education, that is, in the first years of life, where the developmental foundations in this area are built. She emphasizes the need to build a pattern of subjective communication from the first years of life, showing their importance for mastering communication patterns, openness to dialogue, respect for the interlocutor and mastering the art of listening.

He introduces the contract as a method of education conducive to bringing a person into the world of understanding based on dialogue and subjective patterns.

Keywords: social communication, competencies, core competencies, social contract, dialogue

Bernd Latour w *Sztuce komunikacji* napisał, że „[...] komunikacja nie tylko wywiera ogromny wpływ na nasze życie, lecz jest także jego częścią – stanowi znanie naszego człowieczeństwa” (Latour, 2007, s. 13). W dobie odkrywania możliwości sztucznej inteligencji, obserwowanych zmian społecznych, rosnącego tempa życia, odczuwanej powierzchowności relacji doświadczamy też zmian w katalogu kompetencji znaczących na rynku pracy z myślą o bliższej i dalszej przyszłości. Zastanawiamy się nad tym, jak sprawnie, skutecznie odnajdywać się w nowej rzeczywistości? Co współcześnie jest nam potrzebne? W jakie własne kompetencje warto obecnie inwestować swój tak cenny czas i wysiłki?¹

Wiemy już, że stoimy wobec potrzeby nieustannego aktualizowania swej wiedzy i podnoszenia własnych kompetencji. *Life long learning* nie jest tylko nośnym hasłem edukacyjnym, ale rzeczywistym wyzwaniem, bo tylko tą drogą możemy budować swój życiowy, w tym zawodowy, sukces – uczyć się szybko adaptować do zmian, do nowych oczekiwań. Gabriela Rosen Kellerman i Martin Seligman (2023) wskazali pięć psychologicznych supermocy, które według ich badań mają istotne znaczenie dla dobrostanu, poczucia spełnienia i pozytywnego rozwoju na rynku pracy w XXI wieku. Należą do nich: a) rezyliencja, b) odnalezienie sensu i znaczenia (motywacja do działania), c) szybkie nawiązywanie relacji międzyludzkich, by wzmocnić wsparcie społeczne, więzi z innymi, d) prospekcja – metaumiejętność, dzięki której wyprzedzamy zmianę oraz e) kreatywność i innowacyjność (Kellerman, Seligman, 2023, s. 25–26).

Zwróćmy uwagę zwłaszcza na punkt dotyczący nawiązywania relacji dla wzmocnienia społecznych więzi, okazywania sobie tak bardzo potrzebnego wsparcia. To obszar związany z kompetencjami miękkimi, które będą najbardziej pożądane i deficytowe w dobie postępu technologicznego. Wśród umiejętności zawartych w różnych modelach kompetencji XXI wieku systematycznie wymienia się cztery: kreatywność, krytyczne myślenie, komunikację i kooperację. To słynne 4K (Lamri, 2021, s. 122). Wskazane kompetencje „wydają się najmniej skomputeryzowanymi umiejętnościami” (Lamri, 2021, s. 123), są znaczące dla rozmowy o dobrostanie współczesnego człowieka, jego szans edukacyjnych i na rynku pracy. A samo znaczenie rozwoju umiejętności komunikowania się, krytycznego odbioru treści (także medialnych), budzenie samoświadomości, a dzięki temu budowanie społeczeństwa demokratycznego, respektującego prawo wolności słowa w duchu humanizmu, szacunku dla drugiego

¹ Niniejszy artykuł ma charakter teoretyczny, jest analizą podjętego zagadnienia i stanowi wycinek ogólnych analiz i poszukiwań autorki wokół problematyki wychowania w duchu dialogu, właściwych wzorców komunikacji, z tego względu nie zawiera opisu metodologii badań ani prezentacji wyników badań własnych, które szeroko opisane zostały w zwartych opracowaniach, między innymi: Olczak A. (2010). *Umowa społeczna z dzieckiem jako droga ku demokracji w wychowaniu*. Zielona Góra: Wydawnictwo Uniwersytetu Zielonogórskiego; Olczak A. (2015). *Umowa z dzieckiem w przedszkolu*. Zielona Góra: Wydawnictwo FEDR.

człowieka to współczesne wyzwanie podkreślane w dokumentach Komisji Europejskiej, UNESCO, UNICEF. Nie są to zagadnienia nowe. Podnoszone były już w licznych publikacjach i raportach z końca XX i początków XXI wieku, np. Raport dla UNESCO – *Edukacja. Jest w niej ukryty skarb* (1998), *Przyszłość świata* (2001) oraz w licznych publikacjach (por. Dudzikowa, 1996; Retter, 2005; Waloszek, 2011; Kwiatkowska, 2015; Ogonowska, 2013, 2018).

Kompetencje kluczowe

Zanim przejdziemy do analizy tytułowej kompetencji – komunikacji społecznej, warto zatrzymać się przez chwilę nad samym pojęciem kompetencji i tzw. kompetencji kluczowych. W tej części opracowania skupiono się głównie na odniesieniu do Zaleceń Rady UE z 22 maja 2018 roku – 2018/C, bowiem to właśnie ten dokument dokładnie precyzuje i dotyka podjętego w tekście zagadnienia.

Według wskazanego dokumentu *kompetencja* to, mówiąc najogólniej, połączenie wiedzy, umiejętności i postaw, definiowane następująco:

- a) „na wiedzę składają się fakty i liczby, pojęcia, idee i teorie, które są ugruntowane i pomagają zrozumieć określoną dziedzinę lub zagadnienie;
- b) umiejętności definiuje się jako zdolność i możliwość realizacji procesów i korzystania z istniejącej wiedzy do osiągnięcia wyników;
- c) postawy opisują gotowość i skłonność do działania lub reagowania na idee, osoby lub sytuacje” (Zalecenia Rady z dnia 22 maja 2018 roku – 2018/C).

W tym samym dokumencie wskazano, że *kompetencje kluczowe* to „te kompetencje, których wszyscy potrzebują do samorealizacji i rozwoju osobistego, zatrudnienia, włączenia społecznego, zrównoważonego stylu życia w pokojowych społeczeństwach, kierowania życiem w sposób prozdrowotny i aktywnego obywatelstwa. Rozwija się je w perspektywie całościowej edukacji, począwszy od wczesnego dzieciństwa, przez całą dorosłość, za pomocą uczenia się formalnego, pozaformalnego i nieformalnego, we wszystkich kontekstach, w tym w rodzinie, szkole, miejscu pracy, sąsiedztwie i innych społecznościach” (Zalecenia Rady z dnia 22 maja 2018 roku – 2018/C).

Rada UE wyróżniła osiem kompetencji kluczowych:

1. kompetencje w zakresie rozumienia i tworzenia informacji,
2. kompetencje w zakresie wielojęzyczności,
3. kompetencje matematyczne oraz kompetencje w zakresie nauk przyrodniczych, technologii i inżynierii,
4. kompetencje cyfrowe,
5. kompetencje osobiste, społeczne i w zakresie uczenia się,
6. kompetencje obywatelskie,
7. kompetencje w zakresie przedsiębiorczości,
8. kompetencje w zakresie świadomości i ekspresji kulturalnej (Zalecenia Rady z dnia 22 maja 2018 roku – 2018/C).

Wskazano przy tym, że takie umiejętności jak krytyczne myślenie, rozwiązywanie problemów, praca zespołowa, umiejętności komunikacyjne i negocjacyjne, umiejętności analityczne, kreatywność i umiejętności międzykulturowe są elementem wszystkich

kompetencji kluczowych. W dalszej części tego opracowania analizie poddano kompetencję komunikacji, ale tylko w wycinkowym wymiarze – rozwoju umiejętności komunikowania się w pierwszych latach życia i znaczenia dzieciństwa dla rozwoju tej sprawności z myślą o całożyciowym funkcjonowaniu człowieka. Nie wyczerpuję w tym artykule złożoności zagadnienia, raczej zarysowuję kontekst, który jest przeze mnie badany i opisywany już nie tylko w odniesieniu do dzieciństwa, ale także jako kompetencja rzutująca na życiowy sukces w życiu człowieka.

Rola dzieciństwa w rozwijaniu kompetencji komunikacyjnych

Wśród licznych kompetencji, współcześnie odgrywających coraz większe znaczenie, bardzo często wymieniana jest właśnie komunikacja społeczna. „Komunikowanie się to jeden z najstarszych procesów społecznych [...]. Współcześnie nie sposób wyobrazić sobie nowoczesnych społeczeństw, które nie komunikują się ze sobą. Procesy komunikacyjne stanowią fundament społeczeństwa, bez którego nie mogłoby ono funkcjonować, a wraz z upływem lat pojawiają się nowe sposoby na to, by komunikowanie się było jeszcze prostsze i bardziej pomocne. Ponadto umiejętność efektywnej komunikacji jest uznawana za jedną z najważniejszych kompetencji XXI wieku. Według Carnegie Institute of Technology aż 85% sukcesów zawodowych i prywatnych zależy od komunikowania się i budowania relacji z ludźmi” (Zieliński, 2022, s. 60–61). I tu przechodzimy do istoty, bo skoro rola komunikacji jest tak fundamentalna dla naszego życia we wszystkich jego wymiarach, należy rozwijać w sobie wysoką sprawność w jej stosowaniu. Jednak obserwacja różnych grup społecznych wskazuje, że wcale nie jest to łatwe, a wiele osób ma realne problemy w skutecznym porozumiewaniu się z innymi – zarówno bliskimi, jak i obcymi im osobami. Liczne dostępne treningi, szkolenia mogą być pomocne w podnoszeniu wskazanej kompetencji, ale tak naprawdę jej fundament powstaje znacznie wcześniej – w dzieciństwie. To pierwsze lata życia wyposażają nas w zdolność artykułowania swoich potrzeb, oczekiwań, to wtedy intensywnie rozwijamy zasoby słownikowe, ćwiczymy się w umiejętności słuchania innych. Właśnie doświadczenia z dzieciństwa nie zostają bez wpływu na to, czym dla nas jest proces komunikacji, jak traktujemy w nim innych i siebie, co jest dla nas ważne i z jaką intencją wchodzimy w sytuacje komunikacyjne. W pierwszych latach życia zdobywamy wzorce budowania relacji, stylu komunikacji, podejścia do drugiego człowieka, kształtujemy przekonania co do tego, jaką rolę mamy w tym obszarze do odegrania i jak może cały proces przebiegać.

To w pierwszych latach życia tworzą się podstawy wszelkich zachowań człowieka – również tych językowych. Już trzyletnie dziecko operuje około tysiącem słów, 80% jego wypowiedzi jest zrozumiałych nawet dla obcych. Zaledwie rok później język dziecka jest już tak dobrze ukształtowany, że odchylenia od normalnego języka dorosłych dotyczą częściej stylu wypowiedzi aniżeli gramatyki (Shugar, Smoczyńska, 1980, s. 210).

W dzieciństwie, a zwłaszcza w wieku przedszkolnym, dziecko odwzorowuje językowo tylko to, czego doświadcza zmysłowo i co jest dostępne jego bezpośredniej obserwacji. Przyswaja sobie wówczas wyrażenia językowe, obserwując przedmioty

i zdarzenia (Czelakowska, 1996, s. 19). Z tego względu tak ważne jest to, z jakimi wzorcami będzie miało kontakt, czy stale będzie otrzymywało komunikaty będące nakazami i zakazami, czy też będzie uczyło się właśnie podmiotowej komunikacji. Pobudzając jego myślenie, kreatywność, ucząc wypowiadania własnego zdania, możemy ukazać dzieciom społecznie pożądany sposób komunikowania się z otoczeniem, związany z poszanowaniem innych ludzi i ich poglądów.

Podmiotowa komunikacja od dzieciństwa

Na pożądany styl komunikacji, którą będzie można określić mianem podmiotowej, składa się co najmniej kilka ważnych elementów, takich jak: obustronny szacunek, w tym poważne traktowanie dziecka przez dorosłego, przyjęcie przez nauczyciela postawy dialogu, rozmowa w diadzie nauczyciel–dziecko wpisująca się w swej istocie w zrównoważony układ, bez zbędnej dominacji żadnej ze stron, stałe uczenie dzieci mówienia, wyrażania własnego zdania, ale także słuchania innych i tworzenie ku temu licznych okazji, a w końcu systematyczne, poprawne stosowanie umowy społecznej jako metody wychowania.

Jak wskazuje D. Waloszek, jedna z zasad edukacji, jaką jest porozumiewanie się, okazuje się najszerzej negatywnie obciążona powszechną opinią o dzieciach. Wśród dorosłych dominuje bowiem przekonanie o niższej wartości dziecka, co usprawiedliwia, w ich mniemaniu, nakazowo-rozdzielczy rodzaj relacji (Waloszek, 2006, s. 179).

Pożądane jest przyjęcie przez nauczyciela postawy dialogu, w którym upatruje się obecnie pewnej idei określającej sposób myślenia o wychowaniu, jako uniwersalnej podstawy sytuacji edukacyjnej (Kubiak, 1996, s. 71). Według M. Bubera dialog jest postawą, w której rodzi się wspólnota wychowawcy i wychowanków (Buber, 1993). Wspólnota ta oparta jest na szacunku, otwartości, zaufaniu, budowaniu poczucia bezpieczeństwa i wzajemnej akceptacji.

„Dziecko i nauczyciel wnoszą do przestrzeni edukacyjnej własne kody porozumiewania się (kompetencję językową), własne doświadczenia w zakresie kompetencji komunikacyjnej (nawyki, normy, sposoby, rodzaje środki)” (Waloszek, 2006, s. 180). Dzięki przyjęciu idei podmiotowej komunikacji nie będzie dochodziło do sytuacji, by któraś ze stron procesu była zobligowana do rezygnacji z własnego kodu porozumiewania, jak ma to powszechnie miejsce w przypadku dzieci wobec nauczycielskich doświadczeń i wiedzy. Oczywiście i niepodważalna jest nierówność wiedzy, władzy, pól decyzyjnych. Różnica ta nie powinna jednak uprawomocniać nieuzasadnionej, bezkompromisowej, uprzedmiotowiającej dziecko dominacji nauczyciela. Może natomiast być podstawą dla budowania relacji podmiotowych w diadzie nauczyciel–dziecko. Daje sposobność do prowadzenia dzieci w kierunku umowy, porozumienia, kompromisu, negocjowania, zachęcania do rozmowy, wyrażania siebie itp.

Opisywana przez D. Waloszek zasada porozumiewania się „nakłada na nauczyciela konieczność odejścia od uwzględniania transmisji wiedzy (dominującej w edukacji adaptacyjnej) na rzecz interakcyjności i transakcyjności w komunikowaniu (się)” (Waloszek, 2006, s. 182). Jedną z dróg wspierania podmiotowego stylu porozumiewania się w diadzie nauczyciel–dziecko może być zachowanie, przywołanego

wcześniej, zrównoważonego układu w prowadzonych w procesie kształcenia rozmowach dorosłego z dziećmi (Olczak, 2006a, 2006b). W układzie tym nie ma dominacji ani nauczyciela, ani dzieci. Nauczyciel określa sekwencje ekspozycji słownej dziecka, ustala pewien porządek wypowiedzi, by w ten sposób dać możliwość artykułowania własnych racji obu stronom rozmowy. Choć ze względu na właściwości językowe i komunikacyjne jest to niezwykle trudne – nauczyciel dyscyplinuje uczestników i prowadzi do puenty, uznaje prawo do głosu każdego uczestnika. Układ ten stanowi przejaw demokratyzmu, który charakteryzuje odpowiedzialność za słowo (ibidem). Wiedząc, że dziecko uczy się, naśladowując nas dorosłych, dajmy mu wzór takiego podejścia – pełnego szacunku dla zdania drugiego człowieka, jego zainteresowań, opinii i propozycji. I, co ważne, czynmy to już od najmłodszych lat. To w przedszkolu dziecko otwiera się na innych, uczy funkcjonowania w grupie, poszukuje optymalnych form komunikacji zarówno z rówieśnikami, jak i dorosłymi. W tym też okresie tworzą się fundamenty zachowań demokratycznych, opartych między innymi na tolerancji, negocjacjach, kompromisie. Bawiąc się, dziecko rozmawia, a to, w jaki sposób to czyni, zależy w głównej mierze od wzorców zaobserwowanych u ważnych dla niego dorosłych – nauczyciela i rodziców.

Umowa – metoda uczenia podmiotowej komunikacji

Jedną z optymalnych metod demokratyzacji relacji w diadzie nauczyciel–dziecko, także w zakresie wzorców komunikacji, wyboru dróg porozumiewania się, jest umowa społeczna – powszechnie (tylko czy poprawnie?) stosowana w pracy wychowawczej nauczycieli już od etapu przedszkolnego (por. Olczak, 2010, 2015).

W swej istocie umowa ma godzić interes jednostki z interesem wspólnoty. Jest łącznikiem między polami wolności i powinności człowieka (zarówno dziecka, jak i dorosłego). Umowa społeczna jest wynegocjowanym stanowiskiem, rozwiązaniem, często opartym na zdaniu większości i wypracowanym kompromisie. W grupie przedszkolnej, która jest pierwszym i najważniejszym środowiskiem, w którym możliwe jest wprowadzenie umowy, stanowi ona sposób jasnego usytuowania i uczenia usytuowania się przez dziecko wobec innych ludzi i zjawisk, na równych prawach. Wszystkie osoby zawierające umowę (i dzieci, i nauczyciel) są w jednakowym stopniu zobowiązane do jej respektowania.

Stosowanie umowy społecznej w przedszkolu jako metody wychowania ma bardzo szerokie znaczenie socjalizacyjne, rozwojowe i wychowawcze. Ze względu jednak na problematykę niniejszego opracowania skoncentruję się na jednym z aspektów – na jej znaczeniu w budowaniu podmiotowych relacji oraz roli w uczeniu dzieci komunikacji opartej na szacunku wobec innych osób.

Szczególne znaczenie w kontekście rozważań nad zagadnieniem umowy w wychowaniu dzieci w wieku przedszkolnym ma fakt, iż w tym czasie ma miejsce „budowanie rusztowania” (Bruner, 1975), które będzie stanowiło trzon nawyków językowych i komunikacyjnych człowieka w dalszym życiu. Będzie ono swoistym punktem odniesienia, do którego często w sposób zupełnie nieuświadomiony będzie się on odwoływał w procesie komunikacji z drugim człowiekiem. Od jakości tego „rusztowania”

zależały będą nawyki językowe danej osoby, jej styl i kultura rozmowy. Właściwie stosowana umowa, która w swej istocie oparta jest na szacunku dla zdania innych, kompromisowości, odpowiedzialności za słowo, dbałości o formułę – takiego stylu będzie uczyła. Nieustanne stosowanie w wychowaniu najmłodszych języka zakazów, nakazów, dyrektywnego prowadzenia rozmowy, narzucanych rozstrzygnięć – nie przyczynia się do uczenia trudnej sztuki dialogu. Z tego względu ważne wydaje się staranie o to, by równorzędnie dla rozwoju mowy i kompetencji komunikacyjnych prezentować dziecku możliwie najlepsze wzorce w stylu konwersacji, uczyć szacunku dla drugiego człowieka, co można okazać również poprzez odpowiedni język.

Porozumiewanie jest działaniem dwukierunkowym: zarówno mówca, jak i słuchacz muszą przekazać, odebrać i zrozumieć wiadomość, jeśli chcą by cały proces był skuteczny (Clark, Ireland, 1998, s. 24–25). Te umiejętności niezbędne są także podczas zawierania umowy, która oparta jest na porozumieniu, która musi być ustalona wspólnie i w pełni zrozumiała dla wszystkich uczestniczących w procesie jej zawarcia. Jak dowodzi D. Barnes, uczenie się porozumiewania stanowi rdzeń edukacji (1988, s. 19). Jego zdaniem nauczyciel i dzieci – poprzez określony sposób posługiwania się językiem – wspólnie tworzą kontekst społeczny, czyli system porozumiewania się, co następnie kształtuje zakres strategii językowych stosowanych przez dzieci w toku ich działań (ibidem, s. 36). Stosowanie umowy społecznej przez nauczyciela może zatem uczyć dzieci jej samodzielnego stosowania przez nie w toku zabaw, podczas rozwiązywania zadań i w różnych innych sytuacjach w przedszkolnej rzeczywistości. By tak się jednak stało, edukacja musi być rozumiana jako fakt w życiu człowieka, jako współdziałanie pomagające człowiekowi zorganizować życie w perspektywie indywidualnej i społecznej (Waloszek, 1997, s. 132).

Podsumowanie

Gdy obserwujemy to, w jaki sposób komunikujemy się w różnych sytuacjach społecznych, z całą pewnością widzimy, jak dużo jest do zmiany. Nerwowość, agresja, trudności w prowadzeniu dialogu i wsłuchiwanie się w argumenty innych osób, brak umiejętności doprowadzania do kompromisów, brak gotowości do ustępstw indywidualnych na rzecz dobra wspólnego – to tylko niektóre z obserwowanych barier w budowaniu podmiotowej komunikacji. Odnosi się wrażenie, że przedstawione niedostatki powinny wyznaczać kierunki pracy nauczycieli, zwłaszcza nauczycieli przedszkoli. Tak się jednak nie dzieje zbyt często. A to właśnie nauczyciele najmłodszych mają kontakt z tą grupą społeczną, która tej komunikacji dopiero się uczy, analizuje otrzymywane wzorce i je internalizuje. W myśl przysłowia „Czym skorupka za młodu...” warto z dużą starannością przemyśleć, co prezentujemy dzieciom, jakie doświadczenia dzięki nam gromadzą i do czego prowadzą nasze działania z myślą nie tylko o bliższej, ale też dalszej przyszłości.

Bibliografia

- Barnes D. (1988). *Nauczyciel i uczniowie. Od porozumiewania się do kształcenia*. Warszawa: WSiP.
- Bruner J. (1975). From communication to language: A psychological perspective, *Cognition*, 3, 255–287.
- Buber M. (1993). *Problem człowieka*. Warszawa: Spacja.
- Clark L., Ireland C. (1998). *Uczymy się mówić, mówimy by się uczyć*. Poznań: Rebis.
- Czelakowska D. (1996). *Twórczość a kształcenie języka dzieci w wieku wczesnoszkolnym*. Kraków: Impuls.
- Delors J. (red.). (1998). *Edukacja. Jest w niej ukryty skarb. Raport dla UNESCO Międzynarodowej Komisji do spraw Edukacji dla XXI wieku*. Warszawa: Stowarzyszenie Oświatowców Polskich.
- Dudzikowa M. (red.). (1996). *Nauczyciel – uczeń. Między przemocą a dialogiem: obszary napięć i typy interakcji*. Kraków: Impuls.
- Kellerman G.R., Seligman M. (2023). *Umysł jutra*. Warszawa: MT Biznes.
- Kompetencje kluczowe w procesie uczenia się przez całe życie. Europejskie ramy odniesienia. Załącznik do Zaleceń Rady UE z dnia 22 maja 2018 r. w sprawie kompetencji kluczowych w procesie uczenia się przez całe życie (tekst mający znaczenie dla EOG) (2018/C 189/01) – C 189/7.
- Kubiak W. (1996). Interpretatywny model interakcji podstawą dialogu edukacyjnego. W: M. Dudzikowa (red.), *Nauczyciel–uczeń, między przemocą a dialogiem: obszary napięć i typy interakcji* (s. 71–77). Kraków: Impuls.
- Kwiatkowska H. (red.). (2015). *Uczłowieczyć komunikację. Nauczyciel wobec ucznia w przestrzeni szkolnej*. Kraków: Impuls.
- Lamri J. (2021). *Kompetencje XXI wieku*. Warszawa: Wolters Kluwer.
- Latour B. (2007). *Sztuka komunikacji*. Kraków: WAM.
- Mayor F. (2001). *Przyszłość świata*. Warszawa: Fundacja Studiów i Badań Edukacyjnych.
- Ogonowska A. (2013). *Współczesna edukacja medialna: teoria i rzeczywistość*. Kraków: Akademia Pedagogiczna.
- Ogonowska A. (2018). *Psychologia mediów i komunikowania. Wprowadzenie*. Kraków: Impuls.
- Olczak A. (2006a). Demokratyczny styl rozmowy nauczyciela z dzieckiem W: E. Smak (red.), *Nauczyciel w edukacji przedszkolnej* (s. 117–126). Opole: Uniwersytet Opolski.
- Olczak A. (2006b). Rozmowa w przedszkolu. *Wychowanie w Przedszkolu*, 10, 11–16.
- Olczak A. (2010). *Umowa społeczna z dzieckiem jako droga ku demokracji w wychowaniu*. Zielona Góra: Uniwersytet Zielonogórski.
- Olczak A. (2015). *Umowa z dzieckiem w przedszkolu*. Zielona Góra: Fundacja Edukacja – Demokracja – Rozwój.
- Retter H. (2005). *Komunikacja codzienna w pedagogice*. Kraków: Impuls.
- Shugar G.W., Smoczyńska M. (red.). (1980). *Badania nad rozwojem języka. Wybór prac*. Warszawa: PWN.
- Waloszek D. (1997). Porozumiewanie się nauczycieli i dzieci w edukacji wczesnoszkolnej. W: H. Kwiatkowska, M. Szybisz (red.), *Komunikacyjne kompetencje zawodowe nauczycieli* (s. 131–146). Warszawa: KNP PAN.

- Waloszek D. (2006). *Pedagogika przedszkolna. Metamorfoza statusu i przedmiotu badań*. Kraków: Akademia Pedagogiczna.
- Waloszek D. (red.). (2011). *Przestrzeń i czas dialogu w edukacji*. Kraków: Centrum Edukacyjne Bliżej Przedszkola.
- Zieliński K. (2022). *Psychokompetencje. 10 psychologicznych supermocy, które warto rozwijać*. Gliwice: Helion.

Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis

Studia Logopaedica 7 (2023)

ISSN 2083-7283

DOI 10.24917/20837283.7.10

Karolina Pilecka

Diagnostyka i Terapia Słuchu, Kraków

ORCID 0009-0008-2326-1787

Ocena słuchu pacjenta z presbycusis na podstawie wybranych badań audiometrycznych

Hearing assessment of a patient with Presbycusis
based on selected audiometric tests

Streszczenie

Narząd słuchu jest narządem zmysłu, który zapewnia komunikację człowieka z otoczeniem i dzięki temu umożliwia aktywną egzystencję. Złożoność procesów neurofizjologicznych warunkujących porozumiewanie się człowieka w wymiarze społecznym implikuje współpracę w wymiarze praktycznym, dotyczącą: profilaktyki, diagnostyki, leczenia i rehabilitacji. Rozwój medycyny i rozwój akustyki pozwalają na wykorzystanie najnowszych rozwiązań technicznych do wspomagania słyszenia u osób z niedosłuchem oraz na utrzymanie komfortu komunikacji międzyludzkiej osób w podeszłym wieku. Niewątpliwie proces starzenia się narządu słuchu, zwany presbycusis, powoduje u osób starszych dyskomfort w relacjach międzyludzkich wynikający z trudności z porozumiewaniem się. W niniejszej pracy oceniono słuch pacjenta z presbycusis na podstawie wybranych badań audiometrycznych, tj. audiometrii tonalnej i audiometrii mowy.

Słowa kluczowe: presbycusis, audiometria tonalna, audiometria mowy, ubytek słuchu

Abstract

The acoustic organ is a sensory organ that ensures human communication with the environment and thus enables active existence. The complexity of neurophysiological processes determining human communication in the social dimension implies cooperation in the practical dimension, regarding: prevention, diagnosis, treatment and rehabilitation. The development of medicine and acoustics allows the use of the latest technical solutions to support hearing in people with hearing loss and allows the elderly to maintain the comfort of interpersonal communication.

Undoubtedly, the aging process of the hearing system, called Presbycusis, causes discomfort in interpersonal relationships for elderly people resulting in difficulties with communication. In this study, the hearing of a patient with Presbycusis was assessed based on selected audiometric tests, i.e. pure tone audiometry and speech audiometry.

Keywords: presbycusis, pure tone audiometry, speech audiometry, hearing loss

Wstęp

Słyszenie to zjawisko zmysłowe powstające w korze mózgowej, którego bodźcem jest fala akustyczna, a receptory są zlokalizowane w uchu wewnętrznym. Układ słuchowy jest odbiornikiem, który służy do przyjęcia dawki informacji, interpretowanej w mózgu. Słyszeć to korzystać z tej informacji, zatem słyszymy mózgiem, a nie uchem (Obrębowski, 2005).

Proces powstawania wrażenia słuchowego przebiega następująco: fala akustyczna natrafia na małżowinę uszną połączoną z przewodem słuchowym zewnętrznym, zakończonym błoną bębenkową. Błona bębenkowa wprowadza drgania, które dzięki połączeniu z pierwszą kosteczką słuchową w uchu środkowym przenoszone są dalej na cały łańcuch kosteczek słuchowych: młoteczek, kowadełko, strzemiączko. Strzemiączko, połączone z okienkiem owalnym ślimaka (ucho wewnętrzne), wprowadza w ruch drgający płyn, który się tam znajduje. Ruchy płynów poruszają komórki słuchowe zwane rzęskami, zanurzone w tzw. błonie pokrywającej, które falę mechaniczną zamieniają w impuls elektryczny. Każde miejsce błony podstawnej odpowiedzialne jest za słyszenie dźwięków o innej częstotliwości. Jest to ułożenie tonotopowe. Przekazanie impulsów elektrycznych zachodzi przez nerw słuchowy, a miejsce, do którego docierają impulsy, to płót skroniowy kory mózgowej. W jej polach kojarzeniowych zachodzą procesy poznawczego przetwarzania informacji na najwyższym poziomie. Dla ośrodkowego przetwarzania informacji werbalnych najważniejsze jest pole kojarzeniowe skroniowo-ciemieniowo-potyliczne, w którym informacje zmysłowe, somatosensoryczne, słuchowe i wzrokowe są integrowane z pamięcią (Jorasz, 1998; Moore, 1999).

Współdziałanie neuronów drogi słuchowej podlega zjawisku konwergencji i dywergencji. W drodze słuchowej zakodowane zostają: częstotliwość, natężenie i okresowość sygnału akustycznego (Gierek, 2005). Złe funkcjonowanie któregoś z ww. elementów wpływa znacząco na działanie całości. Problem jest tym większy, iż zlokalizowany jest bliżej mózgu.

Głównym schorzeniem osób w podeszłym wieku, obok pogorszenia procesów fizjologicznych, jest utrata funkcji poznawczych. Niewątpliwie jednym z czynników wpływających na procesy kognitywne pacjentów w podeszłym wieku jest fizjologiczny i patologiczny proces starzenia się narządu słuchu, wpływający na ograniczenie informacji akustycznych docierających do tych pacjentów. Pacjenci z niedosłuchem skarżą się na dyskomfort w relacjach międzyludzkich wynikający z trudności ze zrozumieniem mowy. Osoby te czują się wyalienowane ze środowiska z powodu trudności w komunikacji werbalnej z otoczeniem, a w konsekwencji wyłączenia społecznego.

Procesy starzenia się są nieodwracalne i dotyczą struktur ucha zewnętrznego, środkowego, wewnętrznego oraz dalszych odcinków drogi słuchowej. Dlatego mogą przejawiać się upośledzeniem słuchu typu przewodzeniowego wywołanym: utratą elastyczności błony bębenkowej, jej zwłóknieniem, obecnością zbliznowaceń, płytek wapniowo-hialinowych w błonie bębenkowej, brakiem pełnej ruchomości w stawach kosteczek słuchowych, usztywnieniem płytki strzemiączka, zmianami atroficznymi skóry przewodu słuchowego zewnętrznego, wyściółki jamy bębenkowej i trąbki słuchowej.

W ciągu ostatnich 150 lat przedstawiono wiele teorii i prac na temat głuchoty starczej zlokalizowanej w uchu wewnętrznym, czyli upośledzenia słuchu typu odbiorczego. Obecnie w Polsce obowiązuje, zaproponowany przez Schuknechta (Schuknecht, Gacek, 1993) podział głuchoty starczej na cztery postacie, takie jak:

- **czuciowa**, charakteryzująca się głównie ubytkiem słyszenia tonów wysokich;
- **nerwowa**, pojawiająca u osób z zaburzeniami zrozumienia mowy przy postępującym spadku ostrości słuchu, a więc u badanych pacjentów występują zmiany w zwoju spiralnym, zanik włókien nerwu słuchowego oraz zmiany we wszystkich neuronach drogi słuchowej aż do korowych ośrodków słuchu;
- **metaboliczna**, uwarunkowana biofizycznymi i biochemicznymi defektami ucha wewnętrznego. Komórki prążka naczyniowego zawierają duże ilości enzymów utleniających niezbędnych do prawidłowego metabolizmu glukozy, dostarczającej energię w celu prawidłowego funkcjonowania ślimaka;
- **mechaniczno-naczyniowa**, w której dominują zaburzenia w ukrwieniu prążka naczyniowego, więzadła spiralnego i wszystkie inne zaburzenia naczyniowe powodujące upośledzenie słuchu.

Ubytkowi słuchu towarzyszy zjawisko słyszenia dodatkowych dźwięków szumów usznych subiektywnych (*tinnitus auris*). Szumy uszne do wysokości 2000 Hz są określane jako niskie i powstają najczęściej jako objaw schorzenia zlokalizowanego w układzie przewodzącym dźwięki, a wyższe dźwięki-piski w strukturach ucha wewnętrznego i dalszych odcinkach drogi słuchowej. Wrażliwość na odczuwanie szumu jest osobniczo zmienna, a subiektywna głośność tych szumów nie przekracza 15 dB ponad próg słyszenia. Szum o głośności 10 i 15 dB jest na tyle dokuczliwy, że wymaga interwencji specjalistycznej, zwłaszcza jeżeli wpływa na proces zasypiania (Jastreboff, 2008).

Wraz z wiekiem pojawia się tendencja do pogorszenia zdolności lokalizacji dźwięków, co ma znaczenie przy samodzielnym poruszaniu się w miejscach publicznych. Nasila się także zjawisko zmęczenia słuchowego, czyli wydłużenie czasu powrotu progu słyszenia do wyjściowego poziomu po zakończeniu oddziaływania hałasu. Podaje się, że przeciętny ubytek słuchu związany z wiekiem pogłębia się o około 0,3 dB dla tonów niższych do 1000 Hz, a dla tonów wyższych 1–1,2 dB w ciągu każdego roku życia (Pruszewicz, 2011). Zjawiska te sprawiają, że upośledzenie słuchu stanowi istotny problem dla ludzi w podeszłym wieku. Prowadzi ono bowiem do zaburzeń w komunikowaniu się, utrudnia proces opieki i pielęgnacji oraz powoduje obniżenie stymulacji intelektualnej. Osoby w podeszłym wieku zgłaszają więc upośledzenie słuchu i problemy ze zrozumiałością słyszalnych wyrazów (Finkiewicz-Murawiejska, 1972; Tesch-Römer, 2001).

Cel badania

Celem pracy była ocena słuchu pacjenta senioralnego:

- wyznaczenie progów słyszenia na podstawie badań tonów czystych za pomocą audiometrii tonalnej (cel poznawczy),
- rozpoznanie poziomu zależności pomiędzy umiejętnościami percepcji dźwięku u pacjentów z presbycusis a zrozumiałością mowy w audiometrii słownej (cel poznawczy).

Metoda i materiał badań

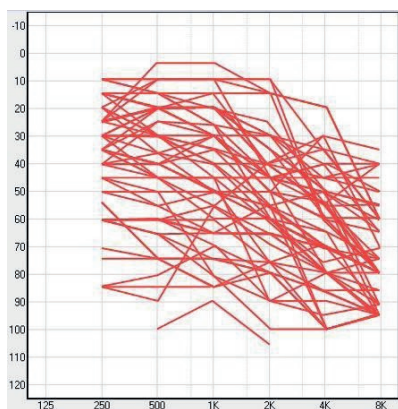
Badania przeprowadzono w Oddziale Geriatrycznym Szpitala Klinicznego nr 7 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach. Spośród 146 przebadanych osób wybrano grupę 61 pacjentów – 38 kobiet i 23 mężczyzn – z ubytkiem słuchu, w wieku od 74 do 93 lat, o różnym stopniu trudności w słyszeniu. Średnia wieku badanych wynosiła 86 lat. Pacjentów podzielono na dwie grupy wiekowe: grupę A – stanowiły osoby poniżej 80. roku życia, a grupę B – badani w wieku 80 lat i więcej, ze względu na możliwość oceny dynamiki postępu uszkodzenia słuchu.

W pierwszym etapie badania, przed dopasowaniem aparatów słuchowych, oceniono słuch pacjentów. U wszystkich osób wykonano otoskopię, audiometrię tonów czystych, audiometrię mowy (ustalono, co następuje: SDT – próg detekcji mowy, SRT – próg odbioru mowy, DT – próg dyskryminacji, DD – stopień dyskryminacji).

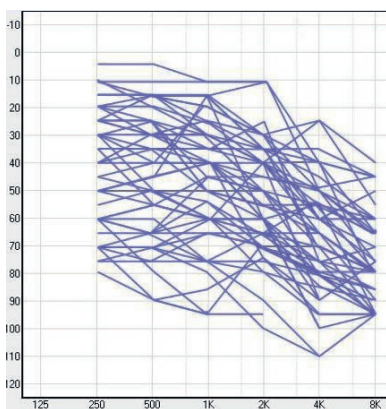
Wyniki badań

Audiometria tonalna

Wykonano analizę uzyskanych progów słuchowych w audiometrii tonalnej na przewodnictwo powietrzne i kostne u wszystkich przebadanych pacjentów.



Ryc. 1. Wyniki audiometrii tonalnej, ucho prawe u wszystkich pacjentów



Ryc. 2. Wyniki audiometrii tonalnej, ucho lewe u wszystkich pacjentów

Na ryc. 1–2 przedstawiono wyniki audiometrii tonalnej ucha prawego i ucha lewego. Wraz ze wzrostem częstotliwości bodźca w audiometrii tonalnej obniżała się krzywa progu słyszenia. U zbadanych pacjentów nie wystąpiła rezerwa ślimakowa, nie wykazano komponentu przewodzeniowego niedosłuchu. W każdym przypadku rozpoznany niedosłuch miał charakter typu odbiorczego. Średnia wartość progu słuchowego u wszystkich przebadanych pacjentów wyniosła 54,4 dB HL.

Audiometria słowna

Po wykonaniu wszystkim pacjentom audiometrii słownej uzyskano dla całej grupy badanych:

- średni próg wykrywania mowy PWM - 64,8 dB SPL,
- średni próg rozumienia mowy PR - 73,23 dB SPL,
- średni próg dyskryminacji PD - 85,88 dB SPL,
- średni stopień dyskryminacji - 71,92%.

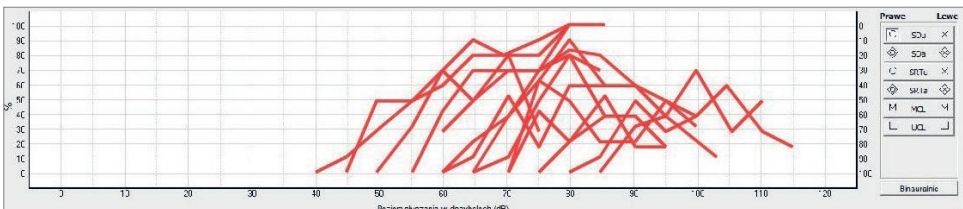
Następnie wykonano analizę uzyskanych progów: PWM, PR, PD oraz stopnia dyskryminacji SD w audiometrii słownej dla dwóch grup wiekowych: A – poniżej 80. roku życia oraz B – 80 lat i starsi, a wyniki zebrano w tabeli 1.

Tab. 1. Porównanie wartości: PWM, PR, PD, SD wyznaczonych z audiometrii mowy dla dwóch grup pacjentów A i B

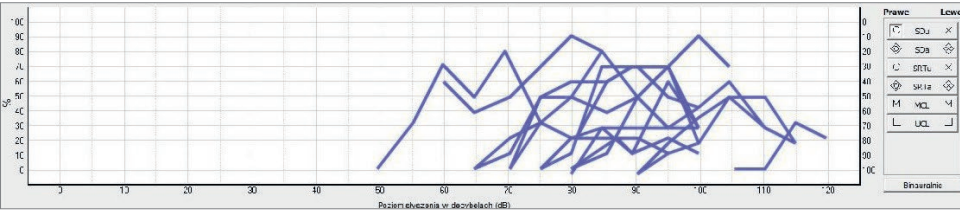
Audiometria słowna	Grupa A [dB SPL]	Grupa B [dB SPL]
PWM	63,06	65,53
PR	68,89	74,93
PD	81,35	87,54
SD	73,47	71,25

Stwierdzono, że z wiekiem podwyższyły się wszystkie wyznaczone progi w audiometrii mowy, a zmalał stopień dyskryminacji. Niektórzy pacjenci w trakcie badań rezygnowali z prób powtarzania słów z powodu irytacji i zdenerwowania, twierdząc, iż nic nie rozumieją.

Na rycinach 3 i 4 przedstawiono zbiorczo wykresy krzywej artykulacyjnej dla ucha prawego i lewego.



Ryc. 3. Krzywa audiometrii słownej na przykładzie 15 pacjentów w uchu prawym



Ryc. 4. Krzywa audiometrii słownej na przykładzie 15 pacjentów w uchu lewym

Krzywą typu hełm zaobserwowano u 81,2% przebadanych pacjentów.

Metody statystyczne

Analiza statystyczna wyników badań została przeprowadzona za pomocą oprogramowania Microsoft Excel 2010 i Statistica 12, zaś analiza zmiennych za pomocą wykresów dyspersyjnych, macierzy korelacji, przy założonym poziomie istotności korelacji $p < 0,05$ oraz wykresów pudełkowych. Zastosowano również test Wilcoxona, który pozwala przetestować hipotezy dotyczące lokalizacji rozmieszczenia (mediana).

Wyniki analiz statystycznych

Audiometria tonalna

Problem 1

Jak przebieg krzywej progowej zmienia się z wiekiem pacjenta?

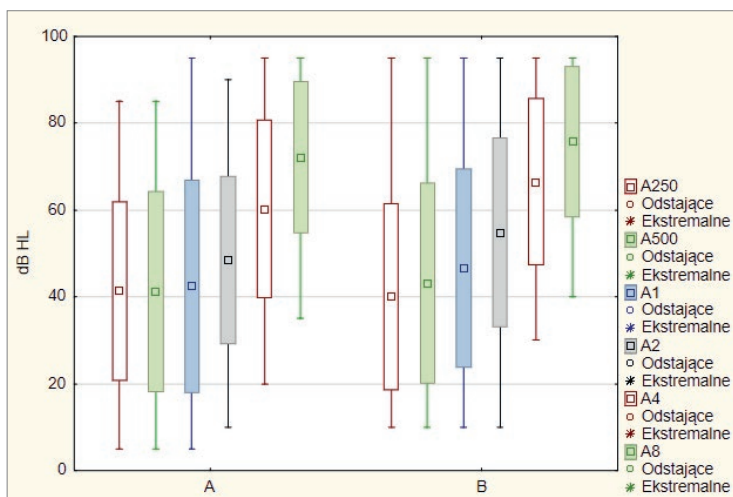
Analizie statystycznej poddano wartość progu słuchowego w audiometrii tonalnej w poszczególnych częstotliwościach dla dwóch grup wiekowych pacjentów: A i B. W tym celu wykonano test zmienności ramka-wąsy 2D (Statistica 12) wartości progu słuchowego dla poszczególnych częstotliwości w audiometrii tonalnej dla obydwu grup wiekowych.

Analiza wartości progu słuchowego dla częstotliwości w audiometrii tonalnej dla grupy wiekowej A w porównaniu z grupą wiekową B (ryc. 9) wykazała, iż wraz z wiekiem w obu grupach podwyższa się średnia arytmetyczna wartości progu słuchowego zgodnie ze wzrostem częstotliwości podawanych sygnałów o częstotliwości (tab. 2).

Tab. 2. Średnia arytmetyczna wartości progowej (dB HL) podawanego tonu o częstotliwości 250 Hz, 500 Hz, 1000 Hz, 2000 Hz, 4000 Hz, 8000 Hz

Wiek	250 Hz	500 Hz	1000 Hz	2000 Hz	4000 Hz	8000 Hz
Grupa A	41,39 dB HL	41,25 dB HL	42,50 dB HL	48,53 dB HL	60,29 dB HL	72,18 dB HL
Grupa B	40,05 dB HL	43,19 dB HL	46,56 dB HL	54,88 dB HL	66,56 dB HL	75,75 dB HL

Porównanie wyników obydwu grup obrazuje wykres ramka-wąsy na ryc. 5.



Ryc. 5. Wykres ramka-wąsy wartości progowej w audiometrii tonalnej pacjentów dla częstotliwości 250 Hz, 500 Hz, 1000 Hz, 2000 Hz, 4000 Hz, 8000 Hz dla grup wiekowych A i B

Audiometria słowna

Problem 2

Czy średnie arytmetyczne: progu wykrywania mowy PWM, progu rozumienia PR, progu dyskryminacji PD oraz stopnia dyskryminacji SD z wiekiem pacjenta ulegają pogorszeniu?

Analizie statystycznej zmienności ramka-wąsy 2D (Statistica 12) poddano wyniki audiometrii słownej: próg wykrywania mowy PWM, próg rozumienia PR, próg dyskryminacji PD oraz stopień dyskryminacji SD.

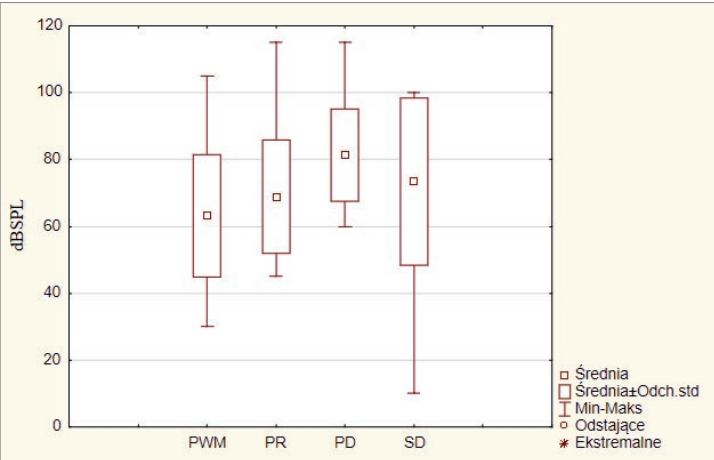
Na wykresach porównawczych ramka-wąsy przedstawiono wyniki grup wiekowych A i B. Stwierdzono, iż średnia arytmetyczna progu wykrywania mowy PWM wyniosła 65 dB SPL dla obydwu grup pacjentów. Próg rozumienia PR to 70 dB SPL dla pacjentów z grupy A, a dla pacjentów z grupy B – 75 dB SPL. Analiza wykazała pogorszenie się wraz z wiekiem progu rozumienia pacjentów. Średnia wartość progu dyskryminacji PD dla pacjentów z grupy A wynosiła 80 dB SPL, a u pacjentów z grupy B pogorszyła się o 5 dB SPL i wzrosła do 85 dB SPL. Natomiast średnia wartość stopnia dyskryminacji SD wyniosła 85% dla pacjentów z grupy A i zmalała do 75% dla pacjentów z grupy B. Otrzymany wynik wskazuje na obniżenie wraz z wiekiem stopnia dyskryminacji mowy u pacjentów.

Próg wykrywania mowy PWM, próg rozumienia PR, próg dyskryminacji PD oraz stopień dyskryminacji SD z wiekiem pacjenta uległy pogorszeniu w grupie B w stosunku do grupy A (tab. 3).

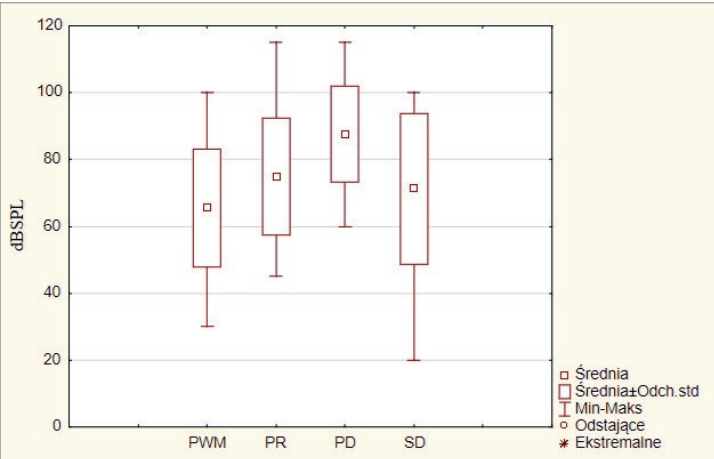
Tab. 3. Średnia arytmetyczna progu wykrywania mowy PWM, progu rozumienia PR, progu dyskryminacji PD oraz stopnia dyskryminacji SD dla dwóch grup wiekowych pacjentów

Wiek	PWM [dBSPL]	PR [dBSPL]	PD [dBSPL]	SD [%]
grupa A	63,06	68,89	81,35	73,47
grupa B	65,53	74,93	87,54	71,25

Porównanie wyników grup A i B obrazuje wykres ramka-wąsy na ryc. 6–7.



Ryc. 6. Wykres ramka-wąsy progu wykrywania mowy PWM, progu rozumienia PR, progu dyskryminacji PD oraz stopnia dyskryminacji SD w audiometrii słownej dla grupy A pacjentów



Ryc. 7. Wykres ramka-wąsy progu wykrywania mowy PWM, progu rozumienia PR, progu dyskryminacji PD oraz stopnia dyskryminacji SD w audiometrii słownej dla grupy B pacjentów

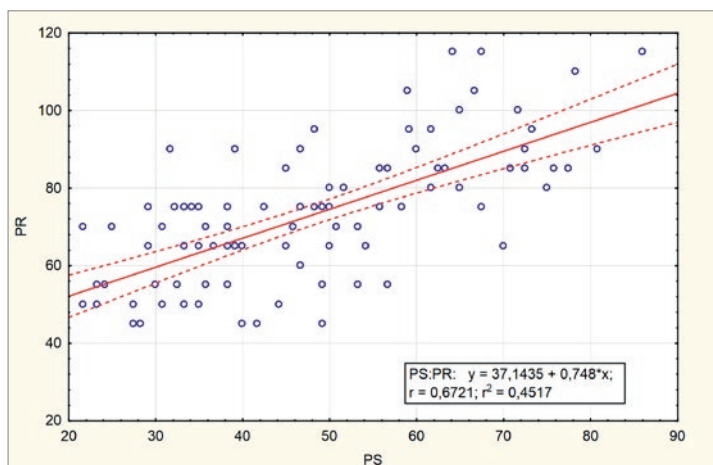
Problem 3

Czy w badanej grupie pacjentów istnieje związek pomiędzy progiem rozumienia PR w audiometrii słownej a średnią wartością progu słuchowego w audiometrii tonalnej dla częstotliwości 250 Hz, 500 Hz, 1000 Hz, 2000 Hz, 4000 Hz, 8000 Hz?

Tab. 4. Wynik analizy korelacyjnej dla średniej wartości progu słuchowego i progu rozumienia mowy (PR)

	Współczynnik korelacji liniowej Pearsona r	Poziom istotności p	Równanie $y = a \cdot x + b$
PR vs. PS	0,6721	$p < 0,0001$	$PR = 0,748 \cdot PS + 37,1435$ $a = 0,748$ $b = 37,1435$
Wyrażenia w równaniu $y = a \cdot x + b$ oznaczają kolejno: a – współczynnik kierunkowy prostej (kąt nachylenia wykresu funkcji $y = a \cdot x + b$ do progu słyszenia), b – punkt przecięcia funkcji liniowej $y = a \cdot x + b$ z osią progu rozumienia, zależny od głębokości ubytku słuchu, * – symbol mnożenia			

Zależność progu rozumienia (PR) i średniej wartości progu słuchowego w audiometrii tonalnej charakteryzuje się współczynnikiem korelacji Pearsona $r = 0,67$, przy wyliczonym poziomie istotności statystycznej tego związku $p < 0,0001$ (ryc. 8). Otrzymany współczynnik korelacji oznacza umiarkowaną zależność pomiędzy parametrami. Dodatni współczynnik korelacji Pearsona wskazuje, że wraz ze wzrostem średniej wartości progu słuchowego w audiometrii tonalnej wzrasta próg rozumienia mowy PR. Istnieje związek pomiędzy progiem rozumienia w audiometrii słownej a średnią wartością progu słuchowego w audiometrii tonalnej.



Ryc. 8. Wykres rozrzutu progu dyskryminacji (PR) względem średniej wartości progu słuchowego w audiometrii tonalnej (PS)

Dyskusja

Każda niesprawność – zarówno czasowa, jak i trwała – ma wymiar biologiczny, osobisty i społeczny, związany z szeroko pojętymi kosztami leczenia i opieki. Zdaniem Ratajczaka (2013) praktyka kliniczna wskazuje, iż na końcowy wynik leczenia każdego schorzenia wpływa wcześniej rozpoczęta i właściwie prowadzona rehabilitacja, której integralną częścią są wyroby medyczne, tj. środki pomocnicze i ortopedyczne, w tym implanty, aparaty słuchowe, podobnie jak dla zaburzeń wzroku – okulary.

Uzyskane wyniki w audiometrii tonalnej u osób starszych potwierdziły narastający z wiekiem proces starzenia się narządu słuchu (według GUS), określany w literaturze jako *presbycusis* (Armstrong, Stoney, Hawke, Farkashidy, 1992). Po raz pierwszy objawy kliniczne głuchoty w podeszłym wieku opisał w 1899 roku Zwaardemaker (Pruszewicz, Obrębowski, 2011). Według Szmei (1991) w audiometrii tonalnej w *presbycusis* stwierdza się obuuszne symetryczne podwyższenie progów przewodnictwa powietrznego z równoczesnym obniżeniem krzywej przewodnictwa kostnego. Według Gierek (2005) jest to charakterystyczny wykres przy występowaniu głuchoty starczej, której przyczyna wiąże się z narastającą dysfunkcją w uchu wewnętrznym. W badaniach własnych potwierdzono istotne osłabienie słyszenia tonów wysokich. Porównując dwie różne wiekowe grupy pacjentów: A i B (grupa A – poniżej 80. roku życia i grupa B – 80 lat i starsi), stwierdzono spadek percepcji dźwięków o wysokich częstotliwościach, powyżej 2000 Hz. Najdłużej słuch pozostawał bez odchyień dla tonów niskich, do 1000 Hz. Edinger (Pruszewicz, Obrębowski, 2011) wskazuje zależność gorszej słyszalności wysokich tonów od ilościowego ubytku komórek w zwoju spiralnym. Schuknecht i Gacek (1993) na podstawie danych audiometrycznych przedstawiających ubytek słuchu dla tonów wysokich wyodrębnili i nazwali głuchotę starczą czuciową.

W wyniku pogorszenia czułości słuchu występuje upośledzenie rozumienia mowy. Wyniki własne badań rozumienia mowy u osób starszych potwierdzone są wynikami innych autorów (Pruszewicz, Sekula, 2011). U przebadanych pacjentów stwierdzono zaburzenie rozumienia mowy wraz ze spadkiem czułości słuchu.

W badaniu audiometrią mowy wyznaczono cztery parametry: PWM – próg wykrywania mowy, PR – próg rozumienia mowy, PD – próg dyskryminacji, SD – stopień dyskryminacji. Średni próg wykrywania mowy PWM zawierał się w przedziale 60–70 dB SPL, gdzie przyjęta norma dla zastosowanych list u osoby prawidłowo słyszającej wynosi PWM = 5 dB SPL. Średni próg rozumienia mowy przebadani pacjenci osiągnęli w zakresie 60–80 dB SPL, gdzie norma dla zastosowanych list dla osoby słyszającej wynosi PR = 17 dB SPL. Z kolei średni próg dyskryminacji PD zawiera się w zakresie 75–80 dB SPL, gdzie norma wynosi PD = 40 dB SPL. Natomiast czwarty wyznaczony parametr w grupie przebadanych pacjentów, tj. średni stopień dyskryminacji, wyniósł 72%, norma dla zdrowo słyszającej osoby dla zastosowanych list to SD = 100%. U przebadanych osób w podeszłym wieku wszystkie cztery parametry – według Polskiej Normy Polskiego Komitetu Normalizacyjnego część 3: Audiometria słowna 2005 PN-EN ISO 8253-3 (2005) – kształtowały się poniżej normy.

Analizując krzywą artykulacyjną z wyznaczonych parametrów PR, PWM, PD, SD, zwrócono uwagę na powtarzającą się u pacjentów charakterystyczną krzywą typu hełm (ang. *roll over* – przekoziołkowana krzywa), która wskazuje na niedosłuch typu odbiorczego o lokalizacji ślimakowej. Bystrzanowska (1978) wymienia w swojej pracy krzywe audiogramu słownego obrazujące: słuch prawidłowy, głuchotę przewodzeniową, głuchotę mieszaną, głuchotę neurtyczną, głuchotę ślimakową, głuchotę centralną, resztki słuchowe. Pojawienie się u pacjentów krzywej artykulacyjnej typu hełm Sekula i Świdziński (2011) wyjaśniają jako efekt uszkodzenia receptora narządu słuchu i ujawnienia się objawu wyrównania głośności. Z tego powodu zaburzony jest poziom odczucia głośności, który nie przebiega równolegle do wzrostu poziomu natężenia dźwięku, co prowadzi do pogorszenia rozumienia mowy. W audiometrii mowy skutkuje to większym ubytkiem dyskryminacji mowy w porównaniu z ubytkiem słuchu w audiometrii tonalnej.

W pracy zbadano korelację dla parametrów: progu rozumienia PR w audiometrii słownej z średnią wartością progu słuchowego oraz korelację stopnia dyskryminacji SD w audiometrii słownej z średnią wartością progu słuchowego. Poddane analizie wyniki w audiometrii słownej wskazują na niewspółmiernie gorszą zdolność rozumienia mowy, aniżeli wynikałoby to z otrzymanego zapisu progu słyszenia tonów czystych.

Schuknecht (1993) gorsze rozumienie mowy, nieadekwatne do ubytku wyznaczonego w audiometrii tonalnej, tłumaczy zmianami zwyrodnieniowymi dotyczącymi głównie zwoju spiralnego, włókien nerwowych, jąder nerwu ślimakowego położonych w moście oraz dalszych odcinków centralnej części narządu słuchu. Spostrzega się wyraźne zmniejszenie odsetka zrozumiałych słów, a podwyższenie natężenia podawanych słów nie zwiększa zrozumiałości. Pruszewicz i in. (1997) nieproporcjonalnie duży ubytek rozpoznawania dźwięków mowy w stosunku do ubytku w audiometrii tonalnej nazwali słyszeniem rozszczepionym (*schisacusis*).

Kim i Park (2017) zgodnie przyznali, że zaangażowanie społeczne ma silny związek z godnym starzeniem się. Doszli do wniosku, że pracownicy personelu medycznego powinni podejmować działania na rzecz stylu życia pacjenta w wieku senioralnym w celu optymalizacji komunikacji i zaangażowania społecznego.

Wnioski

Stwierdzono, iż ocena słuchu pacjenta w wieku podeszłym poprzez wykonanie audiometrii tonalnej, audiometrii mowy jest optymalnym badaniem audiologicznym w diagnostyce zaburzeń słuchu o charakterze *presbycusis*:

- analiza wyników audiometrii tonalnej wykazała podwyższenie progu słuchu głównie w zakresie wysokich częstotliwości;
- analiza audiometrii mowy potwierdziła, iż wszystkie cztery wyznaczone parametry: PWM – próg wykrywania mowy, PR – próg rozumienia, PD – próg dyskryminacji, SD – stopień dyskryminacji odbiegają od normy, a kształt krzywej wyznaczony poprzez ww. parametry wskazuje na dominujące uszkodzenie ślimakowe.

Bibliografia

- Armstrong D., Stoney P., Hawke M., Farkashidy J. (1992). Presbycusis: correlations of clinical audiology with morphological changes in the cochlea and the ventral cochlear nucleus. *The Journal of Otolaryngology*, 21(5), 343–349.
- Bystrzanowska T. (1978). *Audiologia kliniczna*. Warszawa: PZWL.
- Gierek T. (2005). Niedosłuch związany z wiekiem. W: M. Śliwińska-Kowalska (red.), *Audiologia kliniczna* (s. 299–304). Łódź: Mediton Oficyna Wydawnicza.
- Jastreboff P. (2008). *Tinnitus Retraining Therapy: Implementing the Neurophysiological Model*. Cambridge: University Press.
- Jorasz U. (1998). *Wykłady z psychoakustyki*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Kim S.H., Park S. (2017). A meta-analysis of the correlates of successful aging in older adults. *Research on aging*, 39(5), 657–677.
- Finkiewicz-Murawiejska L. (1972). Głuchota starcza. *Otolaryngologia Polska*, 26, 237–242.
- Moore B.C.J. (1999). *Wprowadzenie do psychologii słyszenia*. Warszawa–Poznań: PWN.
- Mossakowska M., Więcek A., Błędowski P. (2012). *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*. Poznań: Termedia Wydawnictwo Medyczne.
- Ossowski R., Sobieralska-Michalak K. (2012). Zagadnienia psychologiczne w neurologopedii. W: A. Obrębowski (red.), *Wprowadzenie do neurologopedii* (s. 107–122). Poznań: Termedia.
- Oyster C. (2002). *Grupy*. Poznań: Zysk i S-ka.
- Szeląg E. (2012). Mózgowa organizacja funkcjonowania poznawczego. W: A. Obrębowski (red.), *Wprowadzenie do neurologopedii* (s. 55–101). Poznań: Termedia.
- Obrębowski A. (2005). Budowa i działanie narządu słuchu. W: T. Gałkowski, E. Szeląg, G. Jastrzębowska (red.), *Podstawy neurologopedii. Podręcznik akademicki* (s. 181–205). Opole: Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego.
- PN-EN ISO 8253-3. (2005). Polska Norma, Akustyka, Metodyka pomiarów audiometrycznych. Część 3: *Audiometria słowna*, Polski Komitet Normalizacyjny.
- Pruszewicz A., Obrębowski A. (2011). *Audiologia kliniczna – zarys*. Poznań: Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego.
- Pruszewicz A., Kulczyński B., Świdziński P., Wika T. (1997). Badanie psychofizyczne i obiektywne słuchu w presbycusis. *Otolaryngologia Polska*, 51, 205–215.
- Ratajczak M.Z. (2013). Regeneracja wspomagana. *Znak*, 698–699, 18–21.
- Schuknecht H.F. (1974). *Pathology of the ear*. Harvard: University Press.
- Schuknecht H.F., Gacek M.R. (1993). Cochlear pathology in presbycusis. *Ann Otol Rhinol Laryngol*, 102, 1–10.
- Sekula A., Świdziński P. (2011). Audiometria mowy w protezowaniu i rehabilitacji słuchu. W: A. Obrębowski (red.), *Wybrane zagadnienia z audiometrii mowy* (s. 117–132). Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego.
- Szmeja Z. (1981). Głuchota starcza. W: A. Zakrzewski (red.), *Otolaryngologia kliniczna* (s. 897–898). Warszawa: PZWL.
- Tesch-Römer C. (2001). *Schwerhörigkeit im Alter*. Heidelberg: Median-Verlag von Killisch-Horn GmbH.

Anna Siudak

Uniwersytet Komisji Edukacji Narodowej, Kraków

MoveConcept Physiotherapy, Kraków

ORCID 0000-0002-1986-9078

Gradualne badanie umiejętności czytania i pisania w procesie diagnozy i terapii u dorosłych pacjentów z afazją¹

Gradual literacy testing in the process of diagnosis and therapy
in adult patients with aphasia

Streszczenie

Wielu afazjologów podkreśla diagnostyczną wagę pisma (zob. Wójcik, Topór, 2021; Herzyk, Pąchalska, Grzesiak-Witek, Rutkiewicz-Hanczewska, Lewicka). Brak jednak jak dotąd systemowych propozycji wykorzystania tekstu pisanego w celach terapeutycznych. Jednocześnie badania nad skutecznością wczesnej nauki czytania wykazały jej duży wpływ na stymulację rozwoju małych dzieci – zarówno tych z zaburzeniami komunikacji językowych, jak i zdrowych (zob. Cieszyńska, Korendo, 2007, s. 305). Pomimo to wciąż brak szerzej zakrojonych analiz odbudowy systemu językowego poprzez pismo u dorosłych pacjentów z utratą umiejętności językowych. Opracowana na podstawie doświadczeń z pacjentami z afazją metoda gradualnej oceny sprawności czytania i pisania polega na stopniowym przechodzeniu od struktur łatwiejszych do bardziej złożonych bez wielokrotnego powtarzania tych samych procedur.

Słowa kluczowe: afazja, czytanie, pisanie, diagnoza, terapia

Abstract

Many aphasiologists emphasize the diagnostic importance of writing (see Wojcik Topor, 2021, Herzyk, Pąchalska, Grzesiak-Witek, Rutkiewicz-Hanczewska, Lewicka). However, so far there are no systemic proposals for the use of written text for therapeutic purposes. At the same

¹ Opis gradualnego badania umiejętności czytania i pisania jest rozwinięciem koncepcji gradualnego podejścia do diagnozy językowej pacjentów z afazją. Więcej na ten temat zob. Siudak A. (2022). Gradualny sposób badania mowy pacjentów dorosłych z afazją. *Poznańskie Studia Polonistyczne. Seria Językoznawcza*, 29(1), 211–220. <https://doi.org/10.14746/pspsj.2022.29.1.13>

time, research on the effectiveness of early reading instruction has shown its great impact on stimulating the development of young children – both with language communication disorders and healthy children (see Cieszyńska, Korendo, 2007: 305). Despite this, there is still a lack of broader analyses of the reconstruction of the language system through writing in adult patients with language loss.

Developed on the basis of experience with patients with aphasia, the Gradual Literacy Assessment method involves a gradual transition from easier to more complex structures without repeating the same procedures over and over again.

Keywords: aphasia, reading and writing, diagnosis and therapy

Wstęp

Zaburzenia czytania i pisania dotyczą pacjentów z różnymi typami afazji. Nie ma szczegółowych wytycznych, z których wyłaniałby się algorytm tej korelacji. Ośrodek czuciowy mowy pisanej, czyli tzw. gnozy wzrokowej symboli słownych, znajduje się w bezpośrednim sąsiedztwie pola Wernickiego (zakręt nadbrzeżny pole 40 oraz zakręt kątowy: pole 39), dlatego też najczęściej aleksja towarzyszy pacjentom z afazją czuciową. Zdarzają się jednak chorzy, u których zaburzenie rozumienia mowy jest głębokie, ale umiejętność czytania stosunkowo zachowana. Są także tacy pacjenci, którzy pomimo niewielkich deficytów językowych, nie potrafią odczytać nawet najprostszych elementów. Na zaburzenia umiejętności czytania w afazji składa się bowiem wiele czynników, takich jak: miejsce uszkodzenia i jego głębokość, choroby oczu i zakłócenia percepcji wzrokowej, ale też wykształcenie chorego, jego zainteresowania czy wiek. Nie bez znaczenia jest także sposób prowadzenia dotychczasowej terapii przez specjalistów lub też bliskich chorego.

Należy podkreślić, że podłoże aleksji może być różne. Przytoczone przez K. Walsha i D. Darby'ego (2008) badania wykazują, że zaburzenia czytania i pisania mogą pojawić się wskutek uszkodzeń ciemieniowych, ciemieniowo-potylicznych lub jedynie potylicznych, mogą występować łącznie bądź rozdzielnie (aleksja z agrafią lub bez agrafii), po uszkodzeniach lewej, prawej półkuli (Faglioni i in., 1968; za: Walsh, 2008, s. 292) lub struktur ciała modzelowatego (tzw. *splenium* – tylnej części ciała modzelowatego). U jednych pacjentów są objawem izolowanym (np. bez afazji czy też bez zaburzeń zdolności intramodalnych np. w obrębie systemu słuchowego, kiedy to pacjent potrafi przeliterować usłyszane słowo), u innych współwystępują na tle szerszego syndromu neurologicznego (z niedowidzeniem połowicznym, anomią barw, utratą zdolności rozpoznawania cyfr itp.). Trudności w czytaniu mogą powstać u niektórych pacjentów w wyniku zakłóceń w funkcjonowaniu zmysłu wzroku ze współwystępującymi chorobami oczu, agnozjami czy niedowidzeniem połowicznym (zob. Walsh, 2008, s. 290), u innych – z powodu trudności w kojarzeniu symboli wzrokowych ze słuchowymi. Zróżnicowanie strukturalno-funkcjonalne potwierdza niezbicie, jak trudno dotrzeć do pierwotnych przyczyn problemów z czytaniem. Szczególnie że nie wszyscy pacjenci dysponują bieżącymi badaniami (np. neuroobrazowymi) lub też często stan chorych ulega zmianie od czasu badania. Dlatego też w niniejszym opracowaniu postuluje się ocenę funkcjonalną umiejętności czytania, którą można

przeprowadzić – analogicznie do badania mowy – w sposób gradacyjny. Stopniowe badanie umiejętności czytania pozwala terapeutcie rozeznaczyć się nie tylko w głębokości zaburzeń, ale także w przyczynie powodującej aleksję. Określenie poziomu funkcjonowania pacjenta jest zarazem pierwszym krokiem terapeutycznym, który wyznacza dalsze postępowanie logopedyczne.

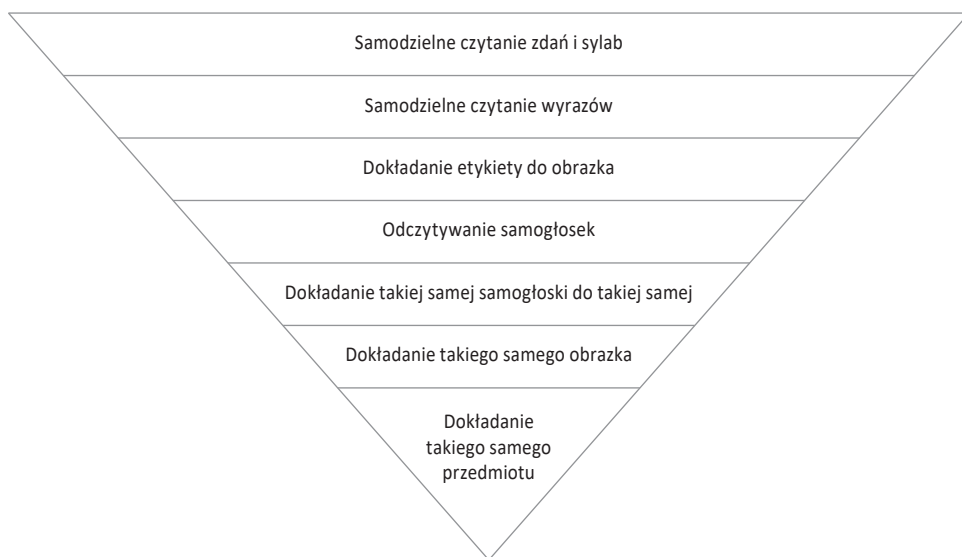
Z uwagi na przewagę przetwarzania prawopółkulowego i kontekstowe wsparcie rozumienia jako podstawowy poziom zdolności czytania wyznacza się czytanie globalne rzeczowników konkretnych. Pierwsze próby dokładania etykiet do obrazków pojawiają się podczas badania rozumienia, gdy terapeuta pyta pacjenta o konkretny obrazek (np. pacjent wskazuje, gdzie jest *dom*). W przypadku prawidłowego wskazania, można dodatkowo poprosić o dołożenie etykiety do odpowiedniego obrazka. Ważne jednak, by prezentowany materiał dotyczył obiektów bliskich pacjentowi, a podpis do obrazków był wyraźny i zapisany dużą czcionką, najlepiej bezszeryfową (Arial) i na grubszym kartoniku. Jeśli pacjent wykona zadanie poprawnie, prosimy o samodzielne przeczytanie przygotowanych wyrazów już bez obrazka. W kolejnym kroku warto zmienić materiał na inne części mowy (przede wszystkim czasowniki i przymiotniki), a także sylaby (sylaby są trudniejsze), a następnie zdania – proste i złożone. Jeśli któreś ze zadań okaże się trudne, wyznacza ono poziom programowania terapii w zakresie czytania.

W sytuacji, gdy pacjent nie dołoży etykiet prawidłowo – należy sprawdzić znajomość liter, najlepiej poprzez próby czytania samogłosek, a dopiero w następnej kolejności – spółgłosek. Jeśli zadanie okaże się zbyt trudne – poziomem uproszczonym będzie dokładanie do siebie takiej samej litery (samogłoski) lub wyrazu. Jest to istotny poziom badania, ponieważ daje informacje na temat przyczyn aleksji: jeśli pacjent nie dokłada takich samych liter do siebie, najpewniej nie jest w stanie spostrzegać kształtu liter, a zatem problem może być percepcyjny i należy skonsultować się z innym specjalistą (neuropsychologiem, neurologiem, czasem psychiatrą). Jeśli natomiast dokłada etykiety, jednakże nie potrafi ich odczytać, oznacza to, że aleksja wynika najprawdopodobniej z zaburzenia kodu (np. powiązania dźwięku z literą). Dla pacjentów z dużymi trudnościami w identyfikacji kodu pisanego zadaniem uzupełniającym będzie próba wzrokowego spostrzegania, tj. dokładania do siebie takich samych obrazków, a jeśli nie przebiegnie ona pomyślnie – dokładania do siebie takich samych przedmiotów². Model opisywanego badania został zaprezentowany na ryc. 1.

Wychodząc od poziomu podstawowego, a zatem dokładania etykiet do obrazków przedstawiających konkretne rzeczowniki z najbliższego otoczenia pacjenta, należy pamiętać o odpowiednim doborze materiału: warto, by pierwsze próby odbyły się na rzeczownikach, które są ze sobą skontrastowane pod względem kształtu np. *dom* / *oko* (a nie np. *dom* / *kubek*) (ryc. 2).

W przypadku głębokich zaburzeń w czytaniu pacjent będzie popełniał błędy, czasem dokonywał substytucji w polu formalnym lub znaczeniowym (ryc. 3).

² Trudności z tym zadaniem mają np. pacjenci z agnozą. Bardzo ważne w takiej sytuacji jest skierowanie pacjenta na diagnozę neuropsychologiczną.



Ryc. 1. Schemat gradualnego badania umiejętności czytania

Źródło: oprac. własne.



Ryc. 2. Czytanie globalne – rzeczowniki konkretne

Źródło: Schematy, wyd. ARSON.



Ryc. 3. Czytanie globalne przez pacjenta z głęboką aleksją

Źródło: archiwum własne.

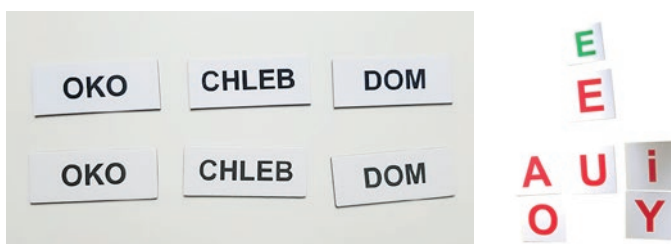
Warto obserwować reakcje pacjenta – czasem zdarza się, że potrafi on sam skorygować popełniony błąd, w cięższych przypadkach, gdy brakuje autokorekty, można poprosić pacjenta o dołożenie takich samych obrazków do siebie w celu wyeliminowania ewentualnych trudności wzrokowych. Należy pamiętać, że pacjenci z głębokimi afazjami nie potrafią opowiedzieć o trudnościach, z jakimi borykają się w codziennym funkcjonowaniu. Dlatego też istotne jest, by terapeuta był świadom zjawisk neurobiologicznych i przeprowadził orientacyjną diagnozę w zakresie procesów wzrokowych.

Jeżeli pacjent wykonuje to zadanie, istotne jest upewnienie się w skali zaburzenia samego kodowania pisma poprzez dokładanie takich samych podpisów (czytanie globalne). Jeśli zadanie okaże się zbyt trudne, warto zredukować jego poziom do rozpoznawania samogłosek.



Ryc. 4. Dokładanie takich samych obrazków u pacjenta bez agnozji

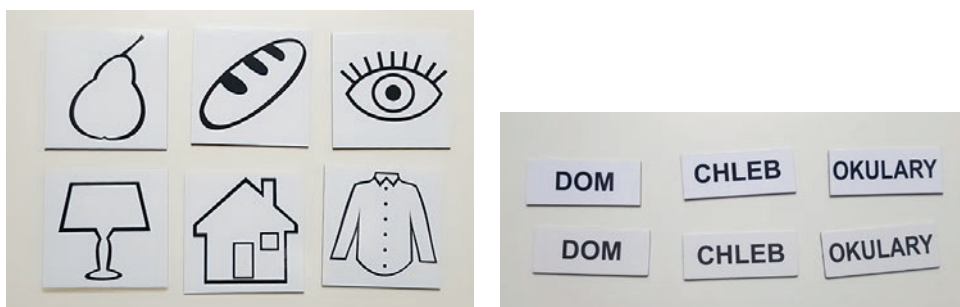
Źródło: archiwum własne.



Ryc. 5. Dokładanie takich samych elementów – wyrazy globalne oraz litery (samogłoski) – pacjent bez agnozji, z aleksją

Źródło: archiwum własne.

Podczas prób identyfikacji pisma warto także wziąć pod uwagę, że w przypadku głębokich zaburzeń w etapie początkowym lepiej jest zastosować materiał zróżnicowany pod względem kształtu obiektów, ale także długości wyrazów. Często bowiem pacjenci z głęboką aleksją uczą się na nowo czytać na podstawie ogólnego wzoru wyrazu.



Ryc. 6. Przykładowe dostosowanie materiałów do pacjentów z głębokimi trudnościami w spostrzeganiu (różne kształty: okrągłe np. gruszka, chleb, oko oraz kwadratowe np. lampa, dom, koszula) oraz czytaniu (różne długości napisów np. dom, chleb, okulary)

Źródło: archiwum własne.

Jeżeli pacjent wykonuje prezentowane zadania, można zastosować gradacyjne badanie poziomu czytania na podstawie materiałów J. Cieszyńskiej, pt. *Kocham mówić*, gdzie do każdej z 5 historyjek obrazkowych (grafika jest odpowiednia dla osób dorosłych) opracowane zostały teksty o 4 poziomach trudności językowo-gramatycznych. Materiały te służą nie tylko odpowiedniej diagnozie, ale pomagają rozbudowywać słownik i zjawiska gramatyczne podczas terapii. Poniżej poglądowy obrazek prezentujący przykładowe teksty do jednej z historyjek.



Ryc. 7. Gradualne badanie czytania

Źródło: Cieszyńska, 2008.

Jako potwierdzenie zachowanych na wysokim poziomie umiejętności czytania można wykorzystać tzw. czytanie kontekstowe. W tym samym otoczeniu pojawiają się zdania różniące się od siebie jedynie szczegółem. Wykorzystywaną przez terapeutów w tym celu pomocą może służyć *Posłuchaj, pokaż, odpowiedz* A. Tońskiej-Szyfelbein, gdzie w pierwszej części zawarte są proste zdania dostosowane do obrazków (zdjęć) typu:

- *Myje twarz.*
- *Myję naczynia.*
- *Myję zęby.*
- *Myje okna.*

a w wersji trudniejszej są to zdania typu:

- *Pan w szarym kapeluszu na głowie siedzi na krześle obok drzwi.*
- *Pan w szarym kapeluszu na głowie siedzi na krześle obok stołu.*
- *Pan w szarym kapeluszu na głowie siedzi na fotelu obok drzwi.*
- *Pan w szarej czapce na głowie siedzi na krześle obok drzwi.*



Ryc. 8. Czytanie kontekstowe – zdania łatwiejsze i trudniejsze

Źródło: Tońska-Szyfelbein, 2018.



Terapia czytania

Założenia Symultaniczno-Sekwencyjnej Nauki Czytania® wynikają z przekonania, że „komunikacja polega na ciągłym łączeniu informacji kontekstowych z informacją wyrażoną językowo” (Klein, 2007, s. 126; za: Cieszyńska, 2011, s. 239), stąd podstawowymi rekwizytami terapeutycznymi są pismo i towarzyszące mu ilustracje, obrazki, zdjęcia, historyjki obrazkowe oraz opisy. W przypadku pacjentów dorosłych skuteczną strategią jest wykorzystanie podpisów w przestrzeni, tj. opisanie przedmiotów codziennego użytku w celu umożliwienia choremu jak największej liczby powtórzeń. Poza obszar niniejszej książki wykracza omawianie całej koncepcji Symultaniczno-Sekwencyjnej Nauki Czytania®, jednakże warto zwrócić uwagę na pewne istotne w terapii dorosłych rozwiązania, które z tą metodą nierozdzielnie się wiążą.

Przede wszystkim istotny jest dobór materiału językowego, który w kluczowy sposób wpływa na motywację pacjenta. Aby dostrzegał on istotę ćwiczeń czytania, można np. dostosować pomieszczenia i przedmioty do ćwiczeń językowych (ryc. 9).

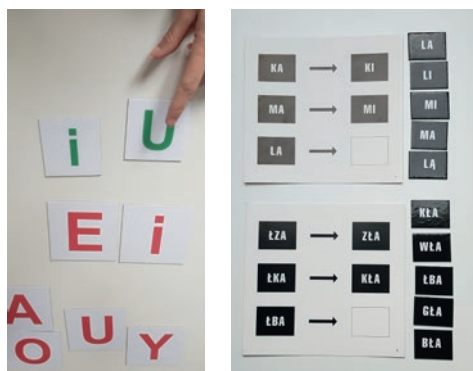


Ryc. 9. Czytanie globalne w codziennym funkcjonowaniu chorego

Źródło: archiwum własne.

Opisanie przedmiotów codziennego użytku wpływa na poprawę czytania globalnego, ale także aktywizuje mowę i pozwala pacjentowi powtarzać nowe struktury tak często, jak tego potrzebuje.

U pacjentów, u których problem z rozkodowaniem liter utrzymuje się dłużej, warto zacząć od podstaw, a zatem samogłosek. Z czasem można urozmaicać im ćwiczenia czytania np. poprzez łącznie ich z ćwiczeniami pisania, pamięci czy myślenia przez analogię dostosowanymi do jego poziomu.



Ryc. 10. Utrwalanie umiejętności czytania w zadaniach pamięci³ i myślenia przez analogię
Źródło: archiwum własne (wyd. Arson).

Czytanie globalne i rozpoznawanie liter (samogłosek oraz w sylabach) to z pewnością podstawa reedukacji aleksji. Elementy wprowadzane globalnie posłużą w dalszym etapie do odczytywania zdań oraz struktur składniowych: najpierw prostych, o zredukowanej konstrukcji typu, a następnie coraz dłuższych. Etapy ćwiczeń nad czytaniem u pacjentów z różnymi typami afazji i różnym stopniem aleksji zostały przedstawione na ryc. 11–12.



Ryc. 11. Czytanie prostych zdań (jednocześnie: utrwalanie fleksji rzeczownika)
Źródło: archiwum własne.

³ Zdjęcie przedstawia sekwencję samogłosek błędnie zapamiętaną przez pacjenta.



Ryc. 12. Budowanie coraz dłuższych tekstów

Źródło: archiwum własne.

Zwiększenie zasobów słownikowych oraz gramatycznych pozwala na budowanie coraz to dłuższych tekstów. Ich rozbudowa związana jest ściśle z programowaniem języka, dzięki czemu możliwe staje się nie tylko poszerzanie słownika czynnego, ale także korzystanie z kodu pisanego. Na ryc. 13 został zaprezentowany przykładowy tekst, dostosowany do sytuacji pacjenta z afazją mieszaną mieszkającego w Domu Pomocy Społecznej.

RANO WSTAŁEM Z ŁÓŻKA I POSZEDŁEM DO ŁAZIENKI.
 UMYŁEM TWARZ, RĘCE I ZĘBY.
 POTEM ZJADŁEM ŚNIADANIE, KTÓRE BYŁO SMACZNE.
 ZJADŁEM CHLEB Z PASZTETEM I POMIDOREM.
 WYPIŁEM HERBATĘ Z CYTRYNĄ I ZAPALIŁEM PAPIEROSA.
 PÓŹNIEJ ĆWICZYŁEM Z LOGOPEDĄ.
 PO ZAJĘCIACH OGLĄDAŁEM TELEWIZJĘ I CZYTAŁEM GAZETĘ.
 NIE POSZDŁEM NA SPACER, BO BYŁA BRZYDKA POGODA I PADAŁ DESZCZ.

Ryc. 13. Przykład tekstu dostosowanego do potrzeb chorego

Źródło: oprac. własne.

Dla lepszego rozumienia czytanego tekstu warto rozbijać większe struktury na pytania szczegółowe (*Kto? Co? Co robi? Gdzie? Z czym?* itp.). W początkowym etapie można w tym celu wykorzystać karty ćwiczeń E. Wianeckiej *Pytam i odpowiadam* wyd. Arson. Przy bardziej złożonych tekstach przygotowanych do czytania dla wysoko funkcjonujących pacjentów warto sięgnąć po zeszyty ćwiczeń autorek: Marioli Czarnkowskiej, Anny Lipy i Pauliny Wójcik-Topór pt. *Afazja – praca z tekstem* lub *Czytam i rozumiem*, cz. 1 i 2, wyd. WIR.



PAN GRABI LIŚCIE GRABIAMI.

KTO GRABI LIŚCIE?		PAN
CO ROBI PAN?		GRABI
CO GRABI PAN?		LIŚCIE
CZYM PAN GRABI LIŚCIE?		GRABIAMI
KTO?		
CO ROBI?		
CO GRABI?		
CZYM?		

Ryc. 14. Pytania do tekstu na różnych poziomach terapii

Źródło: E. Wianecka (Arson) oraz A. Miechowska (WIR).

7

Bociany

Na dachu domu pana Kazimierza znajduje się bocianie gniazdo. Co roku wiosną z ciepłych krajów przylatuje para bocianów, które właściciel domu nazwał: Ala i Alek. W tym roku bociany wcale nie odleciały jesienią. Zamiast lecieć do Turcji, Sudanu czy Egiptu, zostały w Polsce. Odleciały tylko ich młode.

Na szczęście zima była w tym roku wystarczająco łagodna, by ptaki przetrwały do wiosny. Zwierzęta wcale nie zmarły, bo nie było śniegu ani mrozu. Chyba czuły w kociach, że tak będzie...

– Wolę jednak, jak moje bociany odlatują – mówi pan Kazimierz. – Gdy wracają, wiosna ma zupełnie inny smak.



Pytania zamknięte

1. Czy bociany zrobiły gniazdo na dachu stodoły pana Kazimierza?
2. Czy co roku przylatują te same bociany?
3. Czy mężczyzna nazywał je: Jasio i Janek?
4. Czy w tym roku wszystkie bociany z dachu domu odleciały jesienią?
5. Czy zima była łagodna?
6. Czy zimą spadło dużo śniegu?
7. Czy pan Kazimierz woli, jak ptaki odlatują?

Pytania otwarte

1. Jaki ptaki mają gniazdo na dachu pana Kazimierza?
2. Jak pan Kazimierz je nazywał?
3. Jaka była zima w tym roku?
4. Dlaczego pan Kazimierz woli, kiedy bociany odlatują?

Złoty różanecznik

Czytanie programowane idzie w parze z programowaniem języka i stanowi niejako jego odzwierciedlenie. Dzięki temu pacjent otrzymuje materiały na miarę swoich potrzeb i możliwości do samodzielnego utrwalania w warunkach domowych. W przypadku trudności w wymowie wprowadzanych struktur np. fleksyjnych stosuje się ponownie gesty wizualizacyjne. W celu utrwalenia efektów pacjentom proponowany jest autorski program multimedialny, w którym gesty zostają nagrane na wideo, co umożliwi samodzielne wielokrotne powtarzanie poza gabinetem terapeutycznym.



Ryc. 15. Skany wykonane techniką poklatkową programu multimedialnego udostępnionego pacjentowi w celu utrwalania fleksji (na przykładzie pary [gruszka : gruszki])

Źródło: archiwum własne.

W przypadku wystąpienia trudności o charakterze percepcyjnym należy dostosować odpowiednio materiał do możliwości pacjenta np. poprzez zwiększenie czcionki, wyrazisty kolor druku (np. czerwony, czarny). Istotne jest także podtrzymywanie świadomości pacjenta oraz jego zaangażowania np. poprzez wspólne rozkładanie materiałów (przedmiotów, obrazków) oraz kierowanie jego uwagi na prezentowane obiekty. Na ryc. 16 przedstawiony został trening czytania u pacjentki z niedowidzeniem połowicznym, której percepcję tekstu ułatwiała kontrastowe okienko.



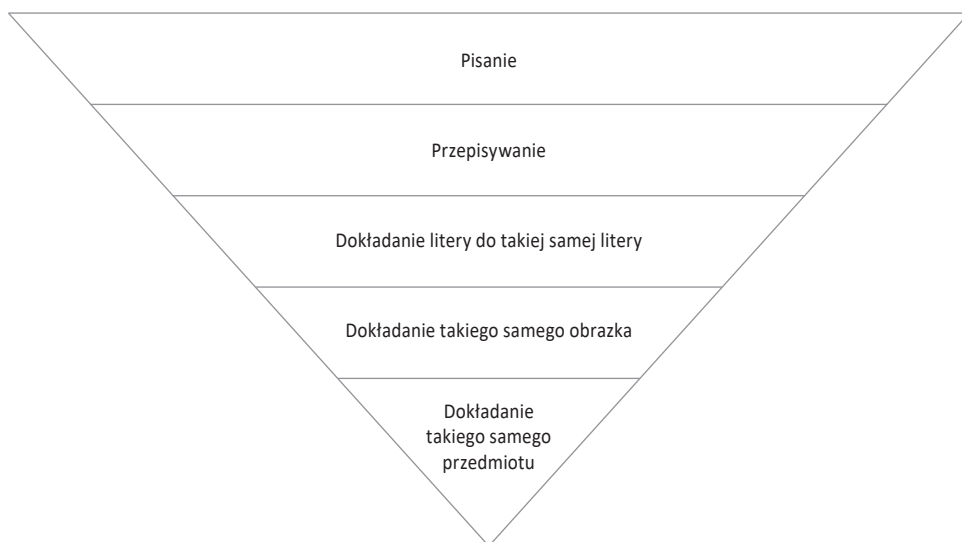
Ryc. 16. Czytanie przez okienko u pacjentki z niedowidzeniem połowicznym

Źródło: archiwum własne.

Ocena sprawności pisania

Podobnie jak w przypadku czytania oceny wymaga również umiejętność pisania. Wykorzystując gradualne podejście do diagnozy funkcji, należy rozeznaczyć się w poziomie zakłóceń w zakresie zarówno pisania od siebie, jak i przepisywania (kopiowania). Z uwagi na zachowane zdolności zautomatyzowane oraz emocjonalne nastawienie pacjenci w pierwszym etapie proszeni są o napisanie swojego imienia i nazwiska. Jeśli pacjent potrafi się podpisać, prosimy o zapisanie ze słuchu sylab, wyrazów, prostych zdań, a następnie napisanie czegoś od siebie (jak spędził weekend, co lubi jeść, czym się interesuje itp.). Jeśli jednakże zadanie okaże się zbyt trudne i pacjent nie potrafi się podpisać, terapeuta zapisuje dane pacjenta na osobnej kartce (w zależności od stopnia trudności, czasem jest to np. tylko imię), po czym prosi chorego o przepisanie. O ile możliwe jest bezpośrednie kopiowanie (pozwala na to przetrutowość uwagi oraz pamięć), warto zasłonić choremu wzór, który przepisuje i odsłaniać jedynie wedle potrzeby⁴. Taka strategia aktywizuje procesy pamięciowe. Schemat postępowania w przypadku agrafii został zaprezentowany na ryc. 17.

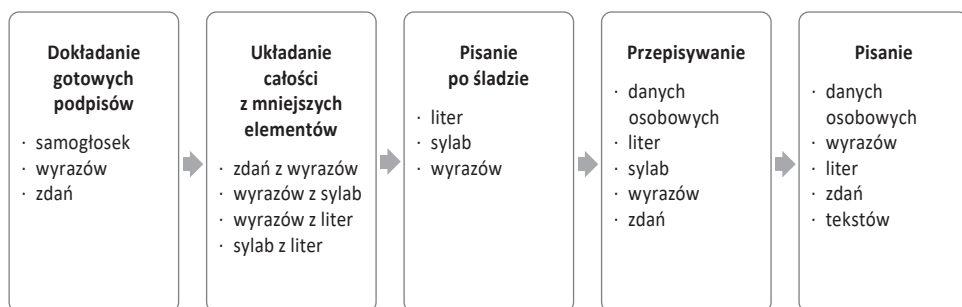
⁴ Jeśli nie jest możliwe samodzielne kopiowanie z uwagi na zaburzenia ruchowe (np. w przypadku tetraplegii), należy rozpocząć procedurę identyczną jak w podczas czytania, czyli sprawdzić, czy pacjent dokłada takie same napisy lub wzory do siebie (napis, literę, sylabę).



Ryc. 17. Gradualne badanie umiejętności pisania

Źródło: oprac. własne.

Po ustaleniu stopnia rozpadu umiejętności pisania opracowanie ćwiczeń adekwatnych do możliwości pacjenta może przebiegać wedle trudności zadań przedstawionych na ryc. 18.



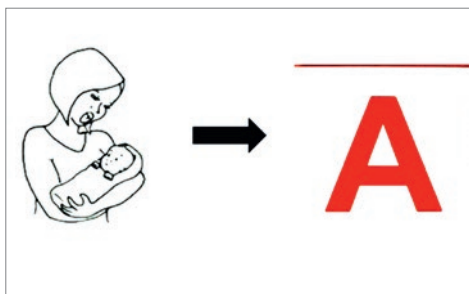
Ryc. 18. Gradacja zadań w pisaniu

Źródło: oprac. własne.

Przedstawiony poniżej szczegółowy opis gradualnych oddziaływań terapeutycznych zawiera nie tylko przykłady ćwiczeń, ale także wytwory pacjentów – w niektórych przypadkach zilustrowane zostały również błędy wymagające skorygowania. Model zawiera zadania przeznaczone zarówno dla chorych z agraphią będącą skutkiem zaburzeń kodowania językowego, jak również dla osób, u których trudności z pisanem wynikają z porażenia ręki dominującej.

Gradualna terapia sprawności pisania

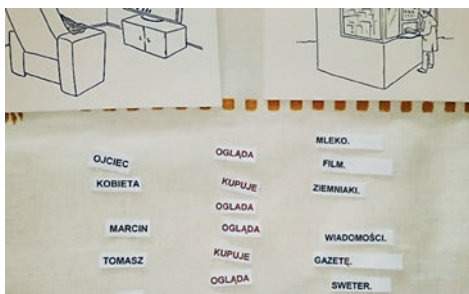
1. **Dokładanie gotowych podpisów**⁵. Pacjent dokłada przygotowany kartonik z podpisem. Zaleca się rozpoczęcie ćwiczeń od 1. samogłosek (np. w sytuacji kontekstowej), następnie 2. wyrazów (np. z wykorzystaniem obiektów lub obrazków), a na końcu 3. zdań (układanie wyrazów w zdania adekwatne do sytuacji). Przykłady zadań zaprezentowane zostały na ryc. 19.



Ryc. 19. Dokładanie gotowych podpisów (samogłoski kontekstowe, wyrazy globalne)

Źródło: archiwum własne (materiały: Cieszyńska-Rożek, Kosiba, 2013).

2. **Układanie całości z mniejszych elementów**. Najlepiej rozpocząć od 1. pojedynczych wyrazów, z których budowane będą zdania (np. o formule Podmiot–Orzeczenie lub Podmiot–Orzeczenie–Dopełnienie), następnie 2. pacjent układa wyrazy, które wcześniej zostały rozcięte na sylaby (najlepiej przygotować w ten sposób wyrazy, które pacjent już dobrze zna i poprosić o ułożenie rozsypanki), w dalszej kolejności 3. układa się podpisy pod obrazkami z pojedynczych liter oraz 4. buduje z liter sylaby.

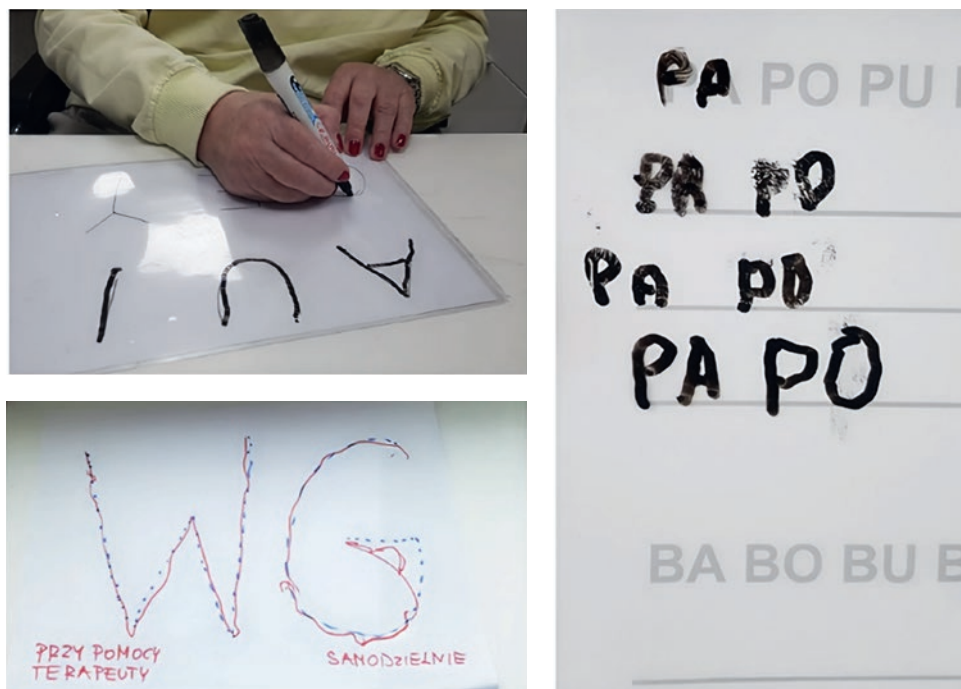


Ryc. 20. Układanie całości z mniejszych elementów (np. zdań z wyrazów, wyrazów z sylab)

Źródło: archiwum własne.

⁵ Z uwagi na trudności manualne większości pacjentów warto zadbać o podpisy na grubych kartonikach.

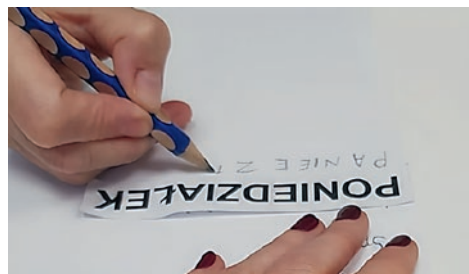
3. **Pisanie po śladzie** – technika pisania po śladzie daje wiele możliwości: można wykropkować kształt liter, wydrukować zapis jasną czcionką (ważne, by była duża oraz bezszeryfowa), użyć wytłaczanek lub włożyć wzór do foliowej koszulki, dzięki czemu pacjent za pomocą markera suchociernego i gąbki może wielokrotnie powtarzać ćwiczenie. W pierwszej kolejności pacjent opanowuje naukę pisania 1. liter (najlepiej zacząć od samogłosek), następnie 2. sylab, a na końcu 3. wyrazów.



Ryc. 21. Pisanie po śladzie – różne poziomy zadań oraz techniki

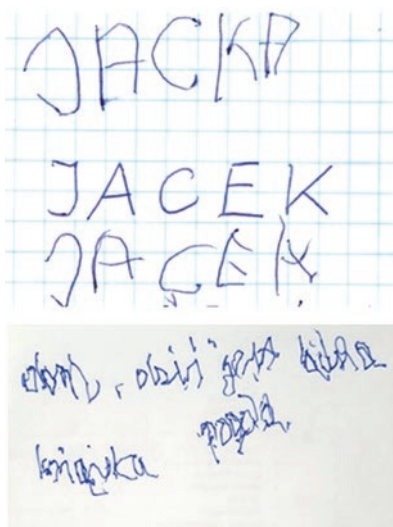
Źródło: archiwum własne.

4. **Przepisywanie** – zadaniem pomostowym pomiędzy pisaniem po śladzie a samodzielnym pisaniem jest przepisywanie. W zależności od możliwości chorego można zakrywać lub odkrywać gotowy wzorzec (niektórym pacjentom wystarczy jedynie przypomnieć zapis całego słowa, inni zaś kopiują po jednej literze). W pierwszej kolejności pacjent przepisuje swoje imię i nazwisko (dane osobowe są istotne nie tylko z uwagi na funkcjonowanie chorego, jest to także zazwyczaj najlepiej zachowany automatyzm), a następnie wprowadzamy zapis liter, sylab, wyrazów i zdań.



Ryc. 22. Przepisywanie (liter, sylab, wyrazów, zdań)

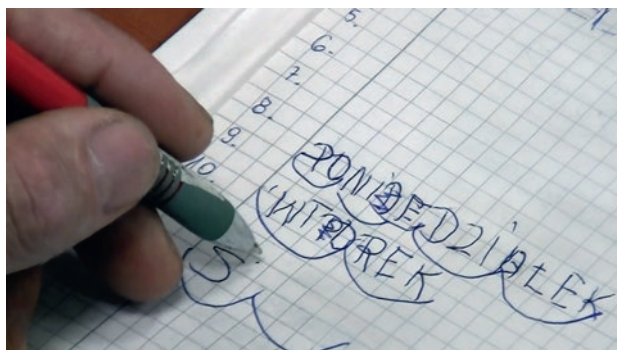
Źródło: archiwum własne.



Ryc. 23. Trudności pacjentów na różnych poziomach – przepisywanie sylab, słów i zdania (np. „Dziś jest ładna pogoda”)

Źródło: archiwum własne.

5. **Samodzielne pisanie.** Zwieńczeniem umiejętności pisania jest samodzielny zapis liter, sylab, wyrazów i zdań, a jeśli możliwości chorego na to pozwalają – nawet dłuższych wypowiedzi. Aby ułatwić organizację tekstu, można wprowadzić metodę falbankowania (zob. Orłowska-Popek, 2018), polegającą na graficznym podkreśleniu sylaby w wyrazach. Technika ta pozwala pacjentom w prawidłowym odczytywaniu sylab (poprzez ułatwienie selekcji) oraz porządkuje wzorzec wyrazu oparty na sylabie (można bowiem zaznaczyć choremu liczbę sylab do uzupełnienia). Ćwiczenia te są nie tylko trenowaniem sprawności pisanie, ale także słuchu fonemowego, ze szczególnym uwzględnieniem analizy i syntezy słuchowej.



Ryc. 24. Samodzielne pisanie wyrazów z zastosowaniem techniki falbankowania

Źródło: archiwum własne.

Podsumowanie

Czytanie i pisanie są umiejętnościami niezwykle istotnymi nie tylko ze względu na funkcjonowanie pacjenta. W procesie terapeutycznym to jedna z podstawowych technik odbudowywania systemu językowego, dzięki której możliwe jest zaangażowanie wielomodalnego przetwarzania, co ułatwia chorym lepsze zapamiętywanie. Nie bez znaczenia jest również fakt, że dzięki pismu możliwe staje się wielokrotne powtarzanie ćwiczonego materiału oraz utrwalanie poprzez pracę w domu. Ma to kluczowe znaczenie u osób w dojrzałym wieku z uwagi na pogarszającą się neuropatyczność mózgu oraz motywację pacjenta.

Bibliografia

- Cieszyńska J. (2008). *Kocham mówić. Historyjki obrazkowe z tekstami*. Kraków: Wydawnictwo Edukacyjne.
- Cieszyńska J. (2011). *Wczesna diagnoza i terapia zaburzeń autystycznych. Metoda Krakowska*. Kraków: Centrum Metody Krakowskiej.
- Cieszyńska J., Korendo M. (2007). *Wczesna interwencja terapeutyczna. Stymulacja rozwoju dziecka od 3. miesiąca życia do 6. roku życia*. Kraków: Wydawnictwo Edukacyjne.
- Cieszyńska-Rożek J., Kosiba A. (2013). *Symultaniczno-Sekwencyjna Nauka Czytania – Samogłoski*. Kraków: Arson.
- Czarnkowska M., Lipa A., Wójcik-Topór P. (2016). *Czytam i rozumiem, cz. 1 i 2*. Kraków: WIR.
- Czarnkowska M., Lipa A., Wójcik-Topór P. (2018). *Afazja – praca z tekstem*. Kraków: WIR.
- Grzesiak-Witek D. (2013). *Diagnoza i terapia logopedyczna osób z afazją motoryczną. Odbudowanie kompetencji językowej i systemu językowego*. Kraków: Wydawnictwo Naukowe UPJPII.
- Herzyk A. (2005). *Wprowadzenie do neuropsychologii klinicznej*. Warszawa: Scholar.
- Orłowska-Popek Z. (2017). *Programowanie języka w terapii logopedycznej (na przykładzie rozwoju języka dzieci niesłyszących)*. Kraków: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego.

- Panasiuk J. (2015). Postępowanie logopedyczne w przypadkach afazji. W: S. Grabias, J. Panasiuk, T. Woźniak (red.), *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego* (s. 2869–2917). Lublin: UMCS.
- Pawłowska-Jaroń H., Siudak A. (2021). Komunikacja seniorów a zaburzenia percepcji wzrokowej w badaniach mieszkańców DPS. W: M. Korendo, A. Siudak (red.), *Od zmysłu wzroku do praktyki logopedycznej* (s. 111–128). Kraków: Collegium Columbinum.
- Pąchalska M. (2011). *Afazjologia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Rutkiewicz-Hanczewska M. (2016). *Neurobiologia nazywania. O anomii propriajnej i apetywnej*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Siudak A. (2019). Programowanie języka w afazji osób dorosłych cz. 1: system fonetyczno-fonologiczny (techniki wywoływania samogłosek). W: H. Pawłowska-Jaroń, E. Bielenda-Mazur, A. Siudak (red.) *Wyzwania terapii logopedycznej* (s. 265–278). Kraków: Collegium Columbinum.
- Siudak A. (2022). Gradualny sposób badania mowy pacjentów dorosłych z afazją. *Poznańskie Studia Polonistyczne. Seria Językoznawcza*, 29(1), 211–220, <https://doi.org/10.14746/pspj.2022.29.1.13>.
- Tońska-Szyfelbein A. (2018). *Posłuchaj, pokaż, odpowiedz*. Gdańsk: Harmonia.
- Walsh K., Darby D. (2008). *Neuropsychologia kliniczna Walsha*. Gdańsk: GWP.
- Wianecka E. (2016). *Pytam i odpowiadam*. Kraków: Arson.
- Wójcik-Topór P. (2021). Zaburzenia pisani u osób dorosłych z chorobami neurologicznymi w diagnozowaniu i postępowaniu terapeutycznym. W: M. Korendo, A. Siudak (red.), *Od zmysłu wzroku do praktyki logopedycznej* (s. 95–110). Kraków: Collegium Columbinum.

Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis

Studia Logopaedica 7 (2023)

ISSN 2083-7283

DOI 10.24917/20837283.7.12

Marzena Maria Szurek

Uniwersytet Ignatianum, Kraków

ORCID 0000-0002-8134-2285

Metody postępowania logopedycznego w terapii pacjenta z mową bezdźwięczną – studium przypadku

Speech therapy methods in the treatment of a patient with unvoiced speech – a case study

Streszczenie

Artykuł jest studium przypadku 6-letniej dziewczynki z mową bezdźwięczną, opisuje przebieg diagnozy oraz terapii z uwypukleniem jej najważniejszych etapów, okoliczności indywidualizacji podejścia terapeutycznego i zwróceniem uwagi na sukcesy i największe trudności, jakie pojawiły się w trakcie pracy w gabinecie logopedycznym i poza nim. Analizę przypadku poprzedzono podstawowymi informacjami na temat mowy bezdźwięcznej, jej specyfiki, etiologii i najważniejszych odniesień do tego typu dyslalii w literaturze przedmiotu.

Słowa kluczowe: dyslalia, wady wymowy, mowa bezdźwięczna, desonorizacja, terapia logopedyczna

Abstract

The article is the case study of a 6-year-old girl with voiceless speech. It describes the course of diagnosis and therapy, highlighting its most important stages and the circumstances of individualization of the therapeutic approach. It also points out the successes and greatest difficulties that arose in the course of the work in the speech therapist's office and outside it. The case study was preceded by basic informations about voiceless speech, its specificity, etiology and the most important references to this type of dyslalia in the source literature.

Key words: dyslalia, speech impediments, voiceless speech, desonorization, speech therapy

Mowa bezdźwięczna w świetle teorii

Zaburzenie mowy dotyczące kategorii dźwięczności jest szczególnym rodzajem dyslalii, z którym logopeda spotyka się dość rzadko. Badania M. Demela, przeprowadzone w połowie ubiegłego wieku wśród dzieci w wieku wczesnoszkolnym, wskazywały na występowanie tego zaburzenia u 1% populacji (Demel, 1959), zaś A. Sołtys-Chmielowicz prawie czterdzieści lat później wymowę bezdźwięczną zdiagnozowała u ok. 2% dzieci, robiąc próby z udziałem dzieci w wieku przedszkolnym (3–6 lat) oraz powyżej 6 r.ż. (Sołtys-Chmielowicz, 1998, s. 136). A. Lorenc rozbieżności w wynikach badań tłumaczy odmiennością metodologiczną i różnymi narzędziami badawczymi, podejmując jednocześnie własne badania eksperymentalne w oparciu na metodologii fonetyki akustycznej i audytywnej¹ i polemizując z dotychczasowymi ustaleniami na temat zaburzeń dźwięczności (Lorenc, 2012, s. 71–91)². Badania te zostały poprzedzone przeprowadzonymi kilka lata wcześniej i opublikowanymi pod nazwiskiem Trochymiuk szeroko zakrojonymi analizami statystycznymi (Trochymiuk, 2008). Oprócz wymienionych autorów problem mowy bezdźwięcznej podejmowali na gruncie polskim m.in. również J.T. Kania (1975, s. 89–95, 1982), P. Łobacz (1996), L. Konopska (2015, 2017, 2018) i pośrednio też L. Kaczmarek (1988), B. Ostapiuk (2013) czy D. Pluta-Wojciechowska (2012). Zjawisko to jednak, ze względu na małą powszechność, nie jest tak obszernie opisywane jak inne rodzaje dyslalii, wobec czego w konsekwencji przypadki zaburzeń w realizacji dźwięczności nastręczają logopedom wielu dylematów i trudności w postępowaniu terapeutycznym. Szczególnie trudny jest pierwszy etap terapii, jako że wada ta wiąże się z dużym stopniem niezrozumiałości mowy, a często też ze zjawiskiem obniżonej motywacji do mówienia, szczególnie u dzieci doświadczających porażek komunikacyjnych.

Zaburzenie w zakresie realizacji dźwięczności określane jest w literaturze najczęściej jako mowa bezdźwięczna (Kania, 1982; Sołtys-Chmielowicz, 2011), ale też wymowa bezdźwięczna (Kaczmarek, 1982), dyslalia desonoracyjna (Konopska, Tarnowska, 2005) lub dyssonorność (Ostapiuk, 2013)³. Polega ono na pozbawieniu lub zaburzeniu cechy dźwięczności w głoskach, dla których dźwięczność owa jest cechą dystynktywną, różnicującą głoski opozycyjne⁴. Najczęściej osoba z tego typu

¹ Badania te, jak wyjaśnia autorka, uwzględniały pomiar czasu rozpoczęcia dźwięczności (VOT) spółgłosek zwarto-wybuchowych, a także polegały na eksperckiej ocenie transkrybentów (Lorenc, 2012, s. 76–78).

² „[...] Przeprowadzona analiza wykazała, że w obrębie spółgłosek zwarto-wybuchowych tzw. mowa bezdźwięczna nie jest zjawiskiem w swej istocie jednorodnym, opartym na opozycji binarnej, w którym głoski dźwięczne zastępowane są bezdźwięcznymi odpowiednikami (por. Kania, 1982; Sołtys-Chmielowicz, 2008). Zaproponowana klasyfikacja sposobów realizacji dźwięczności w mowie zaburzonej wskazuje na ich o wiele większe zróżnicowanie, a zarazem ogromną indywidualizację” (Lorenc, 2012, s. 86).

³ D. Pluta-Wojciechowska zaproponowała termin „dyssonantyczność” (2012, s. 40), jednakże wskazuje się na niejednoznaczność i niefortunność tego określenia, na co zwracają uwagę A. Lorenc i J. Skrzek (2021, s. 249).

⁴ Zgodnie z tym, co podaje literatura (np. Sołtys-Chmielowicz, 2011, s. 89), w języku polskim występuje 13 par głosek opartych na opozycji dźwięczności: [p–b, p'–b', f–v, f'–v', t–d,

zaburzeniem realizuje głoski dźwięczne w postaci ich bezdźwięcznych odpowiedników (Kania, 1982; Sołtys-Chmielowicz, 2011). Jednak brak dźwięczności nie dotyczy głosek półotwartych i samogłosek, co wskazuje na rolę stopnia otwarcia głóski w realizacji dźwięczności (por. Kania, 1982, s. 244). Kania wskazuje też na realizację półdźwięczną z dźwięczną fazą początkową wymowy i bezdźwięczną fazą końcową lub w konfiguracji odwrotnej, która może występować na etapie przejściowym terapii (por. Lorenc, Skrzek, 2021, s. 250). Jednak badania A. Trochymiuk [Lorenc] wykazały, że „mowa bezdźwięczna prezentuje się jako o wiele bardziej skomplikowane zjawisko niż tylko zastępowanie realizacji fonemów dźwięcznych ich bezdźwięcznymi odpowiednikami [...]” (Trochymiuk [Lorenc], 2008, s. 148–153). Autorka zaproponowała własną klasyfikację sposobów realizacji dźwięczności w mowie zaburzonej, zwracając uwagę na jej zróżnicowanie oraz indywidualizację. Na podstawie analizy fonetyczno-akustycznej parametru VOT wyróżniła następujące typy głósek (zaznaczyć należy, że badania dotyczyły tylko spółgłósek zwarto-wybuchowych): głoski całkowicie dźwięczne, częściowo dźwięczne, częściowo bezdźwięczne w połączeniu z krótką afrykacją, częściowo bezdźwięczne w połączeniu z długą afrykacją, bezdźwięczne, bezdźwięczne w połączeniu z krótką afrykacją oraz bezdźwięczne w połączeniu z długą afrykacją (Trochymiuk [Lorenc], 2008, s. 148–153). Niezależnie od podziałów przyjętych przez badaczy w warunkach gabinetowych i na potrzeby terapii logopeda powinien opierać się przede wszystkim na kryterium ortoepicznym (słuchowa ocena wypowiedzi pacjenta w kontekście normy realizacyjnej), ale też brać pod uwagę inne kryteria: estetyczne (wzrokowa ocena ułożenia aparatu artykulacyjnego), wiekowe (uwzględniające proces i etapy nabywania poszczególnych dźwięków w trakcie rozwoju dziecka), medyczne (ocena przyczyn w kontekście warunków anatomicznych obszaru ustno-twarzowego) (por. Kania, 1982, s. 148; Skrzek, 2012, s. 129).

Etiologia mowy bezdźwięcznej została opisana przez J.T. Kanię i stanowi ona klasyczny wzorzec podziału przyczyn tego zaburzenia dla praktyków, a jego znajomość jest istotna z punktu widzenia przebiegu terapii, szczególnie w fazie początkowej. Autor wskazał na trzy główne proveniencje mowy bezdźwięcznej: zaburzenia słuchu fonematycznego, zaburzenia słuchu fizycznego oraz brak koordynacji między pracą fałdów głosowych a pracą nasady. Wspomina też o przyczynach związanych z zaburzeniem kinestezji artykulacyjnej, uszkodzeniem centralnego układu nerwowego (u dzieci) lub afazją aferentną (u dorosłych) (Kania, 1975, s. 206; 1982, s. 249). Nierealizowanie dźwięczności spowodowane zaburzeniami słuchu fonematycznego jest, nawiązując do teorii S. Grabiasa, deficytem w zakresie kompetencji (Grabias, 1994, por. też Sołtys-Chmielowicz, 2011, s. 90). Opanowanie umiejętności realizowania opozycji dźwięczna–bezdźwięczna jest utrudnione, ponieważ dziecko tej opozycji nie różnicuje słuchowo albo może słyszeć ją wyłącznie u innych osób, ale nie we własnych realizacjach. Píše o tym zarówno Kaczmarek (1982, s. 104),

k–g, k'–g', c–z, č–ž, ć–ź, ś–ż, š–ž]. Zastanawiające, że repertuar ów nie uwzględnia opozycji [t'–d'] również występującej we współczesnym języku polskim, np. [t' ĭara], [d' ĭament], [d' ĭadem].

jak i Sołtys-Chmielowicz (2011, s. 90). Wada słuchu fizycznego to również brak lub zaburzenie kompetencji, spowodowane jednak nieposiadaniem wzorca słuchowego, do którego można by się odnieść. W przypadku osób niedosłyszących istotną rolę w percepcji spółgłosek dźwięcznych będzie pełnić odległość od źródła bodźca słuchowego (Sołtys-Chmielowicz, 2011, s. 91). Z inną sytuacją spotykamy się wtedy, gdy zaburzenie dźwięczności wynika z braku koordynacji między pracą fałdów głosowych a pracą artykulatorów, ale także przy zaburzonej kinestezji artykulacyjnej, co wiąże się z kłopotami w zakresie realizacji, a nie kompetencji. Fonemy dźwięczne, jeśli nawet są różnicowane słuchowo i istnieją w umyśle pacjenta jako byty psychiczne, nie mogą być poprawnie wymówione (Sołtys-Chmielowicz, 2011, s. 91–92). Jak bowiem piszą L. Konopska i E. Teresińska (2020, s. 26), „artykulacja dźwięcznych spółgłosek obstruentalnych wymaga superpozycji zwarcia i/lub szczeliny oraz drgań fałdów głosowych”, co sprawia, że pod względem aerodynamicznym są to głoski bardzo trudne do wyartykułowania (Ohala, Riordan, 1979; Ohala, Solé, 2010).

Analiza przypadku dziecka z mową bezdźwięczną

Opis diagnostyczny

Anastazja zgłosiła się na diagnozę logopedyczną w wieku 6 lat. Na podstawie wywiadu pośredniego z rodzicami ustalono, że dziewczynka była dotychczas w nieregularnej terapii logopedycznej trwającej od 2 lat, ale nie przyniosło to poprawy artykulacji.

Dziecko urodziło się siłami natury, bez komplikacji, a po urodzeniu otrzymało 10 punktów w skali Apgar. Miejsce zamieszkania Anastazji to duże miasto, rodzice posiadający wyższe wykształcenie wychowują też starszego o trzy lata od córki syna. Dziewczynka uczęszcza do zerówki, dotychczas nie miała problemów społecznych, była wesoła i miała łatwość nawiązywania relacji, ale coraz bardziej zaczyna wycofywać się z kontaktów interpersonalnych ze względu na świadomość niezrozumiałości swojej mowy, a także w reakcji na sporadycznie zdarzające się sytuacje wykluczenia i dyskredytujące zachowanie rówieśników.

Rodzice opisali rozwój motoryczny dziewczynki jako normatywny. Anastazja stopniowo i bez większych trudności osiągała kolejne umiejętności w zakresie motoryki dużej, mając około roku zaczęła stawiać pierwsze samodzielne kroki. Jednakże dość późno (w porównaniu ze starszym bratem) zaczęła mówić. Trudno odnieść się w tym przypadku do czasowych norm rozwojowych dotyczących etapów nabywania języka, bo rodzice nie pamiętają dokładnego wieku, w którym u dziewczynki pojawiły się intencjonalne dźwięki, gaworzenie samonaśladowcze, pierwsze wyrazy czy zdania. Relacjonują rozwój językowy Anastazji na zasadzie porównania z rozwojem mowy starszego syna.

Badanie lateralizacji wykazało praworęczność, przewagę prawego oka oraz nieustabilizowaną lateralizację ucha. W ocenie wizualnej pozycji spoczynkowej języka oraz podczas obserwacji toru oddechowego nie stwierdzono nieprawidłowości. Badanie słuchu fonematycznego, przeprowadzone dwukrotnie na różnych materiałach (Emiluta-Rożyca, 2013; Gruba, 2016), nie wykazało dysfunkcji w tym obszarze. Dziewczynka prawidłowo różnicowała percepcyjnie pary opozycyjne, nie objawiała

też problemów w rozumieniu tekstu słuchanego, a mimo to nie realizowała dźwięczności w wymowie. Obserwowane u Anastazji nieprawidłowości fonetyczne odpowiadały najczęściej obserwowanemu typowi bezdźwięczności polegającemu na konsekwentnym zastępowaniu głosek dźwięcznych ich bezdźwięcznymi odpowiednikami. Zauważalne były też uproszczenia zbitek spółgłoskowych, rozpodobnienia i sporadyczne elizje lub metatezy głosek czy sylab w dłuższych wyrazach. Taki sposób artykulacji czynił wypowiedzi dziewczynki w znacznej mierze niezrozumiałymi. W celu dopełnienia diagnozy zalecono też konsultację laryngologiczną, ale ta nie wykazała żadnych nieprawidłowości. Wstępnemu badaniu poddano kinestezję artykulacyjną (Duda, 2018), która okazała się zaburzona. Zauważono też słabą izolację ruchów zuchwy od ruchów języka.

Ze względu na – współwystępujące z mową bezdźwięczną – inne objawy nieprawidłowości językowych przeprowadzono również test zagrożenia dysleksją SWM (Cieszyńska-Rożek, Korendo, 2022). Anastazja uzyskała w nim dobre wyniki: prawidłowy poziom analizy i syntezy wzrokowej (zarówno na materiale tematycznym, jak i atematycznym), adekwatne użycie języka, bardzo dobrą pamięć sekwencyjną na materiale wzrokowym. Jednakże zauważono (zbieżnie z wcześniejszymi obserwacjami) pewne deficyty w zakresie analizy i syntezy słuchowej oraz pamięci słuchowej – opuszczanie bądź przestawianie sylab w wyrazach i wyrazów w zdaniach. Obszarem zaburzonym okazała się też grafopercepcja – podczas wykonywania zadań dziewczynka miała problem z odrysowaniem zaprezentowanych wzorów. Dodatkowo, zgodnie z tym, co zauważyli J.T. Kania, a następnie A. Sołtys-Chmielowicz (1989) na temat korelacji mowy bezdźwięcznej z deficytami w zakresie czytania i pisania, dziewczynka wykazywała duże trudności podczas nauki czytania i pisanie – głównie dotyczyły one syntezy liter i sylab, ponadto myliła litery, zamieniała miejscami głoski dźwięczne i bezdźwięczne, stosowała rozpodobnienia pod względem dźwięczności.

Na podstawie powyższego, posługując się terminologią zaproponowaną przez A. Lorenc i J. Skrzeka (2021, s. 257), rozpoznano u Anastazji dyslalię desonoryzacyjno-fonacyjną. Z uwagi na prawidłowy słuch fizyczny, niezaburzony słuch fonematyczny sądzić można, że mowa bezdźwięczna, ale też pozostałe deficyty językowe dziewczynki nie wynikały z braku kompetencji, a raczej z problemów realizacyjnych powiązanych z zaburzoną kinestezją artykulacyjną i słabą koordynacją fałdów głosowych z nasadą. Przez wzgląd na korelację z problemami grafopercepcyjnymi oraz kłopotami w dokonywaniu syntezy podczas czynności czytania i w zadaniach słuchowych wzięto też pod uwagę zaburzenia mechanizmu sekwencyjności, pamięci sekwencyjnej i koordynacji w szerszym zakresie. To w sposób oczywisty implikowało połączenie terapii mowy bezdźwięcznej z terapią ogólnorozwojową stymulującą procesy myślowe, w których zauważono deficyty. Aby jednak pozostać w zgodzie z tematem artykułu, dalsza część opisu będzie zogniskowana głównie na przebiegu terapii w aspekcie mowy bezdźwięcznej.

Przebieg terapii

Dotychczasowa nieskuteczna terapia logopedyczna koncentrowała się na próbie wywołania dźwięczności głosek, ale bez uwzględnienia aspektu etiologicznego wskazującego na zaburzenia kinestezji i koordynacji⁵. Terapię przeprowadzano z pominięciem etapu przygotowującego do wywoływania głosek, co – z racji braku efektywności – dodatkowo znacznie obniżyło motywację dziecka do pracy nad własną wymową. To pokazuje, jak ważne jest holistyczne podejście terapeutyczne, ze szczegółową analizą nie tylko objawów, ale też etiologii zaburzenia i całościową oceną problemu.

Na podstawie postawionej diagnozy ustalony został dla Anastazji plan terapii logopedycznej (odbywającej się w wymiarze 1 godziny tygodniowo), który można zawrzeć w trzech punktach obrazujących obszary działań. Na początku pracy z dzieckiem kluczowa była kolejność, w jakiej zostały przedstawione oddziaływania logopedyczne, natomiast w momencie dotarcia do etapu trzeciego na dalszy plan schodziły czynności realizowane we wcześniejszych punktach, aż do zupełnego ich wygaszenia⁶. Poniżej przedstawiono i opisano wspomniane aspekty terapii – etap przygotowawczy, etap wywoływania głosek oraz etap automatyzacji wymowy.

1. **Etap przygotowawczy** polegał na uświadamianiu różnicy między głoskami dźwięcznymi i bezdźwięcznymi na zasadzie czuciowej kontroli ruchów krtani podczas pracy fałdów głosowych. Miało to na celu dostrzeżenie tej opozycji nie tyle słuchowo, bo dziewczynka słyszała różnicę w wypowiedziach innych osób, co czuciowo – przez zwiększenie nacisku na kinestezję artykulacyjną, czyli uruchomienie czucia własnych narządów mowy. Początkowo dziecko słuchało artykulacji logopedy, kładąc jedną rękę na jego krtani, a drugą rękę przykładając do swojej krtani (Sołtys-Chmielowicz, 2011, s. 93). Dla wzmocnienia wrażeń zmysłowych zastosowano też metodę sugerowaną przez J. Cieszyńską, czyli mruczenie wykonywane przez logopedę trzymającego dziecko na kolanach „aby mogło odczuć wibracje całego ciała przenoszone przez kości” (Cieszyńska, 2012, s. 30). Skuteczność tego typu stymulacji zmysłowych (ingerencji dotykowej) podczas terapii dziecka z dyslalią obwodową potwierdza, opisując swój eksperyment, J. Skrzek (2017).

Kolejną fazą było podjęcie samodzielnych prób wymowy głosek dźwięcznych przez dziecko (z utrzymaniem autokontroli dotykowej oraz kontroli krtani logopedy). Ponieważ możliwa do osiągnięcia przez pacjenta dźwięczność może być zrealizowana na tym etapie tylko podczas wymawiania samogłosek

⁵ Co pozwala sądzić, że zaburzenie to jest zagadnieniem trudnym dla logopedów, a co dopiero dla osób bez przygotowania logopedycznego (nauczycieli, rodziców). Sołtys-Chmielowicz stwierdza, że „[...] wada ta czasami jest trudna do wykrycia. Można jej nie zauważyć u dziecka mówiącego bardzo cicho” (2011, s. 92).

⁶ Wygaszenie ćwiczeń stymulujących kinestezję artykulacyjną i ćwiczeń relaksacyjnych następowało w sposób naturalny, kiedy już kontrola czuciowa pracy fałdów głosowych oraz świadoma redukcja napięcia mięśniowego nie były potrzebne (a według J. Skrzeka mogłaby być nawet szkodliwa i świadczyć o złym przebiegu terapii – 2017, s. 191) do realizacji dźwięku w fazie automatyzacji.

i spółgłosek sonornych, to właśnie te drugie posłużyły jako kontrast do bezdźwięcznych obstruentów. Na tym etapie, dla zintensyfikowania stymulacji zmysłowej, Anastazja podczas wymawiania opozycji np. m–p, n–t, l–c (Sołtys-Chmielowicz, 2011, s. 93), n–c, n–s (Kania, 1982, s. 252) zakrywała dłońmi uszy. „Odczucie różnicy między dźwięczną a bezdźwięczną jest wówczas o wiele bardziej wyraziste” (Sołtys-Chmielowicz, 2011, s. 93). Również samogłoski, jako nośniki cechy dźwięczności, zostały wykorzystane do odczucia pracy aparatu mowy – dziewczynka wymawiała je naprzemiennie głośno i szeptem, z jednocześnie dotykową kontrolą vibracji odczuwanych w okolicach krtani.

W miarę jak dziecko zyskiwało świadomość istnienia opozycji dźwięczności i nabywało coraz większej sprawności w zakresie kinestezji artykulacyjnej, techniki oparte na percepcji czuciowej można było stopniowo zastąpić wizualizacją za pomocą gestów obrazujących aktywność wiązań głosowych. W przypadku Anastazji było to dotknięcie palcem krtani lub jedynie wskazanie w kierunku krtani (Cieszyńska, 2012).

Ów początek procesu terapeutycznego stanowił największe wyzwanie zarówno dla Anastazji, jak i logopedy. Dziewczynce trudno było skupić się na ćwiczeniach, które w jej odczuciu nie dawały bezpośredniego i natychmiastowego efektu w postaci poprawy jakości komunikacji. Brak motywacji wynikał też z wcześniejszych, nieskutkujących osiągnięciem prawidłowej wymowy, wysiłków podejmowanych podczas trwania długiej terapii. Intensywne ćwiczenia przygotowujące do właściwej pracy nad zaburzonymi głoskami musiały być więc przeplatane różnymi formami uatrakcyjniania zajęć. Ważnym elementem okazały się tu zabawy ruchowe, ćwiczenia oddechowe i relaksacyjne, które posłużyły nie tylko do poprawy samopoczucia dziecka, ale także do zredukowania napięcia w krtani. Ćwiczenia te wykonywano z wykorzystaniem techniki Lax Vox, stosując tzw. oddech trzmiela, mruczanki, mormoranda, parskanie itp. Były one wykonywane naprzemiennie z treningami głoskowymi, w formie przerywnika i rozluźniającej zabawy.

2. **Wywoływanie głosek** stanowiło proces uwzględniający przyjęte przez J.T. Kani założenia (1975, s. 207–208; 1982, s. 249), które jednak skorygowano, dostosowując kolejność pracy nad głoskami do indywidualnych predyspozycji dziewczynki⁷. Według Kani w terapii mowy bezdźwięcznej należy wziąć pod uwagę dwa podstawowe kryteria decydujące o kolejności wprowadzania poszczególnych dźwięków:

⁷ Jak pokazuje praktyka, założenia te można wdrażać z ewentualną korektą indywidualną wynikającą ze szczególnych predyspozycji pacjenta, np. poziomu rozwoju fonologicznego, poziomu rozwoju umiejętności słuchowych, wieku dziecka czy warunków anatomicznych i funkcjonalnych aparatu artykulacyjnego (Lorenc, Skrzek, 2021, s. 259–260). U Anastazji przyjęta kolejność wywoływania głosek wynikała z bieżącej obserwacji trudności i sukcesów, jakie pojawiały się na tym etapie pracy. Głoski zwarto-wybuchowe udało się dziewczynce udźwięcznić łatwiej i szybciej niż głoski zwarto-szczelinowe.

- stopień zbliżenia narządów mowy (im większy stopień otwarcia, tym łatwiej uzyskać dźwięczność głoski, zatem należy rozpocząć terapię od najbardziej otwartych – spółgłosek szczelinowych, a kończyć na najbardziej zamkniętych – spółgłoskach zwarto-wybuchowych);
- odległość miejsca artykulacji od fałdów głosowych (łatwiej udźwięcznić głoskę bardziej oddaloną od fałdów głosowych, a więc rozpocząć pracę od wargowo-zębowych, a kończyć na tylnojęzykowych).

Takie wytyczne sugerują następujący porządek wywoływania głosek: [v, v', z, ʒ, ʒ, ʒ, ʒ, ʒ, b, b', d, g, g']. Jednakże u Anastazji lepiej sprawdził się schemat zaproponowany przez A. Lorenc i J. Skrzeka polegający na korekcie kolejności wywoływania w zakresie głosek zwarto-szczelinowych i zwarto-wybuchowych. Tym sposobem po uzyskaniu dźwięczności najbardziej otwartych głosek szczelinowych [v, v', z, ʒ, ʒ] przystąpiono do próby wokalizacji głosek z przeciwnego bieguna – najbardziej zamkniętych, zwarto-wybuchowych [b, b', d, g, g'], a na końcu głosek „będących wielosegmentalną kombinacją artykulacji zwartych i szczelinowych” (Lorenc, Skrzek, 2012, s. 259), czyli zwarto-szczelinowych [ʒ, ʒ, ʒ]. Na tym etapie wykorzystywano rozmaite sposoby uzyskiwania określonych dźwięków, w tym te zalecane przez Kanię (1982, s. 255):

- metodę naśladowania dźwięków izolowanych (do uzyskania spółgłosek szczelinowych);
- metodę fonetycznej analogii (rozszerzania dźwięczności na podstawie analogii z głoską wcześniej uzyskaną);
- metodę fonetycznej asymilacji (poprzez bezpośrednie połączenie głoski wcześniej wywołanej z aktualnie wypracowywaną);
- metodę wykorzystania spółgłosek nosowych do wywołania zwartych, np. [nnda] lub [mmba] przy dodatkowym zaciśnięciu skrzydełek nosa dla uzyskania efektu przekształcenia [m] w [b];
- metodę Chwatcewa polegającą na wykorzystaniu zmiany natężenia głosu: od szeptu do głośnej wymowy na początku wyłącznie samogłosek, a potem naprzemiennie samogłosek ze spółgłoskami bezdźwięcznymi, które przy próbie głośnej realizacji dają efekt dźwięcznych odpowiedników (Sołtys-Chmielowicz, 2011, s. 94–95).

Największe trudności wystąpiły na początku prób uzyskiwania pożądaných głosek. Podobnie jak w poprzednim etapie Anastazja przejawiała obniżoną motywację i brak wiary we własne możliwości. Ćwiczenia angażujące tak intensywnie aparat mowy były dla niej wyczerpujące. Momentem przełomowym okazały się pierwsze sukcesy w realizacji brakujących fonemów. Wraz z pojawieniem się prawidłowej wymowy dźwięcznych spółgłosek szczelinowych dziewczynka zobaczyła sens własnej pracy i każda kolejna głoska uzyskiwana była ze znacznie większą łatwością niż poprzednie. Ostatnia grupa spółgłosek – zwarto-szczelinowych – nie wymagała szczególnej procedury wywoływania, ponieważ pojawiły się one w repertuarze dźwięków Anastazji automatycznie i samoistnie po opanowaniu sposobu realizacji fonemów z poprzednich grup.

3. **Utrwalanie** uzyskanych spółgłosek dźwięcznych przeprowadzone zostało według schematu automatyzacji zaproponowanego przez S. Sołtys-Chmielowicz w kontekście terapii różnych typów dyslalii (2008, s. 65), poczynając od powtarzania za terapeutą sylab/ wyrazów/ grup wyrazowych czy zdań, poprzez samodzielne nazywanie, aż do spontanicznego tworzenia dłuższych wypowiedzi i mowy swobodnej. Dużą rolę odegrała tu nauka czytania, która w fazie automatyzacji stanowiła dodatkową okazję do ćwiczeń artykulacji. W początkowym etapie tej fazy zauważalna była duża różnica pomiędzy wymową podczas czytania a mową spontaniczną. Czynność czytania uruchamiała w dziewczynce mechanizm dużej samokontroli, dzięki czemu realizowała dźwięczność głosek niemal bezbłędnie w każdym przypadku i wszystkich konfiguracjach wymawianiowych. W momencie mentalnego przestawiania się na mowę swobodną mechanizm autokontroli wyłączał się i powracał wcześniejszy schemat wymowy bez udziału fałdów głosowych. Uzyskanie jednolitej realizacji głosek dźwięcznych we wszystkich typach czynności gabinetowych związanych z mówieniem zajęło wiele tygodni. Ostatnią, największą trudnością był rozdzźwięk pomiędzy sposobem mówienia w rzeczywistości gabinetowej (w której dziewczynka koncentrowała się na poprawnej realizacji w każdej sytuacji i dawało to zadowalające efekty) a sposobem, w jaki wypowiadała się w środowisku domowym (kiedy zarówno koncentracja na jakości mowy, jak i motywacja w tym aspekcie znacznie spadały). Aby ujednolicić sposób mówienia w obu środowiskach – gabinetowym i codziennym – zalecono nagrywanie wiadomości głosowych lub/i wideoprezentacji wysyłanych do logopedy w czasie pomiędzy spotkaniami bezpośrednimi. Takie zintensyfikowanie ćwiczeń, a zarazem wydłużenie czasu właściwej pracy aparatu mowy, pozwoliło na przejście fazy automatyzacji w fazę poprawnej wymowy bez udziału świadomej autokontroli.

Wnioski końcowe

Zgodnie z założeniem tego artykułu w analizie opisywanego przypadku próbowałam się skoncentrować zarówno na sukcesach wynikających z obranej metodologii, jak i na trudnościach, które były największym wyzwaniem dla obu uczestników procesu terapeutycznego – pacjenta i logopedy. Dla praktyków studium przypadku powinno być nie tylko egzemplifikacją prawidłowo przeprowadzanych czynności terapeutycznych, ale również realnym obrazem mogących się pojawić trudności i sposobów ich rozwiązania. Wymaga to indywidualnego potraktowania pacjenta, elastyczności w stosowaniu rozmaitych metod i technik oraz umiejętności mądrego podążania za procedurami i wskazaniami metodycznymi, które lepiej dostosowywać do potrzeb pacjenta niż odwrotnie.

Dyslalia desonoryzacyjna czy też mowa bezdźwięczna to wyjątkowo trudny rodzaj zaburzenia, wymagający całościowego podejścia, uwzględnienia przyczyn oraz pracy wieloetapowej. Szczególnie należy podkreślić wagę wstępnego, przygotowawczego okresu terapii. Stanowi on bowiem swoisty klucz do sukcesu dalszej efektywnej i skutecznej pracy logopedycznej. Jak pokazuje doświadczenie oraz opisywany

tu przypadek dziecka, pierwsze postępy w uzyskaniu dźwięczności stanowią swoją cezurę, moment przełomowy i katalizator do pojawienia się kolejnych realizacji nie tylko w zakresie głosek dźwięcznych, ale także pozostałych nieprawidłowości w mowie. Pozwala to sądzić, że oprócz oddziaływań stricte logopedycznych aspekt motywacji i wiary we własne możliwości odgrywa u pacjenta istotną rolę w osiągnięciu sukcesu w terapii.

Bibliografia

- Cieszyńska J. (2012). *Metody wywoływania głosek*. Kraków: Centrum Metody Krakowskiej.
- Cieszyńska-Rożek J., Korendo M. (2022). *SWM Przesiewowy test do badania zagrożenia dysleksją dzieci od 3. do 7. roku życia*. Kraków: Centrum Metody Krakowskiej.
- Demel M. (1959). Kilka liczb i uwag dotyczących mowy i głosu u dzieci szkolnych. *Życie Szkoły*, 14/2, 9–19.
- Duda H. (2018). *Badanie kinestezji artykulacyjnej. Kwestionariusze i karty*. Gdańsk: Harmonia.
- Emiluta-Rożya D. (2013). *Całościowe badanie logopedyczne z materiałem obrazkowym*. Warszawa: Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej.
- Grabias S. (1994). Logopedyczna klasyfikacja zaburzeń mowy. *Audiofonologia*, 4, 7–22.
- Gruba J. (2016). *Karty oceny słuchu fonemowego – KOSF. Test do badania słuchu fonemowego u dzieci w wieku od trzech do siedmiu i pół lat*. Gliwice: Komlogo.
- Kania J.T. (1975a). Fonetyczna i logopedyczna charakterystyka mowy bezdźwięcznej. W: T. Gałkowski (red.), *Wybrane zagadnienia z defektologii III* (s. 289–313). Warszawa: Akademia Teologii Katolickiej.
- Kania J.T. (1975b). Wahanie w zakresie głosek dźwięcznych i bezdźwięcznych w mowie dziecka. Przyczynek do zagadnienia. *Logopedia*, 12, 89–95.
- Kania J.T. (1982). *Szkice logopedyczne*. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- Kaczmarek L. (1982). *Nasze dziecko uczy się mowy*. Lublin: Wydawnictwo Lubelskie.
- Konopska L. (2015a). *Desonoryzacja w dyslalii. Analiza artykulacyjna, akustyczna i audytywna*. Szczecin: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego.
- Konopska L. (2015b). Parametr VOT i typy realizacji dźwięczności w nagłosowych realizacjach fonemów zwarto-wybuchowych. W: D. Pluta-Wojciechowska (red.), *Diagnoza i terapia zaburzeń realizacji fonemów* (s. 41–90). Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Konopska L. (2017). Pre-, peri- i wczesne postnatalne uwarunkowania dobrostanu dzieci z desonoryzacją. *Logopedia*, 46, 17–36.
- Konopska L. (2018). Otologiczne i audiologiczne uwarunkowania dobrostanu dzieci z desonoryzacją. *Logopedia*, 47, 2, 171–186.
- Konopska L., Tarnowska C. (2005). Dyslalia desonoryzacyjno-fonacyjna, czyli o tzw. mowie bezdźwięcznej – inaczej. W: M. Młynarska, T. Smereka (red.), *Logopedia. Teoria i praktyka* (s. 307–315). Wrocław: A Linea.
- Konopska L., Teresińska E. (2020). Foniatryczne i fonacyjne uwarunkowania dobrostanu dzieci z desonoryzacją. *Logopedia*, 49, 1, 25–46.
- Lorenc A. (2012). Zaburzenia dźwięczności. Analiza akustyczna i audytywna. *Logopedia*, 41, 71–91.

- Lorenc A., Skrzek J. (2021). Diagnoza i terapia w przypadku mowy bezdźwięcznej. W: A. Domagała, U. Mirecka (red.), *Logopedia przedszkolna i wczesnoszkolna*, 2 (s. 241–226). Gdańsk: Harmonia.
- Łobacz P. (1996). *Polska fonologia dziecięca. Studia fonetyczno-akustyczne*. Warszawa: Energeia.
- Ohala J., Riordan C. (1979). Passive Vocal Tract Enlargement during Voiced Stops. *Journal of the Acoustical Society of America*, 65.
- Ohala J., Solé M. (2010). Turbulence and Phonology. W: S. Fuchs, M. Toda, M. Zygis (red.), *Turbulent Sounds: An Interdisciplinary Guide* (s. 37–101). Berlin–New York: De Gruyter Mouton.
- Ostapiuk B. (2013). *Dyslalia. O badaniu jakości wymowy w logopedii*. Szczecin: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego.
- Pluta-Wojciechowska D. (2012). Opis zaburzeń mowy jako pierwszy etap postępowania logopedycznego. *Logopedia Silesiana*, 1, 31–46.
- Skrzek J. (2012). Narzędzia diagnostyczne wykorzystywane do wykrywania wad wymowy u dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym. *Studia Pragmalingwistyczne. Rocznik Instytutu Polonistyki Stosowanej Wydziału Polonistyki UW*, 4, 128–138.
- Skrzek J. (2017). Wpływ ingerencji dotykowej na automatyzację głosek u dzieci z dyslalią obwodową. *Conversatoria Linguistica*, 11, 171–192.
- Sołtys-Chmielowicz A. (1989). Jeszcze o wymowie bezdźwięcznej. *Biuletyn Audiofonologii*, 1, 49–54.
- Sołtys-Chmielowicz A. (1998). *Wymowa dzieci przedszkolnych*. Lublin: UMCS.
- Sołtys-Chmielowicz A. (2011). *Zaburzenia artykulacji. Teoria i praktyka*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Trochymiuk A. (2007). Wykorzystanie akustycznego parametru VOT w analizie mowy bezdźwięcznej. W: S. Grabias (red.), *Język. Interakcja. Zaburzenia mowy. Metodologia badań* (s. 212–240). Lublin: UMCS.
- Trochymiuk A. (2008). *Wymowa dzieci niesłyszących. Analiza audytywna i akustyczna*. Lublin: UMCS.

Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis

Studia Logopaedica 7 (2023)

ISSN 2083-7283

DOI 10.24917/20837283.7.13

Anna Świstowska

ORCID 0009-0006-7691-0926

Fundacja PogadajMy, Warszawa

Komunikacja dzieci w spektrum autyzmu – zastosowanie ruchomego alfabetu oraz MTG® w terapii

Communication of children on the autism spectrum –
the use of the movable alphabet and MTG® in therapy

Streszczenie

W artykule przedstawiono zastosowanie ruchomego alfabetu oraz Manualnego Torowania Głosek® w procesie terapeutycznym niemówiących dzieci w spektrum autyzmu. Włączenie obu technik do terapii, tj. komunikacji poprzez pismo oraz werbalizacji poprzez kierowany ruch terapeuty, pozwala doświadczać dziecku przekazania własnych myśli w sposób najbardziej zbliżony do swojego interlokutora. Jednocześnie stymulacja czteromodalna: wzrokowa, ruchowa, dotykowa i słuchowa aktywuje obszary kory mózgowej odpowiedzialne za proces mówienia, dając tym samym dziecku perspektywę rozwoju mowy. Wypowiedzi utworzone z użyciem ruchomego alfabetu przez dzieci z ASD, starsze przedszkolne oraz szkolne, ukazują wieloaspektowość komunikacji językowej, ujawniając ich potencjał intelektualny, który w przypadku braku samodzielnej werbalizacji jest trudny do oceny.

Słowa kluczowe: autyzm, ruchomy alfabet, manualne torowanie głosek, mowa, komunikacja językowa

Abstract

The article presents the application of the movable alphabet and Manually Supported Phoneme Production (MTG®) in the therapeutic process of nonverbal children with autism spectrum disorder. Incorporating both techniques into therapy, such as communication through writing and verbalization through the therapist's guided movement, allows the children to experience expressing their own thoughts in a way most similar to their interlocutor. Simultaneous four-modal stimulation: visual, motor, tactile and auditory, activates areas of the brain responsible for speech processes, thereby giving the child a perspective on speech development.

Utterances created with the use of the movable alphabet by children with ASD, both senior preschoolers and school-age children, demonstrate the multifaceted nature of language communication, revealing their intellectual potential, which is difficult to assess in the absence of independent verbalization.

Keywords: autism, movable alphabet, Manually Supported Phoneme Production (MTG), speech, language communication

Wprowadzenie

Proces nabywania kompetencji komunikacyjnych jest elementem neurobiologicznego rozwoju każdego człowieka. „Dziecko od pierwszego dnia życia rozpoczyna kształtowanie umiejętności prowadzenia dialogu, najpierw na poziomie niejęzykowym, a z czasem werbalnym” (Cieszyńska-Rożek, 2017, s. 463). Zapewnia to aktywność systemu lustrzanych neuronów, które pobudzane są zarówno w czasie procesów percepcji, jak i wykonywania działania (Rostowski i Rostowska, 2014). W trakcie swojego dialogu dziecka z rodzicem aktywność zwierciadlanych neuronów ujawnia się podczas gaworzenia naśladowczego, aktywując tym samym wrodzone matryce ruchów artykulacyjnych (Cieszyńska-Rożek, 2020). „Nieprawidłowy czy zubożony rozwój lustrzanych neuronów może stanowić podłoże wielu zaburzeń rozwojowych, między innymi autyzmu” (Rostowski, Rostowska, 2014, s. 52).

Aby mowa stała się aktem komunikacji, musi dokonać się szereg procesów neuronalnych odpowiedzialnych za ustalenie językowego przekazu, zaplanowanie ruchu artykulacyjnego oraz wypowiedzenie komunikatu. Nieprawidłowości na którymkolwiek etapie programowania wypowiedzi skutkują jej zaburzeniem lub niezaistnieniem. To właśnie brak planu ruchu artykulacyjnego, który powinien pojawić się już we wczesnym niemowlęctwie, jest w autyzmie istotną przyczyną zaburzeń rozwoju mowy (Cieszyńska-Rożek, 2013). Jego niewykształcenie może być związane z nieprawidłowym działaniem systemu neuronów lustrzanych, które uniemożliwia nawiązywanie kontaktu wzrokowego i rozwijanie zdolności naśladowania.

Brak wrodzonej zdolności do tworzenia ruchów artykulacyjnych nazywany jest dziecięcą apraxją mowy. Należy ona „do zaburzeń motorycznych mowy polegających na trudnościach w nadawaniu, u podstaw których leżą deficyty w zakresie planowania i/lub programowania języka” (Rutkiewicz-Hanczewska, 2020, s. 151). Zakłócenia te nie wynikają z nieprawidłowego działania mięśni i dlatego, mimo właściwego funkcjonowania narządów artykulacyjnych u dzieci w spektrum autyzmu, „dochodzi do zablokowania prakcji oralnej, co w wielu wypadkach skutkuje całkowitą niemożliwością artykułowania nawet samogłosek” (Cieszyńska-Rożek, 2020, s. 55). Występują trudności w naśladowaniu ułożenia artykulatorów, tj. języka, warg i żuchwy, co uniemożliwia samodzielne zaplanowanie precyzyjnego ruchu artykulacyjnego. Apraksja mowy nie jest rzadkim zaburzeniem, dotyczy bowiem około 60% dzieci z autyzmem (Rutkiewicz-Hanczewska, 2020).

Jeśli nie istnieją wzorce ruchu, niemożliwe jest naśladowanie mowy z otoczenia (Cieszyńska-Rożek, 2020). Należy zatem poszukiwać metod, które umożliwią zbudowanie ich drogi neurologicznej. „Z badań neurobiologii poznawczej wynika,

że osiągnięcie sukcesu w terapii komunikacji językowej dzieci z autyzmem uwarunkowane jest wypracowaniem techniki, która ułatwi wywołanie dźwięków mowy” (Cieszyńska, 2010, s. 235) i w efekcie wykształci wzorce artykulacji głosek. Ponieważ „u podłoża rozwoju mowy leży trójmodalny układ systemu lustrzanych neuronów, który reaguje na ruchowe, wzrokowe i słuchowe stymulacje” (Rostowski, Rostowska, 2014, s. 52), stosowane techniki powinny uwzględniać oddziaływania wielomodalne pobudzające aktywność własną dziecka. Wśród nich można wymienić: czytanie twarzy, program słuchowy, gesty artykulacyjne, Symultaniczno-Sekwencyjną Naukę Czytania®. Jeżeli w drugiej połowie trzeciego roku życia dziecko nadal nie rozwija mowy, konieczne jest włączenie do terapii Manualnego Torowania Głosek® (Cieszyńska-Rożek, 2022). W zależności od wieku dziecka w chwili rozpoczęcia stymulacji oraz od głębokości zaburzeń proces terapeutyczny może przebiegać długo, dlatego – biorąc pod uwagę indywidualne możliwości uczącego się – istotne jest również udostępnienie mu narzędzia do komunikacji językowej, jakim jest ruchomy alfabet.

Rola Manualnego Torowania Głosek® i ruchomego alfabetu w komunikacji językowej

Mowa jest podstawowym środkiem do porozumiewania się między ludźmi. Brak komunikacji negatywnie wpływa na interakcje społeczne, a przede wszystkim na całociowe funkcjonowanie dziecka i jego rodziny. Niezaspokojona potrzeba wzajemnego zrozumienia w przedłużającym się czasie może być destrukcyjna w kształtowaniu relacji rodzinnych. W opinii rodziców zgłaszających się na terapię z dzieckiem w spektrum autyzmu (ASD)¹ zastosowanie alternatywnych gestowych lub obrazkowych metod komunikacji często jest niewystarczające. Funkcjonowaniu dziecka nie pomaga fakt, iż jego potencjał intelektualny często nie jest możliwy do zbadania i jest ono postrzegane przez pryzmat zewnętrznych deficytów, tj. stereotypowego zachowania, nieprawidłowego rozwoju społecznego czy pojawiającej się agresji. Nie daje się mu szansy na uzewnętrznienie myśli lub korzysta się z nieskutecznych narzędzi, zakładając, że niezdolność do ekspresji mowy jest równoznaczna z brakiem lub znacznie obniżonym poziomem rozumienia języka i nabywania go w umyśle. Niemożność wyrażania siebie poprzez język i poczucie niezrozumienia w społeczeństwie często generują frustrację i agresję. Z tego powodu rodzice dzieci z ASD niejednokrotnie zmuszeni są poszukiwać nowych terapeutów, a nawet placówek edukacyjnych, ponieważ współpraca z ich dzieckiem jest trudna, a niewłaściwe sposoby terapii nie dają efektów.

W niniejszym artykule zaprezentowano sposób językowej komunikacji ze starszymi dziećmi przedszkolnymi oraz szkolnymi za pomocą ruchomego alfabetu na drewnianej tablicy lub klawiatury komputera oraz Manualnego Torowania Głosek®, umożliwiającego usłyszenie dziecku własnej realizacji swojej wypowiedzi. Przedstawione techniki umożliwiły wielu niemówiącym dzieciom komunikację z najbliższym otoczeniem oraz wyeliminowanie lub znaczne ograniczenie eskalacji negatywnych

¹ ASD – ang. *autism spectrum disorder*.

emocji, co w perspektywie dało im poczucie zrozumienia i znacząco ułatwiło funkcjonowanie całej rodziny.

Manualne Torowanie Głosek² jest kierowanym przez terapeutę aktywowaniem narządów mowy dziecka w celu uzyskania „ruchu artykulacyjnego głoski poprzez nacisk i trakcję, warg, języka i żuchwy” (Cieszyńska-Rożek, 2013, s. 309). Terapeuta układa swoimi dłońmi artykulatory dziecka zgodnie z cechami dystynktywnymi głosek, uzyskując w ten sposób realizację samogłoski, sylaby, a następnie wyrazu (Sedivy-Mączka, 2018; Sedivy-Mączka, Kuśnierz, 2018). Stosując stymulację wzrokową, ruchową, czuciową oraz słuchową, odzwierciedla miejsce i sposób artykulacji, torując tym samym drogi neuronalne wzorców ruchu artykulacyjnego. „Podczas stosowania MTG[®] obserwowana jest spontaniczna aktywność własna dziecka, co spełnia warunki czteromodalnej stymulacji i buduje plan ruchu artykulacyjnego w strukturach kory mózgowej” (Cieszyńska-Rożek, 2022, s. 109). Pozwala to dziecku:

- wykonać ruch, którego nie jest w stanie samo zrealizować,
- doświadczyć ułożenia aparatu mowy, zbliżonego do prawidłowego wzorca,
- usłyszeć własną realizację, będącą stymulacją percepcji słuchowej,
- utrwalić wzorec poprzez wielokrotne powtarzanie,
- wykonać z niewielką pomocą (dotykową, gestową) lub samodzielnie wykształcony ruch, włączając go do codziennej komunikacji,
- zapobiegać utrwalaniu się nieprawidłowych reakcji werbalnych.

Równocześnie z techniką MTG[®] należy stosować Gesty Artykulacyjne[®] (GA)³, których użycie ma wieloaspektowe uzasadnienie. Są to umowne ruchy jednej dłoni mające na celu wizualizację sposobu i/lub miejsca artykulacji samogłoski lub spółgłoski w sylabie (Cieszyńska-Rożek, 2020). Dostarczają one wielomodalnych bodźców (wzrokowych, ruchowych, dotykowych i słuchowych) i pobudzają ośrodki ruchowe kory mózgu odpowiedzialne za artykulację (Cieszyńska-Rożek, 2022). Pozwalają dziecku przygotować się na MTG[®], będące następstwem ich prezentacji, ułatwiają ułożenie artykulatorów oraz podjęcie samodzielnej próby werbalizacji, a także w perspektywie umożliwiają zapamiętanie i przywołanie z pamięci układu wzorców ruchowych. Proces przygotowawczy do torowania artykulacji jest niezwykle istotny w przypadku dzieci wykazujących nadwrażliwość dotykową. Gesty Artykulacyjne[®], które są wykonywane w różnych konfiguracjach⁴, przygotowują dziecko do większej ingerencji terapeuty w jego sferę orofacialną. Mimo to może ono reagować krzykiem lub płaczem z powodu dyskomfortu i lęku przed nieznanym zadaniem. Na początkowym etapie zastosowanie MTG[®] wymaga precyzyjnego ułożenia artykulatorów

² Autorką Manualnego Torowania Głosek (MTG) jest Elżbieta Wianecka. Etapy realizowania MTG oraz prezentacja wywołania samogłosek i spółgłosek w sylabach opisane zostały w książce: E. Wianecka. (2010). *Manualne Torowanie Głosek (MTG)*. Kraków: Wydawnictwo Arson.

³ Autorką Gestów Artykulacyjnych[®] jest prof. J. Cieszyńska. Wzory zamieszczone zostały w książce: J. Cieszyńska. (2012). *Metody Wywoływania Głosek*. Kraków: Omega Stage Systems – Jędrzej Cieszyński.

⁴ Terapeuta pokazuje gest na sobie i/lub na dziecku, dziecko pokazuje gest na terapiście i/lub na sobie.

dziecka, aby generowane przez nie dźwięki mogły zostać przekształcone w sylaby i słowa. Wielokrotne doświadczanie celowości działania terapeuty sprawia, że z czasem dziecko samo zaczyna domagać się pomocy w ułożeniu swoich narządów artykulacyjnych. W dłuższej natomiast perspektywie dokładne torowanie artykulacji zostaje zastąpione nieznacznym wsparciem dotykowym lub wspomaganie GA®.

Efekty zastosowania MTG® zależą od wieku dziecka i głębokości zaburzeń. Jeśli małe dziecko zostaje poddane terapii, to dzięki wyższej wrażliwości mózgu i neuroplastyczności układu nerwowego na początkowym etapie życia ma większą szansę na niwelowanie deficytów będących przeszkodą do rozwoju mowy. „Rozpoczęcie stymulacji z dzieckiem w wieku 2;0 do 2;6 pozwala wykorzystać wrodzony mechanizm naśladowania ruchów, w tym także mowy” (Cieszyńska, 2010, s. 236), co szybciej przekłada się na oczekiwany rezultat. W przypadku starszych dzieci oraz tych, które nie rozwijają umiejętności naśladownictwa, proces terapeutyczny przebiega znacznie wolniej. Niepożądane zachowania wynikające z frustracji będącej skutkiem braku komunikacji oraz utrwalone patologiczne wzorce ruchowe wpływają na dłuższy czas adaptacji do techniki MTG® oraz pojawienia się pierwszych efektów.

Ruchomy alfabet⁵ to narzędzie służące do ćwiczeń językowych i komunikacji. Jest to drewniana tablica z literowymi klockami rozmieszczonymi zgodnie ze standardowym układem na klawiaturze QWERTY. Ma to na celu umożliwienie w późniejszym czasie niemówiącej osobie płynnego przejścia do posługiwania się pismem na komputerze. Wykorzystanie alfabetu w procesie terapeutycznym dziecka jest dostosowywane indywidualnie w zależności od wieku rozpoczęcia terapii i głębokości zaburzeń. Dziecko wykonuje ćwiczenia układania według wzoru (samogłosek, sylab, wyrazów, zdań), układania z pamięci, ze słuchu, a następnie dokonuje samodzielnych odpowiedzi na pytania lub tworzy spontaniczne zapisy (Wianecka, 2010; Sedivy-Mączka, 2022).

Słabo rozwinięte funkcje wykonawcze dziecka z ASD często uniemożliwiają mu samodzielne układanie. Niezbędne jest wówczas wsparcie jego ręki (np. podtrzymanie nadgarstka, przedramienia lub łokcia), co pozwala mu zapanować nad stereotypiami ruchowymi, koordynacją wzrokowo-ruchową oraz nad celowością działania. Budzi to niekiedy wątpliwości i osoby, które piszą z podtrzymaniem ręki, „stałe muszą udowadniać”, że słowa pochodzą od nich” (Kosmulska, 2023, s. 362). Na początkowym etapie nauki z powodu ograniczonej kontroli motorycznej liczba błędów wynikająca z nietrafnego wyboru litery może być duża. Starsze dzieci przedszkolne i szkolne w spektrum autyzmu mogą, ze wsparciem terapeuty lub opiekuna, wykazywać już umiejętność prowadzenia konwersacji. U niektórych po pewnym czasie staje się możliwe wycofanie wspomagania.

Połączenie obu technik w pracy terapeutycznej, tj. pisma i MTG® pozwala dziecku doświadczać przekazania własnej myśli w najbardziej zbliżony sposób do swojego werbalnego rozmówcy. Dziecko samo konstruuje wypowiedź w umyśle, którą po ułożeniu z literowych klocków może wypowiedzieć z pomocą terapeuty.

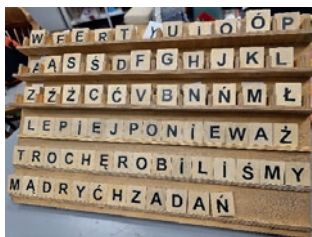
⁵ „Ruchomy Alfabet” (Wydawnictwo Arson) został stworzony przez Elżbietę Wianecką.

Komunikacja dzieci poprzez pismo z użyciem ruchomego alfabetu

Zaprezentowane poniżej wypowiedzi zostały utworzone przez piętnaścioro dzieci z ASD: trzynastu chłopców i jedną dziewczynkę oraz przez chłopca z wadą genetyczną, wykazującego cechy w spektrum. W momencie rozpoczęcia stymulacji dzieci nie posługiwały się mową lub używały jej w bardzo znikomym zakresie, wszystkie wykazywały głębokie zaburzenia w funkcjonowaniu, ich wiek wynosił 4,5–12 lat. Obecnie czas trwania ich terapii wynosi od kilku miesięcy do pięciu lat. W procesie terapeutycznym podjęto próbę wdrożenia Manualnego Torowania Głosek® oraz komunikacji poprzez drewniany alfabet E. Wianeckiej. Dwóch chłopców w wieku 9 i 12 lat zostało przyjętych na terapię z funkcjonującą już komunikacją językową na tablecie i laptopie. Czas adaptacji do proponowanych technik był różny w zależności od indywidualnych możliwości dziecka, jego wieku w momencie rozpoczęcia stymulacji oraz jej intensywności. Dzieci chętniej reagowały na możliwość komunikacji poprzez tworzenie wypowiedzi za pomocą pisma niż na technikę MTG®, której akceptacja wymaga dłuższego czasu. U dzieci uczestniczących w terapii od kilku miesięcy nie jest możliwe uzyskanie wyartykułowania za pomocą MTG® wszystkich ułożonych przez nie zdań. Są one na etapie torowania sylab otwartych i złożonych z nich słów. Jedno dziecko jest w procesie wypracowania współpracy ze względu na trudne zachowania, toteż zastosowanie torowania artykulacji nie jest jeszcze możliwe. Przedstawione w artykule wypowiedzi powstawały w latach 2019–2023 i są jedynie niewielkim wycinkiem zbioru ukazującego wieloaspektowość komunikacji, jaka była udziałem dzieci z terapeutą i opiekunami.

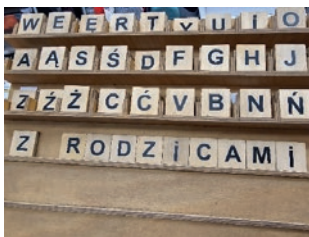
W pracy terapeutycznej z każdym dzieckiem niezwykle istotne jest zapewnienie mu poczucia bezpieczeństwa oraz zrozumienia. Jeśli to możliwe, najszybszą formą nawiązania relacji jest rozmowa. W przypadku dziecka niemówiącego, często z powodu braku skutecznych środków komunikacji, odbiera się mu możliwość własnej wypowiedzi, przez co czuje się ono społecznie wykluczone. „Dialog jest także celem, do którego dążą logopedzi, rozumiejąc jego kluczową rolę w rozwoju intelektu, emocji i kształtowaniu kompetencji społecznych” (Cieszyńska-Rożek, 2022, s. 16). Dlatego niezwykle istotne jest udostępnienie dziecku narzędzia, które umożliwi mu podjęcie dialogu i da mu poczucie sprawstwa.

Na początku zajęć terapeutycznych dzieci odpowiadają na pytania: *Jak się czujesz?* (ryc. 1–3), *Czy chcesz mi o czymś opowiedzieć?* (ryc. 4–8), *Czy cieszysz się, że przyjechałeś na zajęcia?* (ryc. 9) lub same pytają (ryc. 10–15), co jest fundamentem w rozwijaniu dialogowej kompetencji komunikacyjnej.



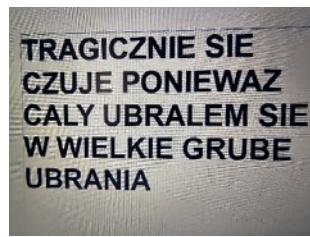
Ryc. 1. Odpowiedź Antosia (8 lat)

Źródło: archiwum własne.



Ryc. 2. Kontynuacja odpowiedzi Antosia

Źródło: archiwum własne.



Ryc. 3. Wypowiedź Klimka (13 lat)

Źródło: archiwum własne.



Ryc. 4. Odpowiedź Błażeja (10 lat)

Źródło: archiwum własne.



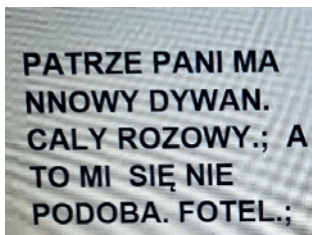
Ryc. 5. Kontynuacja odpowiedzi Błażeja

Źródło: archiwum własne.



Ryc. 6. Wypowiedź Mikusia (9 lat)

Źródło: archiwum własne.



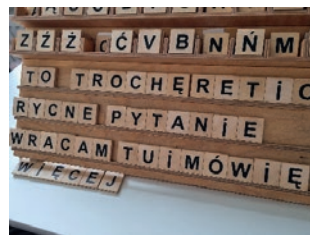
Ryc. 7. Wypowiedź Klimka (13 lat). „Fotel” w odpowiedzi na pytanie: Co jeszcze jest nowego?

Źródło: archiwum własne.



Ryc. 8. Wypowiedź Jerzego (8,5 roku)

Źródło: archiwum własne.



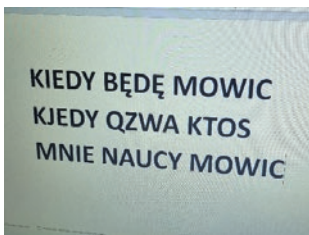
Ryc. 9. Odpowiedź Alana (9,5 roku)

Źródło: archiwum własne.



Ryc. 10. Pytanie Alana (6,5 roku)

Źródło: archiwum własne.



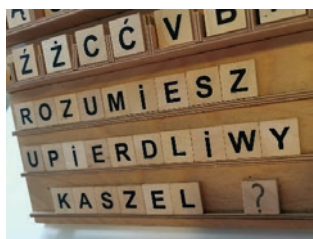
Ryc. 11. Pytania Klimka (12,5 roku)

Źródło: archiwum własne.

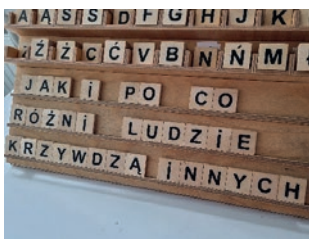


Ryc. 12. Pytanie Mateusza (6 lat)

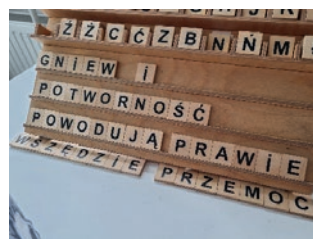
Źródło: archiwum własne.



Ryc. 13. Pytanie Mateusza (7 lat)
Źródło: archiwum własne.



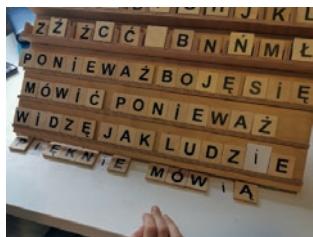
Ryc. 14. Pytanie Serhiego (8 lat)
Źródło: archiwum własne.



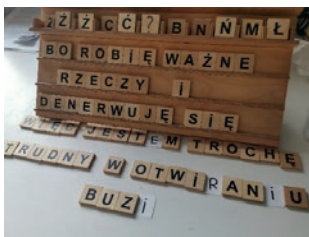
Ryc. 15. Kontynuacja wypowiedzi Serhiego
Źródło: archiwum własne.

Empatia wobec dziecka buduje w nim poczucie bezpieczeństwa i zaufania, a to z kolei koreluje z większą otwartością na stawiane mu wyzwania terapeutyczne. Jeśli na początku zajęć dziecko uzyskuje możliwość konwersacji adekwatnej do jego stanu psychofizycznego oraz do poziomu intelektualnego, chętniej współpracuje przy ćwiczeniach artykulacyjnych opartych na materiale sylabowym lub pożądanym słownictwie, które często uważa za infantylne i nieciekawe. Tego typu ćwiczenia muszą być stałym elementem terapii z uwagi na konieczność wielokrotnych powtórzeń, będących warunkiem wykształcenia się planu ruchu narządów artykulacyjnych. W sytuacji, gdy istnieje duży rozdźwięk pomiędzy językiem, który dziecko posiada w umyśle, a etapem rozwoju mowy, należy jasno rozgraniczać cele zadań.

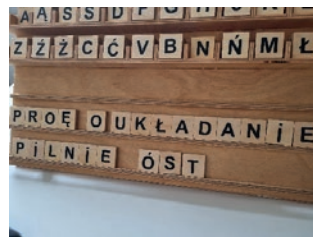
Wysoka świadomość własnej sytuacji w kwestii mowy oraz silne pragnienie komunikacji implikują poniższe wypowiedzi dzieci (ryc. 16–27), w których ogromna trudność aktu mowy przejawia się frustracją, poczuciem bezradności oraz błaganiami o pomoc.



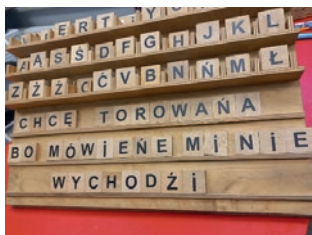
Ryc. 16. Wypowiedź Mateusza (6 lat)
Źródło: archiwum własne.



Ryc. 17. Wypowiedź Mateusza (6 lat)
Źródło: archiwum własne.

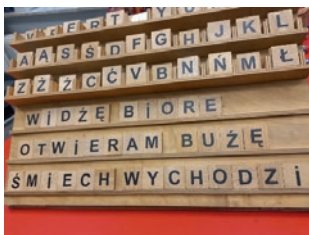


Ryc. 18. Wypowiedź Rafcia (7,5 roku)
Źródło: archiwum własne.



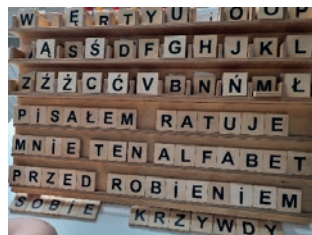
Ryc. 19. Wypowiedź Janka (7 lat)

Źródło: archiwum własne.



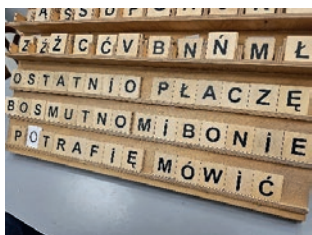
Ryc. 20. Kontynuacja wypowiedzi Janka

Źródło: archiwum własne.



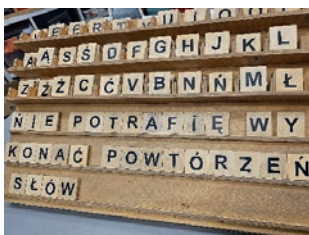
Ryc. 21. Wypowiedź Rafcia (6,5 roku)

Źródło: archiwum własne.



Ryc. 22. Wypowiedź Mikołaja (6 lat)

Źródło: archiwum własne.



Ryc. 23. Kontynuacja wypowiedzi Mikołaja

Źródło: archiwum własne.



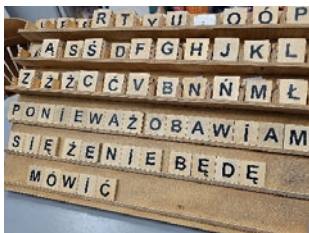
Ryc. 24. Wypowiedź Maksa (7 lat)

Źródło: archiwum własne.



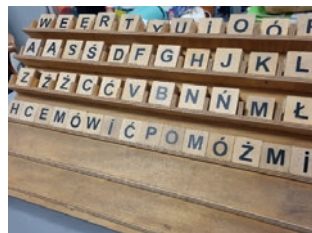
Ryc. 25. Wypowiedź Jerzego (9 lat)

Źródło: archiwum własne.



Ryc. 26. Kontynuacja wypowiedzi Jerzego

Źródło: archiwum własne.



Ryc. 27. Wypowiedź Maksa (7,5 roku)

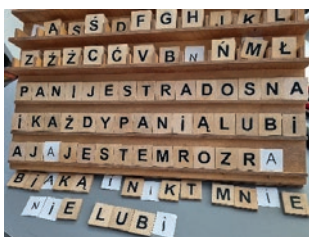
Źródło: archiwum własne.

Trudności w akceptowaniu zmian, zaburzenia przetwarzania sensorycznego czy brak możliwości wyrażenia i zaspokojenia potrzeb oraz pragnień generują w dziecku negatywne emocje, których eskalacja może wywołać płacz, krzyk, bunt lub (auto)-agresję. Niejednokrotnie reakcja dziecka jest niewłaściwie interpretowana przez otoczenie. Zdarza się, że dopiero jego wypowiedź ukazuje prawdziwy powód danego zachowania i pozwala rozładować napięcie emocjonalne. Koniecznym elementem terapeutycznym jest więc rozmowa o niezrozumiałych, nieneurotypowych lub nieakceptowalnych społecznie zachowaniach (ryc. 28–39).



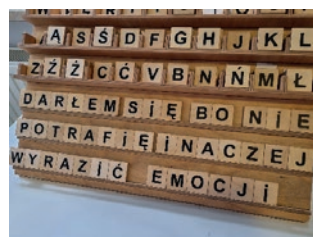
Ryc. 28. Wypowiedź Maksa
(7,5 roku)

Źródło: archiwum własne.



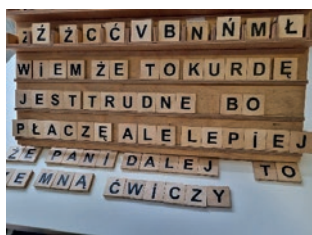
Ryc. 29. Kontynuacja
wypowiedzi Maksa

Źródło: archiwum własne.



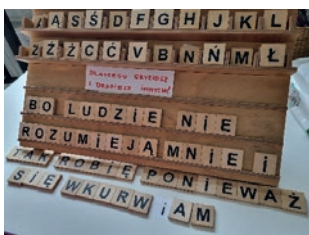
Ryc. 30. Wypowiedź Serhiego
(7,5 roku)

Źródło: archiwum własne.



Ryc. 31. Wypowiedź Serhiego
(8,5 roku)

Źródło: archiwum własne.



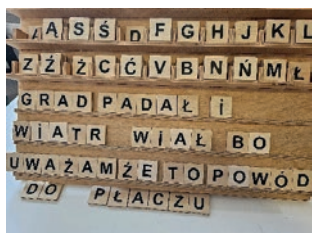
Ryc. 32. Odpowiedź Rafcia
(6,5 roku)

Źródło: archiwum własne.



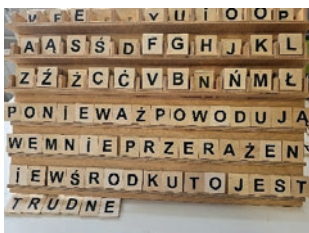
Ryc. 33. Wypowiedź Alana (7 lat)

Źródło: archiwum własne.



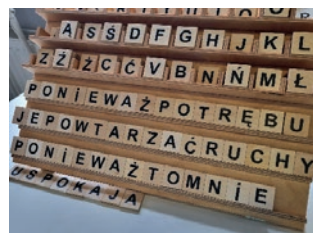
Ryc. 34. Wypowiedź Serhiego
(9,5 roku)

Źródło: archiwum własne.



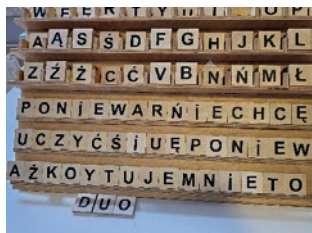
Ryc. 35. Kontynuacja
wypowiedzi Serhiego

Źródło: archiwum własne.



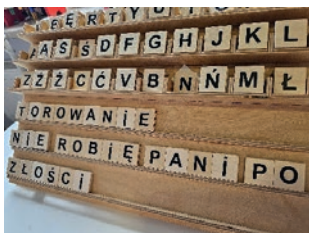
Ryc. 36. Odpowiedź Mikusia
(9 lat)

Źródło: archiwum własne.



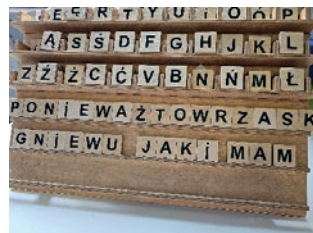
Ryc. 37. Wypowiedź Sylwka
(8 lat)

Źródło: archiwum własne.



Ryc. 38. Wypowiedź Nastki
(7,5 roku)

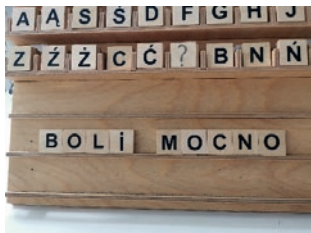
Źródło: archiwum własne.



Ryc. 39. Kontynuacja
wypowiedzi Nastki

Źródło: archiwum własne.

Warunkiem przeprowadzenia zajęć terapeutycznych z dzieckiem jest jego dobra kondycja zdrowotna. Komunikacja językowa pozwala poznać powód złego samopoczucia dziecka oraz podjąć decyzję o ewentualnej pomocy doraźnej lub zakończeniu ćwiczeń (ryc. 40–45).



Ryc. 40. Wypowiedź Rafcia
(5 lat)

Źródło: archiwum własne.



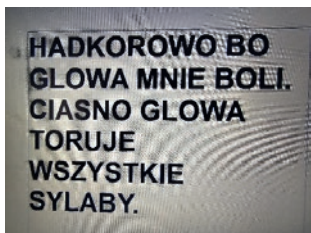
Ryc. 41. Wypowiedź Rafcia
(7 lat)

Źródło: archiwum własne.



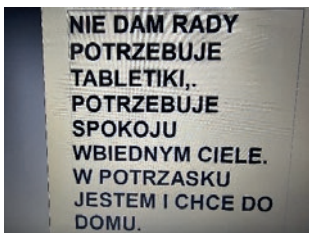
Ryc. 42. Wypowiedź Serhiego
(5,5 roku)

Źródło: archiwum własne.



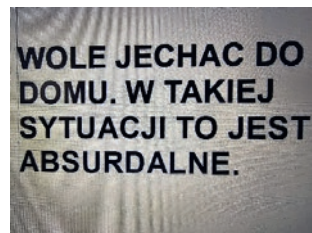
Ryc. 43. Wypowiedź Klimka
(13 lat)

Źródło: archiwum własne.



Ryc. 44. Kontynuacja
wypowiedzi Klimka

Źródło: archiwum własne.

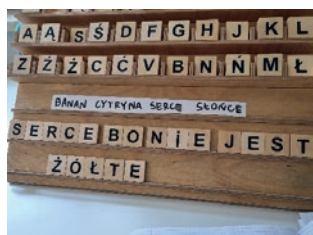


Ryc. 45. Kontynuacja
wypowiedzi Klimka

Źródło: archiwum własne.

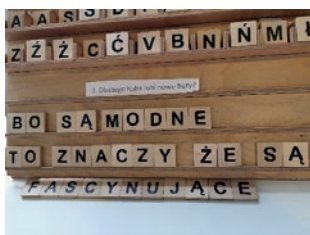
Ruchomy alfabet w czasie terapii pełni rolę pośrednika. Powstają na nim wypowiedzi dziecka, których nie jest ono w stanie samo wyartykułować, ale może to zrobić później z pomocą terapeuty. Dzieje się to zarówno podczas zainicjowanej przez dziecko konwersacji, jak i w czasie kierowanych ćwiczeń Metodą Krakowską⁶, dzięki którym dziecko rozwija funkcje poznawcze, kompetencje społeczne, umiejętności językowe i artykulacyjne (ryc. 46–54).

⁶ Metoda Krakowska[®] jest terapią neurobiologiczną przeznaczoną dla dzieci z zaburzeniami genetycznymi i rozwojowymi, stymulującą wszystkie funkcje poznawcze.



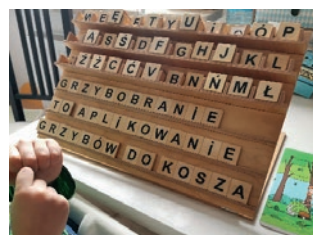
Ryc. 46. Odpowiedź Alana
(8,5 roku)

Źródło: archiwum własne.



Ryc. 47. Odpowiedź Alana (8 lat)

Źródło: archiwum własne.



Ryc. 48. Odpowiedź Serhiego
(5,5 roku)

Źródło: archiwum własne.



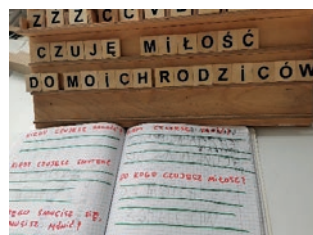
Ryc. 49. Odpowiedź Serhiego
(5,5 roku)

Źródło: archiwum własne.



Ryc. 50. Odpowiedź Rafcia
(5,5 roku)

Źródło: archiwum własne.



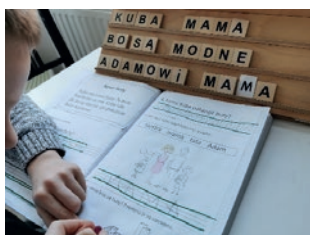
Ryc. 51. Odpowiedź Rafcia
(5,5 roku)

Źródło: archiwum własne.



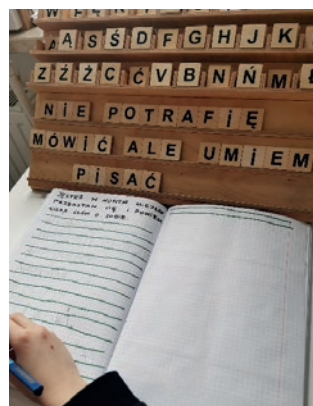
Ryc. 52. Odpowiedzi Błażeja
(10 lat)

Źródło: archiwum własne.



Ryc. 53. Wypowiedź Mateusza
(6,5 roku)

Źródło: archiwum własne.



Ryc. 54. Wypowiedź Mateusza
(6,5 roku)

Źródło: archiwum własne.

Kolejnym ważnym aspektem w terapii dziecka z wykorzystaniem komunikacji językowej z użyciem ruchomego alfabetu jest uwzględnianie podczas ćwiczeń indywidualnych zainteresowań (ryc. 55–56) oraz aktualnych wydarzeń społecznych i kulturalnych (ryc. 57–63), a nawet politycznych (ryc. 64–66).



Ryc. 55. Wypowiedź Mateusza (6 lat) dot. zainteresowań

Źródło: archiwum własne.



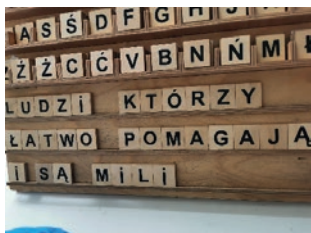
Ryc. 56. Odpowiedź Serhiego (5,5 roku) na pytanie: Kim chciałbyś zostać?

Źródło: archiwum własne.



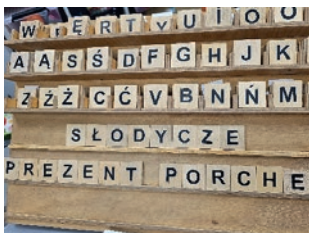
Ryc. 57. Odpowiedź Rafcia (5,5 roku) na pytanie: Czego ci życzyć z okazji Dnia Dziecka?

Źródło: archiwum własne.



Ryc. 58. Kontynuacja wypowiedzi Rafcia

Źródło: archiwum własne.



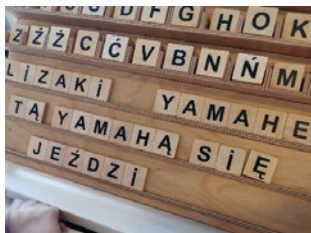
Ryc. 59. Odpowiedź Antosia (8 lat) na pytanie, co dostał od Mikołaja i co jeszcze chciałby otrzymać

Źródło: archiwum własne.



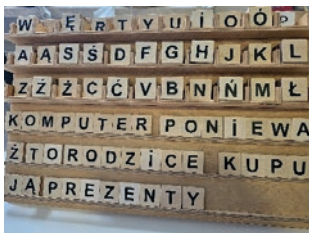
Ryc. 60. Odpowiedź Nastki (7 lat) na pytanie, co dostała od Mikołaja i co jeszcze chciałaby otrzymać

Źródło: archiwum własne.



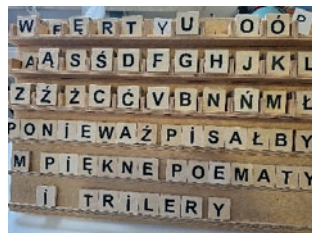
Ryc. 61. Odpowiedź Serhiego (5,5 roku) na pytanie, co chciałby dostać od Mikołaja

Źródło: archiwum własne.



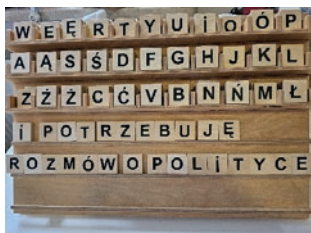
Ryc. 62. Odpowiedź Serhiego (8,5 roku) na pytanie, co chciałby dostać od Mikołaja

Źródło: archiwum własne.



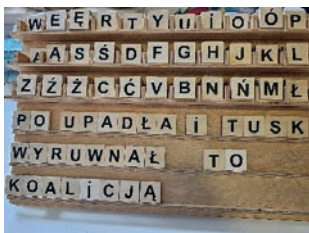
Ryc. 63. Kontynuacja wypowiedzi Serhiego

Źródło: archiwum własne.



Ryc. 64. Wypowiedź Serhiego (9,5 roku)

Źródło: archiwum własne.



Ryc. 65. Kontynuacja wypowiedzi Serhiego

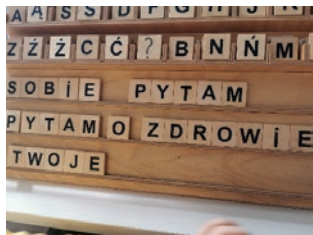
Źródło: archiwum własne.



Ryc. 66. Kontynuacja wypowiedzi Serhiego

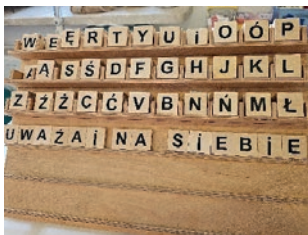
Źródło: archiwum własne.

Komunikacja językowa pozwala również na wgląd w teorię umysłu dzieci i daje możliwość rozwoju procesu mentalizacji (ryc. 67–72).



Ryc. 67. Pytanie Mateusza (6,5 roku)

Źródło: archiwum własne.



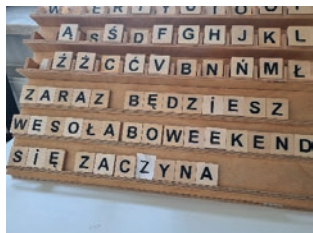
Ryc. 68. Wypowiedź Mikusia (9 lat) będąca reakcją na kłopoty zdrowotne terapeutki

Źródło: archiwum własne.



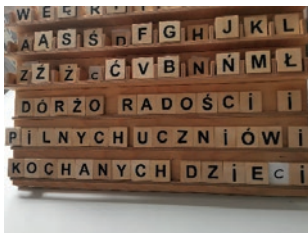
Ryc. 69. Wypowiedź Jerzego (8,5 roku)

Źródło: archiwum własne.



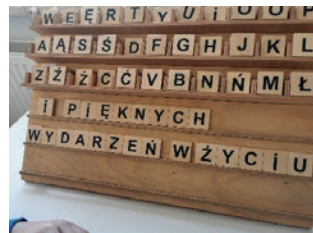
Ryc. 70. Wypowiedź Serhiego (9 lat)

Źródło: archiwum własne.



Ryc. 71. Wypowiedź Alana (7,5 roku)

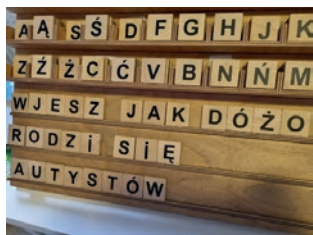
Źródło: archiwum własne.



Ryc. 72. Wypowiedź Serhiego (6,5 roku)

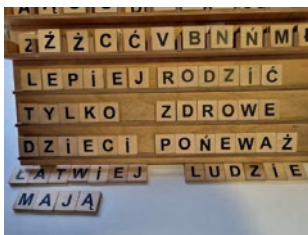
Źródło: archiwum własne.

W wypowiedziach dzieci pojawiają się również rozważania na temat autyzmu (ryc. 73–78).



Ryc. 73. Wypowiedź Klimka (12 lat)

Źródło: archiwum własne.



Ryc. 74. Kontynuacja wypowiedzi Klimka

Źródło: archiwum własne.



Ryc. 75. Wypowiedź Serhiego (5,5 roku)

Źródło: archiwum własne.



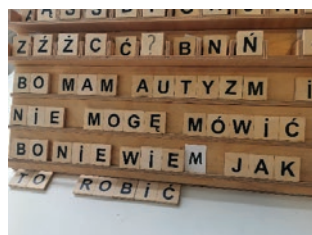
Ryc. 76. Wypowiedź Mikołaja (6 lat)

Źródło: archiwum własne.



Ryc. 77. Kontynuacja wypowiedzi Mikołaja

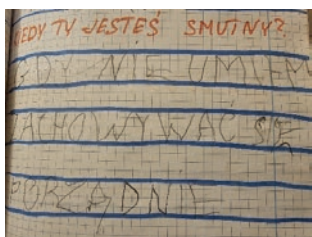
Źródło: archiwum własne.



Ryc. 78. Kontynuacja wypowiedzi Rafcia (5 lat): „Nie jestem łatwy do nauki”

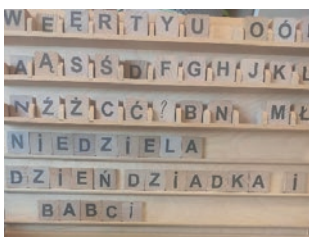
Źródło: archiwum własne.

Poświęcanie dziecku czasu oraz uwagi na rozmowę jest warunkiem jego rozwoju emocjonalno-społecznego i intelektualnego. Skuteczna komunikacja rodzica z dzieckiem stanowi natomiast kluczowy aspekt rozumienia jego potrzeb i zainteresowań, które wówczas mogą być zaspokajane, realizowane i rozwijane. Ich brak może zakłócać, a nawet uniemożliwiać budowanie więzi emocjonalnej i w efekcie zubażać relację. Zatem niezwykle ważne jest, aby – równoległe z nauką komunikacji językowej podczas zajęć terapeutycznych – rodzice i możliwie najszersze grono osób bliskich dziecku podejmowali podobne działania w domu, a także w placówkach, które powinny zapewnić odpowiednie wsparcie terapeutyczno-edukacyjne dostosowane do jego indywidualnych możliwości i potencjału intelektualnego. Ruchomy alfabet może być wykorzystywany do ćwiczeń językowych, tworzenia zapisów w dzienniku wydarzeń⁷ lub do spontanicznej komunikacji w zależności od potrzeb np. w trudnych sytuacjach (ryc. 79–81).



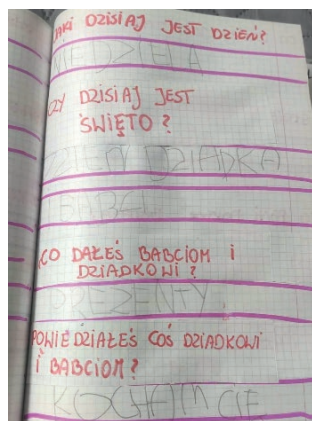
Ryc. 79. Wypowiedź Serhiego (7 lat). Najpierw została ułożona z użyciem ruchomego alfabetu

Źródło: archiwum własne.



Ryc. 80. Odpowiedzi Alana (10,5 roku) do tworzenia zapisów w dzienniku wydarzeń

Źródło: archiwum własne.

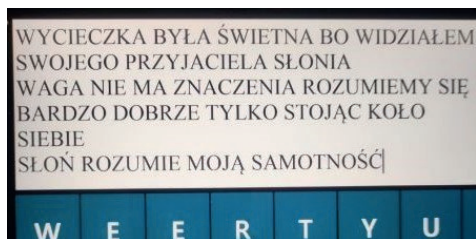


Ryc. 81. Zapisy w dzienniku wydarzeń Alana

Źródło: archiwum własne.

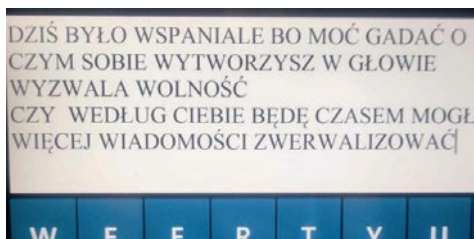
⁷ Dziennik wydarzeń jest jedną z technik stosowanych w Metodzie Krakowskiej. To rodzaj pamiętnika służącego budowaniu komunikacji językowej.

W przypadku starszych dzieci, u których komunikacja z użyciem ruchomego alfabetu staje się utrudniona ze względu na ograniczone miejsce i liczbę klocków z literami, w podobny sposób może być wykorzystywana klawiatura komputera (ryc. 82–83). Rodzice, którzy podjęli wysiłek wdrożenia językowego porozumiewania się poprzez pismo w najbliższym środowisku dziecka, doświadczają zmian w funkcjonowaniu jego i całej rodziny.



Ryc. 82. Wypowiedź Szymona (8 lat)

Źródło: archiwum własne.



Ryc. 83. Wypowiedź Szymona (8 lat)

Źródło: archiwum własne.

Zakończenie

Wypowiedzi dzieci przedstawione w artykule nie miałyby szansy wybrzmieć w pełnej formie w żadnej alternatywnej metodzie komunikacji, którą się im proponuje. Większość z nich nie powstałaby bez zapewnienia wsparcia umożliwiającego dzieciom skupienie uwagi oraz kontrolę nad motoryką i autostymulacjami. Planowanie ruchu artykulacyjnego za pomocą MTG® przyczyniło się u niektórych dzieci uczestniczących w zajęciach regularnie i od dłuższego czasu do naśladownictwa sylab, samodzielnej artykulacji podczas czytania, do komunikacji na poziomie prostych zwrotów lub zdań. U wszystkich uczestniczących w terapii powyżej kilku miesięcy wycofała się agresja podczas zajęć.

Wieloletnia praktyka terapeutyczna z dziećmi w spektrum autyzmu nieustająco weryfikuje sposoby pracy. Potrzeba wielu badań nad systemem językowym kształtowanym w ich umysłach oraz nad sposobami ich uzewnętrzniania, aby w pełni zrozumieć słowa: „Mieszkam w świecie, gdzie mózg służy wyłącznie do myślenia, moje ciało natomiast potrzebuje wsparcia i asysty, lecz nie może tego dostać od mózgu” (Kedar, 2022, s. 132). Potrzeba otwartości, aby z głęboką refleksją wysłuchać również tego głosu: „Ciągłe słyszę to powtarzane bez końca zdanie: «autyści żyją w swoim świecie». Nic bardziej mylnego, to świat się na nich zamyka. Wyobraźcie sobie sytuację, w której sami nie jesteście w stanie nic napisać, pokazać ani powiedzieć” (Siłkowski, 2022, s. 10). Powinnością specjalistów jest nieustanne poszukiwanie i weryfikowanie stosowanych metod terapeutycznych, aby nie zaprzepaścić rozwoju żadnego ludzkiego istnienia.

Bibliografia

- Cieszyńska J. (2010). *Wczesna diagnoza i terapia zaburzeń autystycznych*. Kraków: Wydawnictwo Centrum Metody Krakowskiej.
- Cieszyńska J. (2012). *Metody Wywoływania Głosek*. Kraków: Omega Stage Systems – Jędrzej Cieszyński.
- Cieszyńska-Rożek J. (2013). *Metoda Krakowska wobec zaburzeń rozwoju dzieci*. Kraków: Omega Stage Systems – Jędrzej Cieszyński.
- Cieszyńska-Rożek J. (2017). Wczesna diagnoza nieprawidłowości rozwoju dzieci. Spektrum autyzmu. W: G. Jastrzębowska, J. Góral-Półrola i A. Kozołub, *Neuropsychologia, neurologopedia i neurolingwistyka in honorem Maria Pąchalska* (s. 459–476). Opole: Wydawnictwo Uniwersytet Opolski.
- Cieszyńska-Rożek J. (2020). *Neurobiologiczne podstawy rozwoju poznawczego*. Ruch. Kraków: Centrum Metody Krakowskiej.
- Cieszyńska-Rożek J. (2022). Kształtowanie planu ruchu artykulacyjnego. *Logopedia*, 51, 2, 97–112.
- Cieszyńska-Rożek J. (2022). *Neurobiologiczne podstawy rozwoju poznawczego*. Język. Kraków: Centrum Metody Krakowskiej.
- Kedar I. (2022). *Ido w Krainie Autyzmu*. Rzeszów: Wydawnictwo Nie Tylko Autyzm.
- Kosmulska B. (2023). „Niekórtzy – czyli nie wszyscy”. O niemówiących, lecz piszących autystach: Adamie Siłkowskim, Ido Kedarze i filmowym Śubuku. *Teksty Drugie*, 6, 359–376.
- Rostowski J., Rostowska T. (2014). Rola systemu lustrzanych neuronów w rozwoju języka i komunikacji interpersonalnej. *Psychologia Rozwojowa*, 19, 2, 49–65.
- Rutkiewicz-Hanczewska M. (2020). Dziecięca apraksja mowy. *Prace Językoznawcze*, 22(4), 151–167.
- Sedivy-Mączka K. (2018). Torowanie ruchu artykulacyjnego. W: M. Błasiak-Tytuła i A. Siudak, *Neurologopedia* (s. 127–134). Kraków: WIR.
- Sedivy-Mączka K. (2022). System językowy w umyśle a ekspresja mowy – zastosowanie ruchomego alfabetu w terapii. *Poznańskie Studia Polonistyczne. Seria Językoznawcza*, 29(2), 297–307.
- Sedivy-Mączka K., Kuśnierz M. (2018). Zastosowanie Manualnego Torowania Głosek i Gestów Artykulacyjnych w pracy z dziećmi z autyzmem. *Forum Logopedy*, 23, 38–41.
- Siłkowski A. (2022). *Oczami Autysty*. Warszawa: Magiczne Drzewo.
- Wianecka E. (2010). *Manualne Torowanie Głosek (MTG)*. Kraków: Wydawnictwo Arson.

Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis

Studia Logopaedica 7 (2023)

ISSN 2083-7283

DOI 10.24917/20837283.7.6

Agata Wentz

St. Josefs Hospital, Hagen, Deutschland

ORCID: 0000-0001-5530-5846

Logopädie in der onkologischen Rehabilitation in Deutschland. Ein Überblick

**Logopedia w rehabilitacji onkologicznej w Niemczech.
Zarys problematyki**

Zusammenfassung

Karzinome der Kopf-Hals-Region sind zunehmend. Weltweit erkranken über 700.000 Menschen pro Jahr an Kopf-Hals-Tumoren. In Deutschland sind das rund 17.000 Menschen jährlich. In den letzten 20 Jahren wurden in Deutschland Richtlinien zur Rehabilitation onkologischer Patienten formuliert. Die logopädische Diagnose und Therapie der Schluck- und Stimmstörungen finden in der modernen Onkologie zunehmend Beachtung. Die Deutsche Krebsgesellschaft sowie das OnkoZert Institut halten Logopädie für einen wesentlichen Bestandteil der onkologischen Rehabilitation. Es wird betont, dass vor allem bei Patienten mit Zustand nach Kehlkopf-resektion (Laryngektomie) ist eine stationäre logopädische Behandlung notwendig.

Der vorliegende Artikel thematisiert die oben genannten Aspekte. Ausgangspunkt der Arbeit ist die Geschichte der Logopädie als Beruf in Deutschland. Darauf aufbauend wird Logopädie als Teil der Rehabilitationsmedizin in der Onkologie vorgestellt. Ein kurzer Ausblick auf logopädische Diagnostik der Stimmstörungen und des Schluckvorganges bei onkologischen Patienten, mit Präsentation ausgewählter Befundbögen, beschließt die Arbeit.

Schlüsselbegriffe: Logopädie, Deutschland, Onkologie, Kopf-Hals-Tumoren, Therapie, Laryngektomie, Schluckstörungen, Stimmstörungen

Streszczenie

Tendencja w diagnostyce nowotworów regionu głowy i szyi jest rosnąca. Liczba nowych przypadków stale wzrasta. Na całym świecie na choroby nowotworowe głowy i szyi zapada ponad 700 000 osób rocznie – w samych Niemczech około 17 000 osób rocznie. W ciągu ostatnich 20 lat w Niemczech opracowano klarowne wytyczne dotyczące rehabilitacji pacjentów onkologicznych, a kompleksowa diagnostyka logopedyczna i terapia zaburzeń połykania i głosu jest

istotnym elementem zalecanych procedur. Niemieckie Towarzystwo Onkologiczne oraz Instytut Onkozert uznają terapię logopedyczną za obowiązkowy element stacjonarnej opieki medycznej u pacjentów po resekcji krtani (laryngektomii).

W niniejszym artykule wskazane zagadnienia zostały zaprezentowane w sposób przeglądowny, zaś punkt wyjścia dla rozważań stanowi przedstawienie krótkiego rysu historycznego logopedii jako zawodu w Niemczech. Przedstawiono także ogólne założenia medycyny rehabilitacyjnej w onkologii oraz wyjaśniono, w jaki sposób terapia logopedyczna wpisuje się w jej cele. Omówione zostały najważniejsze aspekty diagnostyki zaburzeń głosu i połykania u pacjentów przebywających na oddziałach onkologicznych z uwzględnieniem wybranych narzędzi i arkuszy diagnostycznych.

Słowa kluczowe: logopedia, Niemcy, onkologia, nowotwory głowy i szyi, laryngektomia, zaburzenia połykania, zaburzenia głosu

Logopädie als Beruf in Deutschland

Die Geschichte der Logopädie in Deutschland fing 1887 in Potsdam an, als die ersten Lehrkurse für Logopäden (damals als „Sprachheilkundler“ bezeichnet) angeboten wurden. 1891 wurde in Berlin die erste ambulante Logopädieeinrichtung gegründet. 1924 erfolgte die offizielle Anerkennung der Logopädie als ein medizinisch-therapeutisches Fachgebiet (Macha-Krau, 2021, s. 75). 1974 war ein wichtiger Meilenstein für die deutsche Logopädie, es wurde nämlich das sogenannte „Rehabilitationsangleichungsgesetz“ verabschiedet. Laut dem neuen Gesetz waren die Krankenkassen verpflichtet, die Kosten für die logopädische Therapie zu übernehmen (Umsetzungsbegeleitung, Bundesteilhabegesetz, 2024). Der nächste Meilenstein für das Fachgebiet der Logopädie in Deutschland wurde im Oktober 1980 mit der Einführung des Gesetzes über den Beruf des Logopäden gesetzt (Bundesministerium der Justiz, 1980).

Aktuell gibt es in Deutschland ca. 29.000 Therapeutinnen und Therapeuten im Bereich der Logopädie. Logopädinnen und Logopäden gehören zu der Berufsgruppe der nichtärztlichen medizinischen Berufe (Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit, Pflege und Prävention, 2023). Die Logopädie-Ausbildung dauert in Deutschland drei Jahre. Die Ausbildung ist bundesweit einheitlich geregelt und endet mit einer staatlichen Prüfung. Es handelt sich um eine Vollzeitausbildung von mindestens 3840 Stunden. Im Anschluss an die erfolgreich abgeschlossenen Abschlussprüfungen erhalten Absolventinnen und Absolventen die staatliche Anerkennung und die Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung „Logopädin“ oder „Logopäde“. Erst seit einigen Jahren werden in Deutschland auch grundständige Hochschulstudiengänge im Bereich der Logopädie angeboten.

LogopädInnen in Deutschland arbeiten angestellt oder als Selbstständige, meist in logopädischen Praxen. Etwa 20 % sind in stationären Einrichtungen (wie Krankenhäusern oder Fach- und Rehabilitationskliniken) angestellt.¹ Die TherapeutInnen, die für stationäre logopädische Versorgung zuständig sind, spielen eine besondere Rolle bei onkologischen PatientInnen, die unter Problemen mit der Atmung, dem Schlucken und dem Sprechen leiden.

¹ Die Autorin des vorliegenden Artikels gehört zu der o.g. Berufsgruppe und ist aktuell als klinische Logopädin in einem Krankenhaus in Nordrhein-Westfalen (Deutschland) tätig.

Logopädie als Teil der modernen Rehabilitationsmedizin in der Onkologie

Die Deutsche Krebsgesellschaft (DKG)² erklärt: „Die Ziele der Tumornachsorge sind vielfältig. Sie umfassen eine frühzeitige Entdeckung von Tumorrezidiven, Metastasen und Zweitkarzinomen, die kontinuierliche Überwachung einer adäquaten Schmerztherapie sowie die somatische, psychische und soziale Rehabilitation und Reintegration (...)“ (DKG, 2018). Hierbei stellt die logopädische Rehabilitation mit den Schwerpunkten Förderung der Stimme/des Sprechens und Förderung des Schluckvorganges bei onkologischen Patienten eine besondere Herausforderung dar.

In den letzten 20 Jahren wurden in Deutschland Richtlinien zur Rehabilitation onkologischer PatientInnen formuliert. Mit dem Ziel, die Qualität der Betreuung onkologischer PatientInnen zu verbessern, hat die DKG ein Zertifizierungssystem entworfen. In den stationären sowie ambulanten Einrichtungen, die über eine gültige Zertifizierung verfügen, arbeiten alle beteiligten Fachkräfte (ChirurgInnen, RadioonkologInnen, LogopädInnen, Pflegekräfte, PsychoonkologInnen, SozialarbeiterInnen, usw.) eng zusammen. Das Rehabilitationsmodell stellt also einen holistischen, transdisziplinären Ansatz dar. Die zertifizierten Zentren sind verpflichtet, jedes Jahr nachzuweisen, dass sie alle Zertifizierungsanforderungen erfüllen. Die Qualitätskontrolle wird jährlich durch das unabhängige Institut OnkoZert betreut. Die Ergebnisse des Audits werden durch OnkoZert in Jahresberichten erfasst und veröffentlicht (OnkoZert Institut, 2024).

Gemäß DKG-Richtlinien für die deutschen Kopf-Hals-Tumor-Zentren ist die Beratung durch LogopädInnen/SprechwissenschaftlerInnen bei allen Larynxkarzinom-PatientInnen erforderlich.

Das Kapitel 1.9. („Allgemeine Versorgungsbereiche“) des DKG-Erhebungsbogens für die Kopf-Hals-Tumor-Zentren, die einen Zertifizierungsantrag stellen möchten, erwähnt u. a. die Rolle der logopädischen Betreuung: „Die Diagnostik und Therapie der Sprech- und Stimm- und Schluckstörungen sollte in Kooperation mit einer phoniatrischen Abteilung oder niedergelassenen Phoniatern erfolgen. Die Zusammenarbeit Phoniatrie, HNO/ MKG Chirurgie und Logopädie muss im Falle einer Kooperation dargestellt werden. In den Kliniken, in denen die Fachrichtung Phoniatrie vertreten ist, ist die Kooperation obligat.“ (OnkoZert Institut, 2022).

Tumoren im Kopf-Hals-Bereich

Logopädische Behandlungen in der Onkologie sind von großer Wichtigkeit, vor allem bei Kopf-Hals-Karzinomen, die eine heterogene Gruppe von benignen und malignen Tumoren im Kopf-Hals-Bereich sind. Bösartige Tumoren der Kopf-Hals-Region (KHT) gehören zu den häufigsten Krebserkrankungen in Deutschland und weltweit.

Karzinome der Kopf-Hals-Region sind zunehmend. Weltweit erkranken über 700.000 Menschen pro Jahr an KHT, das sind über 5 % aller neu diagnostizierten malignen Erkrankungen. In Deutschland sind das rund 17.000 Menschen jährlich. Männer

² Die Deutsche Krebsgesellschaft (DKG) ist die größte onkologische Fachgesellschaft in Deutschland.

erkranken durchschnittlich mit 64 Jahren, Frauen mit 66 Jahren (Zentrum für Krebsregisterdaten, 2023).

Je nach Lokalisation unterscheidet man unter anderem folgende Krebserkrankungen im Kopf-Hals-Bereich (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 2019):

- Hypopharynxkarzinom (Schlundrachenkrebs)
- Larynxkarzinom (Kehlkopfkrebs)
- Mundhöhlenkarzinom
- Nasopharynxkarzinom (Nasenrachenkrebs)
- Oropharynxkarzinom (Mundrachenkrebs)
- Tracheakarzinom (Luftröhrenkrebs)

Kopf-Hals-Tumoren stehen in engem Zusammenhang mit Umwelt- und Lebensstilfaktoren. Zu den wichtigsten Risikofaktoren zählen: das Rauchen, der Alkoholkonsum, die UV-Strahlung, die EBV³-Infektion und eine Infektion mit humanen Papillomviren (HPV).

Eine Krebserkrankung im Kopf-Hals-Bereich kann zunächst symptomlos sein und im Verlauf unspezifische Symptome verursachen. Dazu gehören z.B. Schluckbeschwerden, unspezifische Schmerzen beim Sprechen, Heiserkeit, Luftnot oder Husten.⁴

Bei Verdacht auf eine Tumorerkrankung wird zunächst eine eingehende klinische Untersuchung mit endoskopischen sowie mikroskopischen Verfahren, ergänzt oft durch eine Ultraschalluntersuchung der Halsweichteile, durchgeführt. Bei auffälligem Befund wird eine weiterführende endoskopische Untersuchung des betroffenen Gebietes als auch der gesamten oberen Luft- und Speisewege in Vollnarkose durchgeführt. Durch die feingewebliche Untersuchung kann die exakte Diagnose der Erkrankung gestellt werden. Zudem wird die Diagnostik durch hochauflösende Schnittbildgebung in Form einer Computertomographie (CT) oder Kernspintomographie (MRT) komplettiert. Bei manchen Fällen ist zusätzlich die Durchführung einer Positronen-Emissions-Tomographie (PET) notwendig.

Eine gezielte Therapieplanung ist entscheidend für die Prognose einer Tumorerkrankung. Die Therapie bei Kopf-Hals-Tumoren umfasst in der Regel Operation⁵, Bestrahlung und/oder eine medikamentöse Therapie, welche einzeln oder in Kombination eingesetzt werden.

Es muss erwähnt werden, dass die logopädische Betreuung von onkologischen Patienten nicht nur posttherapeutisch notwendig ist, sondern findet auch prätherapeutisch statt. In der prätherapeutischen Phase (die, je nach dem Fall, im ambulanten oder im stationären Setting abläuft) wird eine logopädische Beratung angeboten. Die posttherapeutische Phase umfasst eine ausführliche Befunderhebung der Schluck-

³ Epstein-Barr Virus.

⁴ Es ist hierbei besonders wichtig zu betonen, dass ähnliche Symptome bei vielen logopädischen Patienten mit Dysphonie zu beobachten sind, deswegen ist eine regelmäßige Arzt-Therapeuten-Kommunikation von großer Bedeutung für die Krebsfrüherkennung.

⁵ Zum operativen Spektrum zählen die Laser- und Radiofrequenzchirurgie, die organerhaltende Chirurgie und die plastisch-rekonstruktive Therapie mit freien und gestielten Lappenplastiken.

funktion und der Stimmfunktion, als auch eine stationäre Rehabilitation (Therapie) der Stimme und/oder des Schluckvorganges (Bild 1).

Logopädischer Stimmbefund soll subjektive Beschwerden des Patienten sowie Auffälligkeiten der Atmung und der Phonation berücksichtigen (Bild 2).

Die Beurteilung der Schluckfunktion ist bei KHT-PatientInnen in der Regel komplexer und kann verschiedene ärztliche und/oder logopädische Prozeduren umfassen. Für eine relativ schnelle und unkomplizierte klinische Beurteilung der Schluckfunktion steht LogopädInnen der GUSS (Gugging Swallowing Screen) zur Verfügung. GUSS ist ein Screeningverfahren, das zwar am häufigsten bei neurologischen PatientInnen und auf Stroke Units eingesetzt wird, eignet sich jedoch auch für KHT-PatientInnen ohne Trachealkanülen, um die Auffälligkeiten während der Essenssituation zu finden und um eine passende Kostform zu empfehlen (Bild 3.1, 3.2).

Bei Intensivpatienten, die mehr als 24 Stunden intubiert waren, sollte eine modifizierte GUSS-ICU durchgeführt werden (Bild 4.1, 4.2).

Weitere diagnostische Möglichkeit bietet eine apparative FEES-Untersuchung (Flexible-endoskopische Schluckuntersuchung) an, die selbstständig von geschulten LogopädInnen, ggf. in Zusammenarbeit mit dem Arzt durchgeführt werden kann (Die Deutsche Gesellschaft für Neurologie, 2014). Ähnlich wie FEES, ist die Breischluckuntersuchung ein dynamischer Test, der als Funktionsprüfung dient. Während der Untersuchung trinkt der/die PatientIn schluckweise ein Kontrastmittel (Bariumsulfat) und Röntgenbilder von der Speiseröhre und dem Übergang zum Magen werden angefertigt (Uniklinikum Würzburg, 2023).

Logopädische Rehabilitation nach Laryngektomie (Kehlkopfresektion)

Kehlkopflosen onkologische PatientInnen sind vom logopädischen Standpunkt eine besondere PatientInnengruppe. Der Kehlkopf erfüllt zwei wesentliche Aufgaben. Er trennt Speise- und Luftwege, sodass die durch den Mund eingeatmete Luft in die Luftröhre und die ebenfalls über den Mund aufgenommene feste Nahrung und Flüssigkeiten in die Speiseröhre gelangen. Die zweite Funktion ist die der Stimmerzeugung. Nach der Laryngektomie erfolgen Atmung und Schlucken auf getrennten Wegen. Durch die Entfernung der Stimmlippen und dadurch, dass die Atmung nicht mehr durch den Mund möglich ist, ist auch zunächst keine Stimmerzeugung mehr möglich.

In der logopädischen Therapie kann der/die PatientIn drei verschiedene Ersatztechniken erlernen:

(1) Elektronische Sprechhilfe

Die elektronische Sprechhilfe (Servox-Gerät) stellt für die Betroffenen in der Regel die erste Kommunikationshilfe dar. Sie besitzt eine Membran, die auf die Haut am Hals aufgesetzt wird und Schwingungen in den Rachenraum bringt. Der Ton kann dann im Mundraum moduliert werden, wobei sich Lippen und Zunge wie beim natürlichen Sprechen bewegen.

(2) Ösophagusstimme

Bei der Ösophagusstimme (Speiseröhrenersatzstimme) wird eine Technik erlernt. Dabei wird Luft in die Speiseröhre gedrückt und dosiert wieder herausgelassen. Dadurch entstehen Töne, die zu Sprachlauten geformt werden können.

Entwurf Logopädie-Befundbogen

Geltungsbereich:

Kopf-Hals-Tumorzentrum

☐ Prätherapeutische Beratung

☐ Stimmrehabilitation

☐ Schluckrehabilitation

☐ sonstiges:

☐ Prätherapeutische Befunderhebung

☐ Stimmfunktion prätherapeutisch

☐ Schluckfunktion prätherapeutisch

☐ sonstiges:

☐ Posttherapeutische Befunderhebung

☐ Stimmfunktion posttherapeutisch

☐ Schluckfunktion posttherapeutisch

☐ sonstiges:

☐ Posttherapeutische Therapie

☐ Stimmanbahnung

☐ Schluckanbahnung

☐ sonstiges:

Kommentar:

Empfehlung:

Datum:

Unterschrift:

Bild 1. Leistungsdokumentationsbogen Logopädie

Quelle: Kopf-Hals-Tumorzentrum Katholisches Krankenhaus Hagen (2024).



Logopädischer Stimmbefund

Patient: _____
Geb.: _____

Grund der Vorstellung: _____ Datum: _____

Logopädische Diagnose: _____

Subjektive Beschwerden

Heiserkeit – Druckgefühl – Räusperzwang – Brennen – Schleim – Schmerz – Fremdk. Gefühl – Trockenht.
Stimmermüdung / Dauer: _____

Atmung

Ruheatmung: * klavikulär ☐ * thoracal ☐ * kostal ☐ Kostoabdominal ☐
 Sprechatmung: * klavikulär ☐ * thoracal ☐ * kostal ☐ kostoabdominal ☐
 Atemmittellage: * eingehalten: ☐ * überzogen ☐
 Atemgeräusche: * keine ☐ * geringe ☐ * schnappen ☐ * stridor ☐
 sonstg. Auffälligkeiten: _____

Phonation

Stimmklang: * klar ☐ * belegt ☐ * heiser ☐ * knarrend ☐ * brüchig ☐ * kippend ☐
 Stimmgebung: * hart ☐ * gepreßt ☐ * kehlig ☐ * kloßig ☐ * behaucht ☐ * verhaucht ☐
 Stimmansatz: * vorne ☐ * Mitte ☐ hinten ☐
 Stimmeinsatz: * physiolog. ☐ Gehaucht: ☐ hart: ☐
 Stimmabsatz: * physiolog. ☐ Gehaucht: ☐ hart: ☐ knarrend: ☐
 Stimmvolumen: * voll: ☐ zart: ☐ dünn: ☐ überladen: ☐
 Stimmstärke: * normal ☐ leise ☐ zu laut ☐ schwankend ☐
 Steigerungsfähig: * gut ☐ mittel ☐ normal ☐
 Sprechtempo: * normal ☐ langsam ☐ schnell ☐
 Artikulation: * normal ☐ * verkrampft ☐ * eng ☐ * nachlässig ☐ * undeutlich / verwaschen ☐
 Mittlere Sprechstimmlage auf: _____
 Physiolog. Stimmumfang von: _____ bis _____ -- --> ca. _____ Oktaven
 Körperansatz: Brust..... Ganzkörperlich..... Kopf.....
 Ausatmungsdauer: „fff“Sec. „sss“Sec.
 Tonhaltedauer: „oo“Sec. „iii“Sec. „aaa“Sec.
 Lombard Probe: Ergebnis:

Bild 2. Logopädischer Stimmbefund

Quelle: St.-Josefs-Hospital Hagen (2024).

Patientenetikett

GUSS

(Gugging Swallowing Screen)

Datum: _____

Zeit: _____

Untersucher: _____

1. Voruntersuchung / Indirekter Schluckversuch

		JA	NEIN
VIGILANZ	Der Patient muss mindestens 15 Minuten wach sein	1 ☐	0 ☐
HUSTEN und/oder RÄUSPERN	Willkürlicher Husten: Der Patient soll zweimal kräftig räuspern oder husten.	1 ☐	0 ☐
SPEICHEL-SCHLUCK	Mundhygiene durchführen, wenn der Mund sehr trocken ist Wenn sich der Patient am Speichel verschluckt dann „nein“ ankreuzen	1 ☐	0 ☐
• Schlucken möglich			
• Drooling	Permanentes Speicheldrooling (Drooling = Austritt von Speichel aus dem Mund)	0 ☐	1 ☐
• Stimmänderung nach dem Speichelschluck?	Gurgelig, röchelnd, feucht (oder gurgelige Atmung bei zervikaler Auskultation) Heisere Stimme seit dem Insultgeschehen?	0 ☐	1 ☐
	SUMME:	(5)	
		1 – 4 = Abbruch des Tests s. GUSS-Evaluation 5 = Fortsetzung Teil 2	

2. Direkter Schluckversuch (Material: Wasser, Eindickungsmittel, Teelöffel, Tasse, Spritze, Brot, Keks)

Reihenfolge	BREIIG→	FLÜSSIG→	FEST
	½ Teelöffel angedicktes Wasser (IDDSI 3) Wenn keine Symptome dann weitere 3-5 Teelöffel Abbruch sobald eines der 4 Aspirationszeichen auffällig	3, 5, 10, 20 ml Wasser in einer Tasse verabreichen dann 50 ml Wasser (sequenzielle Schlucke) Abbruch sobald eines der 4 Aspirationszeichen auffällig	Ein trockenes Brot ohne Rinde und/oder ein Stück Keks (max. 1,5cm x 1,5cm) Abbruch sobald eines der 4 Aspirationszeichen auffällig
SCHLUCKAKT			
• Schlucken nicht möglich	0 ☐	0 ☐	0 ☐
• Verzögerter Schluckakt (Breitig, Flüssig > 2 sec. Festes > 10 sec.)	1 ☐	1 ☐	1 ☐
• Schlucken erfolgreich	2 ☐	2 ☐	2 ☐
HUSTEN (unwillkürlich) (vor, während und nach dem Schlucken, bis 3 Minuten später)			
• Ja	0 ☐	0 ☐	0 ☐
• Nein	1 ☐	1 ☐	1 ☐
DROOLING			
• Ja	0 ☐	0 ☐	0 ☐
• Nein	1 ☐	1 ☐	1 ☐
STIMMÄNDERUNG (Vor und nach dem Schluck auf die Stimme hören- Patient soll „Ohh“ sprechen)			
• Ja	0 ☐	0 ☐	0 ☐
• Nein	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	SUMME:	(5)	(5)
		1 – 4 = Abbruch des Tests s. GUSS-Evaluation 5 = Fortsetzung Flüssig	1 – 4 = Abbruch des Tests s. GUSS-Evaluation 5 = Fortsetzung Fest
SUMME: (Indirekter und direkter Schluckversuch) _____ (20)			

The Gugging Swallowing Screen. Stroke. 2007;38:2948 Michaela Trapl, SLT, MSc; Paul Enderle, MD, MSc; Monika Nowotny, MD; Yvonne Teuschl, PhD; Karl Matz, MD; Alexandra Dachenhausen; PhD Michael Brainin, MD

Bild 3.1. GUSS (Gugging Swallowing Screen). Deutsche Version

Quelle: The Gugging Swallowing Screen (2007).

GUSS-EVALUATION

(Gugging Swallowing Screen)

ERGEBNISSE		SCHWEREGRAD	EMPFEHLUNGEN (in Anlehnung an IDDSI-Framework www.iddsi.org)
20	Breilige, flüssige und feste Konsistenzen erfolgreich	Minimale / Keine Dysphagie Minimales Aspirationsrisiko	• Normale Kost (IDDSI 7 oder 7 EC) • Normale Flüssigkeiten (IDDSI 0) • Das erste Essen sollte unter Supervision einer Logopädin oder einer, im Dysphagiemanagement geschulten Pflegeperson stattfinden, um die Schluckfähigkeit bei gemischten Konsistenzen während des Essens zu überprüfen
15-19	Breilig erfolgreich, Flüssiges erfolgreich, Festes beeinträchtigt	Leichtgradige Dysphagie mit einem geringen Aspirationsrisiko	• Dysphagie Kost (Pürierte und/oder weiche Nahrung) (IDDSI 5 oder 6) • Flüssigkeiten schluckweise (IDDSI 0) oder leicht angedickt (IDDSI 1-2) • <i>Optional:</i> Weiteres funktionelles Assessment (FEES, VFES)¹ • <i>Optional:</i> Zuweisung zur Logopädi¹ <i>Nahrungsergänzung via PEG, Nasogastraler Sonde oder parenteral + Zusatznahrung</i>
10-14	Breilig erfolgreich, Flüssiges beeinträchtigt	Mittelgradige Dysphagie mit Aspirationsrisiko	• Dysphagie Kost (Homogen breilige Nahrung) (IDDSI 3-4) • Alle Flüssigkeiten andicken (IDDSI 2-4) • Medikamente zerkleinern und mit angedickter Konsistenz verabreichen (IDDSI 3-4) • Keine flüssigen Medikamente! • <i>Optional:</i> Weiteres funktionelles Assessment (FEES, VFES)¹ • <i>Optional:</i> Zuweisung zur Logopädi¹ <i>Nahrungsergänzung via PEG, Nasogastraler Sonde oder parenteral + Zusatznahrung</i>
0-9	Voruntersuchung auffällig oder Breischluck beeinträchtigt	Hochgradige Dysphagie mit einem hohen Aspirationsrisiko	• NPO (non per os = nothing by mouth = nichts über den Mund) • <i>Optional:</i> Weiteres funktionelles Assessment (FEES, VFES)¹ • <i>Optional:</i> Zuweisung zur Logopädi¹ <i>Nahrungsergänzung via PEG, Nasogastraler Sonde oder parenteral</i>

¹ Empfohlen werden funktionelle/instrumentelle Untersuchungsmethoden wie: Fiberoptik Endoscopic Evaluation of Swallowing (FEES), Videofluoroscopic Evaluation of Swallowing (VFES) sowie Eine klinische Schluckuntersuchung durchgeführt von einer Logopädin

¹ Empfohlen werden funktionelle/instrumentelle Untersuchungsmethoden wie: Fiberoptische Endoskopische Evaluation of Swallowing (FEES), Videofluoroscopic Evaluation of Swallowing (VFES) sowie Eine klinische Schluckuntersuchung durchgeführt von einer Logopädin

The Gugging Swallowing Screen. Strobo. 2007;38:2948 Michaela Trapl, SLT, MSc.; Paul Enderle, MD, MSc.; Monika Nowotny, MD; Yvonne Teuschl, PhD; Karl Manz, MD; Alexandra Darchenhausen, PhD Michaela Brunn, MD

Bild 3.2. GUSS (Gugging Swallowing Screen). Evaluation und Kostempfehlung. Deutsche Version

Quelle: The Gugging Swallowing Screen (2007).

GUSS-ICU-EVALUATION		
Ergebnis	Schweregrad	Diet-Empfehlungen (nach der IDDSI-Grundstruktur)
0-6 Punkte	Voruntersuchung oder Breischluck beeinträchtigt (Hochgradige Dysphagie mit einem hohen Aspirationsrisiko)	* NPO (non per os) -> Zuweisung zur Logopädie, zur HNO bzw. Phoniatrie oder einem/einer Dysphagie-Spezialist* in. Wiederholen Sie den Test nach frühestens 4 Stunden wieder.
7 Punkte	Breigut erfolgreich, Flüssiges beeinträchtigt (Mittelgradige Dysphagie mit Aspirationsrisiko)	* Breigut pürierte oder stark dickflüssige Kost (IDDSI 3-4) * Alle Flüssigkeiten müssen eingedickt werden (IDDSI 2-3) * Medikamente sollten zermörtet und mit Brei verabreicht werden (IDDSI 3-4) * Keine flüssigen Medikamente verabreichen * Optional: Weiteres funktionelles Assessment (FEES, VFSS)¹ * Optional: Zuweisung zur Logopädie * Nahrungsergänzung via PEG, Nasogastraler Sonde oder parenteral + Zusatznahrung
8 Punkte	Breigut erfolgreich, Flüssiges erfolgreich, Festes beeinträchtigt (Leichtgradige Dysphagie mit einem geringen Aspirationsrisiko)	* Weiche Kost (zerkleinerte & durchfeuchtete oder weiche & mundgerechte Kost) (IDDSI 5 oder 6) * Flüssigkeiten IDDSI 0 * Optional: Weiteres funktionelles Assessment (FEES, VFSS)¹ * Optional: Zuweisung zur Logopädie * Nahrungsergänzung via PEG, Nasogastraler Sonde oder parenteral + Zusatznahrung
9 Punkte	Breigut erfolgreich, Flüssiges erfolgreich, Festes erfolgreich, Gemischte Konsistenzen beeinträchtigt (Leichtgradige Dysphagie mit einem geringen Aspirationsrisiko)	* Weiche Kost (Weich & mundgerecht oder leicht zu kauen) (IDDSI 6 oder 7 EC) * Vermieden werden sollen gemischte Konsistenzen oder hart zu kauende Speisen * Flüssigkeiten uneingeschränkt (IDDSI 0) * Optional: Weiteres funktionelles Assessment (FEES, VFSS)¹ * Optional: Zuweisung zur Logopädie * Nahrungsergänzung via PEG, Nasogastraler Sonde oder parenteral + Zusatznahrung
10 Punkte	Breigut, flüssige und feste Konsistenzen erfolgreich (Minimale / Keine Dysphagie Minimales Aspirationsrisiko)	* Normale Kost (IDDSI 7, 7 EC) * Flüssigkeiten uneingeschränkt (IDDSI 0) * Das erste Essen sollte unter Supervision einer Logopädin oder einer, im Dysphagiemanagement geschulten Pflegeperson stattfinden, um die Schluckfähigkeit bei gemischten Konsistenzen während des Essens zu überprüfen
¹ Empfohlen werden funktionelle/instrumentelle Untersuchungsmethoden wie: Fiberoptische Endoskopische Evaluation of Swallowing (FEES), Videofluoroskopische Evaluation of Swallowing (VFSS) (IDDSI= International Dysphagia Standardization Initiative) Troil C, Trapl-Grundschober M, Teuschl Y, Cerrito A, Compte MG, Siegmund M, A bedside swallowing screen for the identification of post-extubation dysphagia on the intensive care unit - validation of the Gugging Swallowing Screen (GUSS)-ICU. BMC Anesthesiol. 2023;23:122. doi: 10.1186/s12871-023-02072-6.		

Bild 4.2. GUSS-ICU. Evaluation und Kostempfehlung. Deutsche Version
Quelle: GUSS-ICU (2023).

(3) Stimmprothese

Stimmprothese ist aktuell die verbreitetste Methode zur Wiederherstellung der Stimmbildung nach Laryngektomie in Deutschland. Die Stimmprothese wird operativ zwischen oberem Luftröhrenabschnitt und Speiseröhre eingesetzt. Bei der Abdichtung der Tracheostomaöffnung mit dem Finger und Pressen der Luft aus der Luftröhre in den Mund und Rachenraum wird eine Stimmbildung möglich.

Neben der Stimmanbahnung umfasst die logopädische Betreuung der laryngektomierten PatientInnen u. a. Unterstützte Kommunikation (UK), therapeutische Essensbegleitung und Kontrolle der Nahrungsaufnahme, eine gezielte Dysphagie-Therapie und Tracheostoma-Absaugen.

Fazit

Die Logopädie in Deutschland hat in der Versorgung onkologischer Erkrankungen in den letzten Jahren verstärkt Erfahrung gesammelt und sich mit den Schluck- und Sprechstörungen bei KHT-PatientInnen fachlich auseinandergesetzt und etabliert. Die stationäre logopädische Beratung und Behandlung gehören zum Goldstandard bei Larynxkarzinompatienten gemäß der Deutschen Krebsgesellschaft. Zukünftig sollte versucht werden auch PatientInnen mit anderen Krebsarten im Kopf-Hals-Bereich stationär wie ambulant in adaptierten onkologischen Rehabilitationsprogrammen logopädisch zu behandeln.

Literatur

- Bartolomé G., Schröter-Morasch H. (2013). *Schluckstörungen. Diagnostik und Rehabilitation*, 5. Aufl. München: Elsevier/Urban & Fischer.
- Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit, Pflege und Prävention. (2023). [online] <https://www.stmgp.bayern.de/gesundheitsversorgung/gesundheitsberufe/logopaedie/> (zuletzt abgerufen am 25.12.2023).
- Bindewald J., Herrmann E., Dietz A. et al (2007). Lebensqualität und Sprachverständlichkeit bei Patienten mit Kehlkopfkarzinom-Relevanz des „Zufriedenheitsparadoxes.“ [Quality of life and voice intelligibility in laryngeal cancer patients – relevance of the „satisfaction paradox“]. *Laryngorhinootologie*, 86(6), 426–430.
- Bundesministerium der Justiz. (1980). *Gesetz über den Beruf des Logopäden*. [online] <https://www.gesetze-im-internet.de/logopg/index.html> (zuletzt abgerufen am 11.12.2023).
- Die Deutsche Gesellschaft für Neurologie e.V. (DGN). (2014). *Informationen zu FEES*. [online] <https://dgn.org/informationen-zu-fees/> (zuletzt abgerufen am 25.12.2023).
- Deutsche Krebsgesellschaft. (2018). [online] <https://www.krebsgesellschaft.de/> (zuletzt abgerufen am 25.12.2023).
- Deutsche Krebsgesellschaft e.V. (2004). *Prinzipien der onkologischen Rehabilitation, Kurz gefasste interdisziplinäre Leitlinie*.
- Denk-Linnert D.M. (2006). Funktionelle Therapie oropharyngealer Dysphagien nach Kopf-Hals-Tumoren. In: G. Böhme (Hrsg.), *Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schluckstörungen*, Bd. 2, 4. Aufl. München: Urban & Fischer.

- Denk-Linnert D.M. (2014). Rehabilitation von HNO-Tumor-Patienten. In: G. Kornek, E. Selzer, M. Burian (Hrsg.), *Aktuelle Therapieoptionen bei Kopf-/Hals-Tumoren*. Bremen: UNI-MED Science.
- Denk-Linnert D.M. (2018). Schlucken nach Tracheostomie. In: B. Schneider-Stickler, P. Kress, *Tracheotomie und Tracheostomaversorgung. Indikationen, Techniken und Rehabilitation* (s. 303–319). Wien: Springer.
- Denk-Linnert D.M. (2020). Schluck- und Stimmstörungen in der Onkologischen Rehabilitation. In: R. Crevenna (ed.), *Onkologische Rehabilitation* (s. 203–225). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Hey C., Pluschinski P., Zaretsky Y. et al. (2014). Penetration-Aspiration Scale according to Rosenbek. Validation of the German version for endoscopic dysphagia diagnostics. *HNO*, 62(4), 276–281.
- Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10. Revision. Version 2019. Mit Aktualisierungen vom 01.11.2019, 13.02.2020, 23.03.2020, 22.04.2020 und 01.02.2022. [online] <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-who/kode-suche/htmlamtl2019/> (zuletzt abgerufen am 10.01.2024).
- Macha-Krau H., Schrey-Dern D. (2021). *Emanzipationsgeschichte der Logopädie in Deutschland. Wie wir's wurden-wer wir sind*. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.
- OnkoZert Institut. (2024). [online] <https://www.onkozert.de/> (zuletzt abgerufen am 10.01.2024).
- OnkoZert Institut. (2022). [online] https://www.onkozert.de/wordpress/wp-content/uploads/2022/09/eb_mkht-G_faq_220831.pdf?v=46996655 (zuletzt abgerufen am 12.01.2024).
- Roch C., Schendzielorz P., Scherzad A., van Oorschot B. & Scheich M. (2020). Bedürfnisse und Belastungen von palliativmedizinisch mitbetreuten Patienten mit fortgeschrittenen und/oder metastasierten Kopf-Hals-Tumoren. *HNO*, 68(7), 510–516.
- Schneider-Stickler B., Bigenzahn W. (2013). *Stimmdiagnostik*, 2. Aufl. Wien: Springer.
- Schneider-Stickler B., Kress P. (2018). *Tracheotomie und Tracheostomaversorgung. Indikationen, Techniken und Rehabilitation*. Wien: Springer.
- Troll C. (2022). *Modifikation und Validierung des Gugging Swallowing Screens für die Intensivstation*. Krems: Donau-Universität Krems.
- Troll C., Trapl-Grundschober M., Teuschl Y., Cerrito A., Gallego C. M., Siegemund M. (2023). A bedside swallowing screen for the identification of post-extubation dysphagia on the intensive care unit – validation of the Gugging Swallowing Screen (GUSS)—ICU. *BMC Anesthesiol*, 23, 122.
- Umsetzungsbegleitung Bundesteilhabegesetz. (2016). [online] <https://umsetzungsbegleitung-bthg.de/gesetz/hintergrund/#:~:text=Das%20Rehabilitations%2DAngleichungsgesetz,den%20Kreis%20der%20Rehabilitationsleistungstr%C3%A4ger%20eingebunden> (zuletzt abgerufen am 25.01.2024).
- Uniklinikum Würzburg. (2023). *Breischluckuntersuchung*. [online] <https://www.ukw.de/behandlungszentren/zentrum-fuer-achalasie-und-andere-oesophagusmotilitaetsstoerungen/schwerpunkte/achalasie-diagnostik/breischluckuntersuchung/#:~:text=Die%20Breischluckuntersuchung%20ist%20eine%20radiologische,dem%20%C3%9Cbergang%20zum%20Magen%20angefertigt> (zuletzt abgerufen am 12.01.2024).
- Wendler J., Rauhut A., Krüger H. (1986). Classification of voice qualities. *J Phon*, 14, 483–488.
- Zentrum für Krebsregisterdaten. (2023). [online] https://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Content/Krebsarten/Mundhoehle_Rachenkrebs/mundhoehle_rachen_node.html (zuletzt abgerufen am 05.01.2024).

**Sprawozdanie z konferencji naukowej
Katedry Logopedii i Zaburzeń Rozwoju
Uniwersytetu Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie
„Diagnoza i terapia miofunkcjonalna – ujęcie interdyscyplinarne”
Kraków, 11 listopada 2023 r.**

W dniu 11 listopada 2023 r. odbyła się w Krakowie konferencja naukowa „Diagnoza i terapia miofunkcjonalna – ujęcie interdyscyplinarne”. Organizatorem spotkania była Katedra Logopedii i Zaburzeń Rozwoju Instytutu Nauk o Zdrowiu UKEN w Krakowie, kierowana przez dr hab. Martę Korendo, prof. UKEN.

Konferencje organizowane przez Katedrę Logopedii i Zaburzeń Rozwoju UKEN mają charakter cyklicznych spotkań naukowych, które dotyczą bieżących problemów diagnostycznych i terapeutycznych. Tegoroczne cieszyło się ogromnym zainteresowaniem z uwagi na interdyscyplinarny charakter – swoje referaty wygłosili nie tylko logopedzi i neurologopedzi, ale także ortodonci, stomatolodzy, fizjoterapeuci, osteopaci.

Terapia miofunkcjonalna to szereg oddziaływań, które mają na celu niwelowanie zaburzeń lub zapobieganie powstawania patologii w obszarze toru ustno-twarzowego. *Myo* z gr. znaczy ‘mięsień’, a *functio* w łac. rozumiane jest jako ‘funkcja’. Oznacza to, że zaburzenia miofunkcjonalne to szereg nieprawidłowości w funkcjonowaniu mięśni układu orofacialnego, które mogą przyczynić się do powstawania wad wymowy, ale także wad zgryzu, pojawienia się trudności z przyjmowaniem pokarmów, asymetrii mięśni twarzy, problemów w pracy stawów skroniowo-żuchwowych, nieprawidłowego toru oddechowego, wad postawy itp. Dlatego też konferencja stanowiła platformę do wymiany doświadczeń na gruncie interdyscyplinarnym, przyczyniła się do zrozumienia potrzeb pacjentów oraz wpłynęła na rzetelność diagnostyczną i skuteczność terapeutyczną.

Uroczystego otwarcia konferencji dokonały dr hab. Marta Korendo – kierownik Katedry Logopedii i Zaburzeń Rozwoju UKEN oraz dr hab. Halina Pawłowska-Jaroń – p.o. dyrektor Instytutu Nauk i Zdrowiu UKEN. Przedstawione w ramach konferencji wystąpienia podzielone zostały na trzy sekcje. Pierwszy blok wystąpień, prowadzony przez dr hab. Martę Korendo, rozpoczął wykład dr hab. Anity Lorenc i dr Agnieszki Borowiec zatytułowany *Diagnoza i terapia miodfunkcjonalna w świetle obiektywnych badań instrumentalnych*. Prelegentki zaprezentowały wyniki swoich badań prowadzonych z wykorzystaniem artykulografii elektromagnetycznej. Artykulograf to współcześnie najnowocześniejsze narzędzie badawcze stosowane w fonetycznych badaniach artykulacyjnych. Daje możliwość analizy precyzyjnych danych dotyczących położenia ruchomych narządów mowy w powiązaniu z trójwymiarowymi wizualizacjami ruchu, ściśle zsynchronizowanymi z dźwiękiem. Kolejne wystąpienie dotyczyło diagnozowania miodfunkcji w perspektywie planowania oddziaływań terapeutycznych (*Diagnoza miodfunkcji jako podstawa do planowania terapii logopedycznej*). Autorka, dr Mira Rządka, podkreśliła znaczenie badania funkcji prymarnych w obszarze orofacjalnym dla efektywności podejmowanych działań. W kolejnym referacie pt. *Hands on czy hands off – dylematy i kompromisy w terapii neurologopedycznej na OION* mgr Marta Karwot-Pięta, odwołując się do aktualnej wiedzy oraz własnych doświadczeń pracy na oddziale intensywnej opieki neonatologicznej, podkreśliła ogromną rolę wczesnych, profesjonalnych oddziaływań terapeutycznych, podejmowanych w stosunku do dzieci przedwcześnie urodzonych. Pierwszą część zamykało wystąpienie lek. med. Donaty Oziemczuk i neurologopedki, mgr Moniki Owsianowskiej, podczas którego prelegentki przedstawiły autorską propozycję klasyfikacji wędzidełka języka, uwzględniającą złożoność i różnorodność struktur jamy ustnej (tytuł wystąpienia: *Wędzidełko języka w klasyfikacji Oziemczuk-Owsianowskiej*). Zaproponowane rozwiązania pozwalają na ocenę anatomii wędzidełka języka oraz jego relacji względem otaczających struktur.

Drugiej części obrad przewodniczyła dr hab. Anita Lorenc, a rozpoczęło ją wystąpienie dr Magdaleny Czajkowskiej zatytułowane *Struktura i funkcja – wzorce napięciowe w terapii logopedycznej*. Prelegentka, odwołując się do wiedzy z zakresu osteopatii, fizjoterapii i logopedii, przedstawiła zależności pomiędzy ciałem dziecka a kompleksem ustno-twarzowym, wskazując na istotne znaczenie dysfunkcji mięśniowo-powięziowych. Autorką następnego referatu była mgr Małgorzata Gawryl, która przedstawiła wyniki prowadzonych przez siebie badań dotyczących ruchomości języka u osób dorosłych, w powiązaniu ze stanem struktury wędzidełka. Tytuł wystąpienia brzmiał: *Ocena struktury i mobilności języka u osób dorosłych – analiza statystyczna*. Kolejne uczestniczkę panelu – dr Anna Siudak i mgr Jadwiga Prażak – w wystąpieniu *Zaburzenia miodfunkcjonalne w kontekście rozwoju motorycznego dziecka – studium przypadku* zaprezentowały efekty oddziaływań fizjoterapeutycznych u 9-letniej dziewczynki z zaburzeniami miodfunkcjonalnymi. Istotą wystąpienia była analiza retrospektywna przypadku opierająca się na materiałach audiowizualnych, która ukazała cechy patologiczne u dziecka od dnia urodzenia. Autorki wyśtosowały postulat o wczesną diagnozę miodfunkcjonalną niemowląt. Następnie prelekcję pt. *Blizna w obrębie twarzy i jamy ustnej w terapii logopedycznej* wygłosiła mgr Ewelina Mendala-Kwoczek.

Wyniki badań dowodzą, że blizna ma negatywny wpływ nie tylko na miejsce, w którym powstała, ale także na inne, czasem odległe części ciała. Prelegentka wskazywała na potrzebę podjęcia działań na bliznach w obszarze orofacjalnym w terapii logopedycznej. Referat o przewrotnym tytule *Powrót do przyszłości 4 – czyli wróćmy do podstaw również przy miofunkcji* wygłosił mgr Artur Kopeć, który podkreślił wagę zarówno holistycznej diagnozy, jak i terapii pacjentów z zaburzeniami miofunkcjonalnymi. Udzielenia odpowiedzi na zadane w tytule kolejnego wystąpienia pytanie *Miofunkcje a rozwój mowy – czy możliwe jest ustalenie wpływu?* podjęła się dr Ewa Bielenda-Mazur, koncentrując się na ankyloglosji i zabiegu uwolnienia języka. Autorka dokonała przeglądu badań opublikowanych w XXI wieku (głównie w drugiej i trzeciej dekadzie), dotyczących powiązań między nieprawidłowościami anatomicznymi wędzidełka języka a rozwojem mowy w aspekcie ilościowym i jakościowym. Zaprezentowała źródła, które wbrew obiegowym opiniom podają, że zabieg uwolnienia języka nie przyczynia się do poprawy produkcji i zrozumiałości mowy. Odniosła również prezentowane wnioski z badań do własnych doświadczeń klinicznych. Wskazała, iż potrzeba interwencji chirurgicznej na wędzidełku języka wyłącznie w celu poprawy mowy powinna być podejmowana z ostrożnością, a postępowanie logopedów i neurologopedów winno uwzględniać wiedzę pochodzącą z najnowszych badań naukowych.

Trzecią i ostatnią sekcję konferencji, moderowaną przez dr Mirę Rządzką, rozpoczął mgr Piotr Koprowski referatem *Zaburzenia obręczy barkowej w terapii pacjenta z zaburzeniami miofunkcjonalnymi*. Był to kolejny głos w tej debacie naukowej podkreślający znaczenie holistycznej diagnozy pacjentów z problemami miofunkcjonalnymi, a także wskazujący na potrzebę współpracy logopedy z fizjoterapeutą w procesie terapeutycznym. Wystąpienie mgr. Krzysztofa Bieńka *Objawy dysfunkcji obszaru czaszkowo-żuchwowego* odnosiło się do istotnych, z punktu widzenia terapii miofunkcjonalnej, zaburzeń pracy stawów skroniowo-żuchwowych. Współczesne doniesienia naukowe i kliniczne potwierdzają rosnący problem nieprawidłowości czynnościowych układu ruchowego narządu żucia, szczególnie u osób dorosłych. Kolejną uczestniczką panelu była mgr Marta Marszałek, której referat zatytułowany *Terapia manualna krtani w pracy z dziećmi powyżej 6. roku życia* dotyczył ważnych w perspektywie tworzenia wypowiedzi napięć mięśniowo-powięziowych w rejonie narządu głosotwórczego oraz możliwości podejmowania działań przywracających balans pomiędzy strukturami odpowiedzialnymi za pracę krtani. Referat *Kontrowersje w diagnostyce i leczeniu ankyloglosji*, kończący obrady konferencyjne, przedstawił lek. stom. Jakub Bargiel.

Po przerwie rozpoczęła się druga, praktyczna część spotkania, czyli cykl warsztatów, w ramach których uczestnicy mogli zapoznać się z wybranymi technikami terapeutycznymi, ćwiczeniami, metodami diagnostycznymi, stosowanymi w pracy z pacjentami z zaburzeniami miofunkcjonalnymi. Do tej sekcji udało się organizatorom zaprosić: dr Magdalенę Czajkowską (*Analiza wzorców ruchowych i oddechowych w praktyce logopedy*), dr. Mariana Majchrzyckiego (*Nerw trójdzielny w praktyce logopedy*), mgr Jadwigę Prażak (*Ocena rozwoju ruchowego w pierwszym roku życia*), mgr Martę Marszałek (*Terapia manualna krtani u dzieci z niepełnosprawnością sprzężoną*), mgr. Artura Kopcia (*Przykłady pracy manualnej w różnego rodzaju dysfunkcjach*),

mgr. Krzysztofa Bieńka (*Propozycje terapeutyczne w dysfunkcji nerwu trójdzielnego*), mgr Monikę Marcińską (*Oddychanie funkcjonalne metodą Butejki w terapii pacjentów z zaburzeniami miodfunkcjonalnymi – warsztat praktyczny*).

Wszystkie referaty, a także warsztaty, cieszyły się dużym zainteresowaniem słuchaczy/uczestników, co zaowocowało ożywionymi dyskusjami w kularach. Wielowątkowość zagadnień podejmowanych w wystąpieniach potwierdziła obecność tej problematyki w kręgu zainteresowań badaczy, praktyków-specjalistów, logopedów oraz neurologopedów, co przekonuje o potrzebie wymiany myśli i doświadczeń, czego okazją będzie kolejna konferencja organizowana przez Katedrę Logopedii i Zaburzeń Rozwoju UKEN.

1. Bargiel J., Gontarz M., Gąsiorowski K. (2021). Miodfrenuloplasty for Full Functional Tongue Release in Ankyloglossia in Adults and Adolescents—Preliminary Report and Step-by-Step Technique Showcase. *Medicina*, 57.
2. Bieniek K. (2023). Objawy czynnościowych zaburzeń układu ruchowego narządu żucia na podstawie autodiagnozy pacjentów. W: E. Zmuda, E. Bielenda-Mazur, K. Sedivy-Mączka (red.), *Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis. Studia Logopaedica*, 7, 3–10.
3. Czajkowska M. (2024). *Struktura i funkcja w terapii logopedycznej*. Opole.
4. Gawrył M. (2023). Przyczyny i konsekwencje trudności w rozwoju i doskonaleniu funkcji pokarmowych dziecka z trisomia chromosomu 21. W: M. Baj-Lieder, R. Ulman-Bogusławska (red.), *Trudności w karmieniu dzieci niemowląt i małych dzieci, czyli jedzenie to nie bułka z masłem*. Warszawa: Od Pestki do Ogryzka.
5. Karwot-Pięta M. (2020). Czy tylko „stymulacja” odruchu ssania? Strategie opieki neurologopedycznej na Oddziale Intensywnej Opieki Neonatologicznej – wymiar praktyczny. W: M. Baj-Lieder, R. Ulman-Bogusławska (red.), *Trudności w karmieniu dzieci niemowląt i małych dzieci, czyli jedzenie to nie bułka z masłem*. Warszawa: Od Pestki do Ogryzka.
6. Koprowski P. (2023). Znaczenie obręczy barkowej u pacjenta z zaburzeniami miodfunkcjonalnymi. W: E. Zmuda, E. Bielenda-Mazur, K. Sedivy-Mączka (red.), *Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis. Studia Logopaedica*, 7, 47–60.
7. Lorenc A. (2016). *Wymowa normatywna polskich samogłosek nosowych i spółgłoski bocznej*. Warszawa: Elipsa.
8. Marszałek M. (2024). Narząd głosu w subiektywnej ocenie studentów kierunków humanistycznych. *Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis. Studia Logopaedica* (w druku).
9. Oziemczuk D., Owsianowska M. (2023). *Nowe spojrzenie na wędzidełko języka*. Zielona Góra: Wydawnictwo Oziemczuk.
10. Rządźka M. (2021). *Odruchy oralne u noworodków i niemowląt. Diagnoza i stymulacja*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
11. Siudak A., Prażak J. (2023). Zaburzenia miodfunkcjonalne w kontekście rozwoju motorycznego dziecka – studium przypadku. *Logopedia*, 52(1), 95–108.

Halina Pawłowska-Jaroń
Alicja Kabała
Anna Siudak

Spis treści

Krzysztof Bieniek

- Objawy czynnościowych zaburzeń układu ruchowego narządu żucia
na podstawie autodiagnozy pacjentów 3

Joanna Botwin

- Tożsamość polskich uczniów bilingwalnych mieszkających w Irlandii 11

Jagoda Cieszyńska-Rożek

- Stymulacja procesów uczenia się i pamięci w Metodzie Krakowskiej 21

Klaudia Kaczmar

- Analogiczne formacje słowotwórcze w mowie dzieci w wieku 2–4 lat 33

Piotr Koprowski

- Znaczenie obręczy barkowej u pacjenta z zaburzeniami miofunkcjonalnymi 47

Marta Korendo

- Categorical and dimensional approaches in diagnosis using Asperger
syndrome as an example / Kategoryjne i dymensjonalne podejście
w diagnozie na przykładzie zespołu Aspergera 61

Anna Michalczyk

- Studium przypadku czteroletniego chłopca z jękaniem 71

Anna Nallur

- Nabywanie fleksji jako element diagnostyczny rozwoju języka polskiego
u dzieci dwujęzycznych 87

Agnieszka Olczak

- Komunikacja społeczna jako jedna z kluczowych kompetencji przyszłości.
O potrzebie budowania wzorca podmiotowej komunikacji od dzieciństwa 101

Karolina Pilecka

- Ocena słuchu pacjenta z presbycusis na podstawie wybranych badań
audiometrycznych 111

Anna Siudak

- Gradualne badanie umiejętności czytania i pisania w procesie diagnozy
i terapii u dorosłych pacjentów z afazją 123

Marzena Maria Szurek

- Metody postępowania logopedycznego w terapii pacjenta z mową
bezdźwięczną – studium przypadku 141

Anna Świstowska

- Komunikacja dzieci w spektrum autyzmu – zastosowanie ruchomego
alfabetu oraz MTG® w terapii 153

Agata Wentz

- Logopädie in der onkologischen Rehabilitation in Deutschland.
Ein Überblick / Logopedia w rehabilitacji onkologicznej w Niemczech.
Zarys problematyki 171

RECENZJE I SPRAWOZDANIA

Sprawozdanie z konferencji naukowej Katedry Logopedii i Zaburzeń Rozwoju
Uniwersytetu Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie
„Diagnoza i terapia miofunkcjonalna – ujęcie interdyscyplinarne”
Kraków, 11 listopada 2023 r.

185

Contents

Krzysztof Bieniek

- Symptoms of functional disorders of the masticatory system based on patients' self-diagnosis 3

Joanna Botwin

- The identity of Polish bilingual children living in Ireland 11

Jagoda Cieszyńska-Rożek

- Stimulation of learning and memory processes in the Krakow Method 21

Klaudia Kaczmar

- Analogous word-building formations in the speech of children aged 2–4 years 33

Piotr Koprowski

- The importance of the shoulder girdle in a patient with myofunctional disorders 47

Marta Korendo

- Categorical and dimensional approaches in diagnosis using Asperger syndrome as an example 61

Anna Michalczyk

- A case study of a four-year-old boy with stuttering 71

Anna Nallur

- Acquiring inflection as a diagnostic part of development of the Polish language for bilingual children 87

Agnieszka Olczak

- Social communication as one of the key competences of the future.
About the need to build a model of subjective communication from childhood 101

Karolina Pilecka

- Hearing assessment of a patient with Presbycusis based on selected audiometric tests 111

Anna Siudak

- Gradual literacy testing in the process of diagnosis and therapy in adult patients with aphasia 123

Marzena Maria Szurek

- Speech therapy methods in the treatment of a patient with unvoiced speech – a case study 141

Anna Świstowska

- Communication of children on the autism spectrum –
the use of the movable alphabet and MTG® in therapy 153

Agata Wentz

- Logopädie in der onkologischen Rehabilitation in Deutschland.
Ein Überblick 171

REVIEWS AND REPORTS

Sprawozdanie z konferencji naukowej Katedry Logopedii i Zaburzeń Rozwoju
Uniwersytetu Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie
„Diagnoza i terapia miofunkcjonalna – ujęcie interdyscyplinarne”
Kraków, 11 listopada 2023 r.

185