

NORMA I ZABURZENIA KOMUNIKACJI JĘZYKOWEJ W KONTEKŚCIE EDUKACYJNYM

Pod redakcją

Sławomira Śniatkowskiego
Danuty Emiluty-Rozya
Katarzyny Ity Bieńkowskiej



Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej

**NORMA
I ZABURZENIA
KOMUNIKACJI
JĘZYKOWEJ
W KONTEKŚCIE
EDUKACYJNYM**

NORMA I ZABURZENIA KOMUNIKACJI JĘZYKOWEJ W KONTEKŚCIE EDUKACYJNYM

Pod redakcją

Sławomira Śniatkowskiego
Danuty Emiluty-Rożya
Katarzyny Ity Bieńkowskiej



Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej

Warszawa 2018

Recenzent

dr hab. Katarzyna Węsierska, Uniwersytet Śląski w Katowicach

Projekt okładki

Małgorzata Kowalczyk

Redakcja

Hanna Cieśla

Korekta

Zespół

Publikacja dofinansowana przez

Akademię Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej
ze środków na działalność statutową

Copyright © by

Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej
Warszawa 2018



Uznanie Autorstwa – Użycie Niekommercyjne 3.0 Polska

ISBN 978-83-66010-15-4

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

SPIS TREŚCI

TABLE OF CONTENTS	7
WSTĘP	9

CZĘŚĆ I

LINGWOEDUKACYJNE ASPEKTY KOMUNIKACJI JĘZYKOWEJ

<i>Teodozja Rittel</i> – W POSZUKIWANIU TEORII LINGWISTYKI EDUKACYJNEJ I DISKURSU EDUKACYJNEGO – PYTANIA PROBLEMOWE	14
<i>Józef Porayski-Pomsta</i> – PROJEKT BADAŃ NAD SŁOWNICTWEM DZIECI W WIEKU PRZEDSZKOLNYM I WCZESNOSZKOLNYM	26
<i>Sławomir Śniatkowski</i> – KONTEKSTY EDUKACYJNE KOMUNIKACJI JĘZYKOWEJ	44
<i>Magdalena Kochańska</i> – OCENA ROZWOJU JĘZYKOWEGO DZIECI NA ETAPIE WCZESNEJ EDUKACJI	56
<i>Mariola Białek</i> – WYRAŻENIE NO W MOWIE DZIECI W WIEKU 3–5 LAT	76

CZĘŚĆ II

LOGOPEDYCZNE ASPEKTY KOMUNIKACJI JĘZYKOWEJ

<i>Maria Kielar-Turska</i> – PROCES DIAGNOZOWANIA LOGOPEDYCZNEGO Z PUNKTU WIDZENIA PSYCHOLOGII I PSYCHOLINGWISTYKI ROZWOJOWEJ ...	92
<i>Danuta Emiluta-Rożyca</i> – KLASYFIKACJE ZABURZEŃ MOWY I ICH PRZYDATNOŚĆ PRAKTYCZNA – NIEUSTAJĄCY PROBLEM DISKUSJI LOGOPEDYCZNEJ	106
<i>Mirosław Michalik</i> – METODYKA POSTĘPOWANIA NEUROLINGWISTYCZNEGO W DIAGNOZIE I TERAPII LOGOPEDYCZNEJ ZABURZEŃ MOWY BĘDĄCYCH SKUTKIEM WCZESNYCH USZKODZEŃ MÓZGOWIA	124
<i>Justyna Żulewska, Małgorzata Nowis-Zalewska</i> – NAZYWANIE A UMIEJĘTNOŚĆ WYKORZYSTANIA NAZW W POROZUMIEWANIU SIĘ PACJENTÓW Z AFAZJĄ RUCHOWĄ	138

<i>Agnieszka Woźniak, Katarzyna Ita Bieńkowska</i> – ROZWÓJ JĘZYKOWY DZIECI Z WADĄ SŁUCHU I JEGO WPŁYW NA ODBIÓR NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI PRZEZ MATKI – BADANIA LONGITUDINALNE	151
<i>Ilona Brzozowska-Misiewicz, Gabriela Lorens, Aleksandra Karwowska</i> – UWARUNKOWANIA CAŁOŚCIOWEGO WSPARCIA DZIECKA Z WADĄ GENETYCZNĄ	167
<i>Łukasz Kowalczyk</i> – TECHNIKA „WYSTUKIWANIA SYLAB” KRZYSZTOFA SZAMBURSKIEGO – ZAŁOŻENIA I SKUTECZNOŚĆ	179

CZĘŚĆ III

ZRÓŻNICOWANA PERSPEKTYWA OPISU ZJAWISK JĘZYKOWYCH
W NORMIE I PATOLOGII

<i>Marlena Kurowska</i> – DZIECKO Z ZABURZENIAMI W ROZWOJU MOWY I JĘZYKA UWARUNKOWANYMI KOROWO W SYSTEMIE OŚWIATY	188
<i>Agnieszka Woźniak, Dorota Lipiec, Agata Mężyk</i> – PROFILAKTYKA LOGOPEDYCZNA W WYCHOWANIU PRZEDSZKOLNYM W KONTEKŚCIE GOTOWOŚCI SZKOLNEJ	205
<i>Dorota Lipiec, Izabela Więcek-Poborczyk</i> – NORMATYWNE I NIENORMATYWNE REALIZACJE FONEMU /R/ WE WSPÓŁCZESNYM JĘZYKU POLSKIM	216

VARIA

<i>Paulina Olejarczyk, Izabella Smolińska, Katarzyna Wojno</i> – SPRAWOZDANIE Z KONFERENCJI LOGOPEDÓW KLINICZNYCH W KOSZYCACH	228
---	-----

TABLE OF CONTENTS

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

PART I

LINGUISTIC EDUCATIONAL ASPECTS OF LANGUAGE COMMUNICATION

<i>Teodozja Rittel</i> – IN SEARCH OF THE THEORY OF EDUCATIONAL LINGUISTICS AND EDUCATIONAL DISCOURSE (RESEARCH PROBLEMS) ...	14
<i>Józef Porayski-Pomsta</i> – A RESEARCH PROJECT INVESTIGATING THE VOCABULARY OF PRESCHOOL- AND EARLY-ELEMENTARY-SCHOOL-AGED CHILDREN	26
<i>Sławomir Śniatkowski</i> – EDUCATIONAL CONTEXTS OF LANGUAGE COMMUNICATION	44
<i>Magdalena Kochańska</i> – ASSESSMENT OF LANGUAGE DEVELOPMENT IN CHILDREN IN EARLY CHILDHOOD EDUCATION	56
<i>Mariola Białek</i> – “WELL” IN THE LANGUAGE OF CHILDREN AGED 3–5	76

PART II

SPEECH-THERAPY ASPECTS OF LANGUAGE COMMUNICATION

<i>Maria Kielar-Turska</i> – SPEECH-THERAPY ASSESSMENT PROCESS FROM THE POINT OF VIEW OF DEVELOPMENTAL PSYCHOLOGY AND PSYCHOLINGUISTICS	92
<i>Danuta Emiluta-Rozya</i> – SPEECH DISORDERS CLASSIFICATIONS AND THEIR PRACTICAL USEFULNESS – THE PERENNIAL PROBLEM OF SPEECH-THERAPY DISCUSSION	106
<i>Mirosław Michalik</i> – NEUROLINGUISTIC METHODOLOGY IN SPEECH-THERAPY ASSESSMENT AND TREATMENT OF SPEECH DISORDERS RESULTING FROM EARLY BRAIN DAMAGE	124

<i>Justyna Żulewska, Małgorzata Nowis-Zalewska</i> – NAMING VERSUS THE ABILITY TO USE NAMES IN COMMUNICATION IN PATIENTS WITH MOTOR APHASIA	138
<i>Agnieszka Woźniak, Katarzyna Ita Bieńkowska</i> – LANGUAGE DEVELOPMENT IN CHILDREN WITH HEARING IMPAIRMENTS AND ITS IMPACT ON MATERNAL PERCEPTION OF DISABILITY – LONGITUDINAL STUDIES	151
<i>Ilona Brzozowska-Misiewicz, Gabriela Lorens, Aleksandra Karwowska</i> – FACTORS DETERMINING COMPREHENSIVE SUPPORT FOR CHILDREN WITH GENETIC DISORDERS	167
<i>Łukasz Kowalczyk</i> – “SYLLABLE TAPPING” METHOD BY KRZYSZTOF SZAMBURSKI – ASSUMPTIONS AND EFFECTIVENESS	179

PART III

A DIVERSE PERSPECTIVE IN THE DESCRIPTION OF NORMAL AND ABNORMAL LINGUISTIC PHENOMENA

<i>Marlena Kurowska</i> – CHILDREN WITH CORTICAL SPEECH AND LANGUAGE DISORDERS IN THE EDUCATIONAL SYSTEM	188
<i>Agnieszka Woźniak, Dorota Lipiec, Agata Mężyk</i> – SPEECH-THERAPY PREVENTION IN PRESCHOOL EDUCATION IN THE CONTEXT OF SCHOOL READINESS	205
<i>Dorota Lipiec, Izabela Więcek-Poborczyk</i> – NORMATIVE AND NON-NORMATIVE PRODUCTION OF THE PHONEME /R/ IN THE MODERN POLISH LANGUAGE	216

MISCELLANY

<i>Paulina Olejarczyk, Izabella Smolińska, Katarzyna Wojno</i> – REPORT ON THE CONFERENCE OF CLINICAL SPEECH THERAPISTS IN KOSZYCE	228
--	-----

WSTĘP

Prezentowana monografia stanowi nawiązanie do konferencji naukowej, która odbyła się w Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej (APS) w październiku 2016 roku, a jej temat zgodny był z tytułem prezentowanej publikacji. Było to kolejne spotkanie osób, którym bliskie są zagadnienia z pogranicza językoznawstwa, logopedii, psychologii, pedagogiki i dydaktyki języka. Ogniwem łączącym te środowiska naukowe jest nie tylko nieustająca potrzeba poznawania fenomenu, jakim jest komunikacja językowa, ale przede wszystkim poszukiwanie sposobów niesienia możliwie jak najskuteczniejszej pomocy osobom z zaburzeniami w tym zakresie oraz wspomaganie rozwoju języka w procesie edukacji.

Badania naukowe nad mową prawidłową i zaburzoną mają w naszej uczelni długą tradycję, sięgają czasów powstania Państwowego Instytutu Pedagogiki Specjalnej (1922), ale ich intensyfikacja nastąpiła wraz z powołaniem przez profesor Halinę Mierzejewską (językoznawcę i afazjologa) pierwszego Zakładu Logopedii w 1989 roku. Prowadzone wówczas i w latach późniejszych (kolejno pod kierunkiem profesora Bronisława Rocławskiego i profesora Józefa Porayskiego-Pomsty) prace badawcze miały na celu uszczegółowienie nie tylko opisów normy rozwoju językowego, lecz także różnych form zaburzeń mowy. Badania służyły ponadto ustalaniu patomechanizmów wywołujących nieprawidłowości w zakresie mowy, co w konsekwencji umożliwiała doskonalenie procedury, zarówno diagnozowania, jak i usprawniania logopedycznego. W 2015 r. w strukturze organizacyjnej Instytutu Wspomagania Rozwoju Człowieka i Edukacji na Wydziale Nauk Pedagogicznych APS utworzono Zakład Logopedii i Lingwistyki Edukacyjnej. Prowadzone wcześniej i kontynuowane w Zakładzie Logopedii rozważania teoretyczne i badania empiryczne zostały poszerzone o tematy związane m.in. z językowym obrazem świata

dzieci i młodzieży, sprawnościami językowymi, kontekstami kulturowymi, pragmatycznymi i kognitywnymi oraz z relewancją, redundancją i argumentacją w dyskursie edukacyjnym. Nowy nurt badawczy nawiązywał bezpośrednio do wypracowanego przez zespół badaczy krakowskich, skupionych wokół profesor Teodozji Rittel i profesora Jana Ożdżyńskiego, lingwoedukacyjnego oglądu zjawisk z zakresu komunikacji językowej. W tym kontekście prezentowana książka stanowi także nawiązanie do formuły serii wydawniczej publikowanej przez Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie początkowo jako *Studia Logopedyczne* (w latach 1994–2002), a następnie jako *Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis, Studia Logopaedica* (w latach 2006–2016).

Monografia, która w założeniu ukazywać miała dorobek i obszar zainteresowań badawczych jedynie pracowników Zakładu Logopedii i Lingwistyki Edukacyjnej, zyskała obecny kształt dzięki przygotowaniu składających się na nią artykułów także przez naukowców spoza APS. Współtworzenie tomu przez tak liczne grono Autorów dowodzi aktualności prezentowanej problematyki. Wpisanie zagadnień z zakresu normy i zaburzeń komunikacji językowej w szeroko rozumiany kontekst edukacyjny pozwoliło zgromadzić teksty, w których dominuje ujęcie lingwoedukacyjne, teksty z dominującym aspektem logopedycznym oraz artykuły niemal w równym stopniu uwzględniające oba ujęcia. Takim kategoriom tekstów odpowiada trzyczęściowa struktura monografii.

Pierwszą część tomu otwiera artykuł **Teodozji Rittel** poświęcony teoretycznym podstawom lingwistyki edukacyjnej odniesionym do dyskursu edukacyjnego i praktyki badań lingwoedukacyjnych. Rozważania dotyczące zagadnień semantycznych w zestawieniu z praktycznym charakterem badań nad słownictwem dzieci zawiera opracowanie **Józefa Porayskiego-Pomsty**. Zróżnicowanie i wzajemne zależności edukacyjnych i logopedycznych kontekstów komunikacji językowej są z kolei przedmiotem artykułu **Sławomira Śniatkowskiego**, natomiast zasady i narzędzia postępowania diagnostycznego omawia **Magdalena Kochańska** w opracowaniu pt. „Ocena rozwoju językowego dzieci na etapie wczesnej edukacji”. W ostatnim z tekstów w tej części monografii **Mariola Białek** analizuje funkcjonowanie leksemu „no” w wypowiedziach dzieci.

W drugiej części monografii znalazły się teksty o wyraźniej zarysowanym charakterze logopedycznym. Za wstęp do tej części można

uznać artykuł **Marii Kielar-Turskiej**, którego przedmiotem jest proces diagnostyczny w psychologii i w logopedii ze szczególnym uwzględnieniem postępowania diagnostycznego w diagnozie modelowej. **Danuta Emiluta-Roza** podejmuje z kolei problem klasyfikacji zaburzeń mowy postrzeganej jako podstawa zarówno diagnozy różnicowej, jak i postępowania terapeutycznego. Diagnozie i terapii logopedycznej odpowiadającym postępowaniu neurolingwistycznemu poświęcony jest artykuł **Mirosława Michalika** oraz **Justyny Żulewskiej** i **Małgorzaty Nowis-Zalewskiej**, które analizują proces nazywania w językowym porozumiewaniu się pacjentów z afazją ruchową. Przedmiotem studium **Agnieszki Woźniak** i **Katarzyny Ity Bieńkowskiej** jest – analizowany na podstawie badań longitudinalnych – wpływ rozwoju językowego dzieci z wadą słuchu na ocenę symptomów tego rodzaju niepełnosprawności przez matki. Z kolei na uwarunkowania całościowego wsparcia dziecka z wadą genetyczną zwracają uwagę w swoim opracowaniu **Ilona Brzowska-Misiewicz**, **Gabriela Lorens** i **Aleksandra Karwowska**. Drugą część monografii zamyka artykuł **Łukasza Kowalczyka** prezentujący założenia i oceniający skuteczność techniki „wystukiwania sylab” Krzysztofa Szamburskiego w logopedycznej terapii jąkania.

Na trzecią część tomu składają się teksty, w których z równą wyrazistością ujawniają się dwa ujęcia: edukacyjne/pedagogiczne i logopedyczne, odnoszące się zarówno do normy językowej, jak i do zaburzeń mowy. W artykule **Marleny Kurowskiej** zostały ukazane prawne uwarunkowania sytuacji dziecka z zaburzeniami mowy i języka pochodzenia korowego w polskim systemie edukacji. **Agnieszka Woźniak**, **Dorota Lipiec** i **Agata Mężyk** zwracają uwagę na zależności pomiędzy profilaktyką logopedyczną a gotowością szkolną, natomiast opracowanie **Doroty Lipiec** i **Izabeli Więcek-Poborczyk** dotyczy uwarunkowań normatywnych i niezgodnych z normą realizacji fonemu /r/.

Oprócz omówionych artykułów w monografii zamieszczono „Sprawozdanie z Konferencji Logopedów Klinicznych w Koszycach” autorstwa **Pauliny Olejarczyk**, **Izabelli Smolińskiej** i **Katarzyny Wojno** – studentek logopedii Akademii Pedagogiki Specjalnej.

Pomimo różnorodności podejmowanych przez Autorów zagadnień składające się na monografię teksty stanowią spójne opracowanie, które ukazuje liczne i bliskie zależności między logopedyczną i lingwoedukacyjną perspektywą opisu komunikacji językowej. Za podstawę tej spójności

można uznać szeroko rozumiany kontekst edukacyjny stanowiący punkt odniesienia zarówno dla działań pedagogicznych, jak i dla postępowania logopedycznego.

*Sławomir Śniatkowski
Danuta Emiluta-Rozya
Katarzyna Ita Bieńkowska*

CZĘŚĆ I

**LINGWOEDUKACYJNE ASPEKTY
KOMUNIKACJI JĘZYKOWEJ**

Teodozja Rittel

Uniwersytet Pedagogiczny im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie

W POSZUKIWANIU TEORII LINGWISTYKI EDUKACYJNEJ I DYSKURSU EDUKACYJNEGO – PYTANIA PROBLEMOWE

STRESZCZENIE

W artykule rozważa się problemy z zakresu teoretycznych podstaw lingwistyki edukacyjnej i dyskursu edukacyjnego, w szczególności dotyczące przedmiotu badań lingwoedukacyjnych, przedmiotu dyskursu edukacyjnego, zależności pomiędzy lingwistyką edukacyjną a dyskursem edukacyjnym oraz relacje między językiem i edukacją, nauczaniem i uczeniem się. W edukacyjnej teorii języka uwzględniono także zagadnienia relewancji i redundancji.

Słowa kluczowe: dyskurs edukacyjny, edukacyjna teoria języka, kompetencja lingwistyczna, lingwistyka edukacyjna, redundancja, relewancja, wyuczalność języka

ABSTRACT

The article discusses problems in the area of the theoretical basis of educational linguistics and educational discourse, focusing on the subject of linguistic educational research, the subject of educational discourse, the relationships between educational linguistics and educational discourse, and the relationships between language and education, and teaching and learning. The issues of relevance and redundancy in the educational theory of language are also considered.

Key words: educational discourse, educational theory of language, linguistic competence, educational linguistics, redundancy, relevance, language learnability

Wprowadzenie

W formule lingwistyki edukacyjnej zostały ujęte problemy nabywania i kształcenia języka, rozumiane jako „wyuczalność języka”. Są tu ukazane rozmaite perspektywy ich widzenia. Buduje się oryginalne modele nabywania i kształcenia języka, posługując się czterema aspektami kompetencji lingwistycznej. Tak rozumiane ujęcie lingwistyki edukacyjnej pozwala przemyśleć sztuczne podziały dyscyplin w obrębie lingwistyki, nauk pokrewnych, traktujących o języku (socjologii i psychologii), „podnosi wreszcie czynności metodyczne związane z kształceniem języka, lekceważone dotąd przez nauki teoretyczne, do rangi problemów godnych refleksji naukowej”¹.

Dyskurs edukacyjny łączymy z zagadnieniami komunikacji językowej. Problem ten, na tle wiedzy o systemie językowym i jego funkcjonowaniu, rysuje się jako perspektywa teoretyczna oraz perspektywa metodologiczna, w której wiedza o użyciu języka, obejmująca poznawanie i używanie języka, styka się z teorią. „Dyskurs edukacyjny” razem z „metodologią lingwistyki edukacyjnej” to propozycja wykorzystania założeń teoretycznych językoznawstwa, porządkująca równocześnie sądy na temat metodyki nauczania języka polskiego w szkole i uświadamiająca ważność tego problemu dla wiedzy o systemie językowym i jego funkcjonowaniu. Prace o lingwistyce edukacyjnej i o dyskursie edukacyjnym zawierają informacje ważne dla zrozumienia procesu komunikacji językowej „przydatne każdemu, podejmującemu pracę nad usprawnieniem komunikacji”².

Lingwistyka edukacyjna bada (jako swój przedmiot) dyskurs edukacyjny, który dostarcza jej „wiedzę wiedzianą” o języku w edukacji, a która przy tym opisuje przeobrażenia istotowe (rozwój języka dziecka, ucznia, studenta) w następstwie obserwacji zjawisk jednorodnych, powstałych w obrębie kompetencji jednostkowej i grupowej (dziecka, ucznia, studenta) na różnych etapach kształcenia.

¹ Z recenzji prof. S. Grabiasa mojej książki *Podstawy lingwistyki edukacyjnej*, Kraków 1994, wyd. II.

² Tegoż, recenzja mojej książki *Metodologia lingwistyki edukacyjnej*, Kraków 1994.

Pytania problemowe związane z lingwistyką edukacyjną i dyskursem edukacyjnym

Co jest przedmiotem lingwistyki edukacyjnej?

W sensie procesualnym *lingwistyka edukacyjna* bada język ucznia od poziomu wczesnego nabywania i kształcenia w klasach początkowych (model edukacyjny – wczesnoszkolny), przez rozwój i zmianę mocy kompetencji w klasach starszych (model edukacyjny – glottodydaktyczny) i rekonstrukcję kompetencji (model edukacyjny – logopedyczny). Działania te są każdorazowo wyznaczane przez różne poziomy opanowania języka. W zależności od stanu wyjściowego języka ucznia oceniamy jego możliwości i poziom kompetencji docelowej.

W sensie aplikacyjnym *lingwistyka edukacyjna* proponuje praktyczne sposoby diagnozowania poziomów języka. Zajmuje się ona wyuczalnością języka, skupiając uwagę na sposobach rozwiązywania tego problemu w obrębie poszczególnych kompetencji językowych. W tym sensie *lingwistyka edukacyjna*, podobnie jak logopedia lingwistyczna, która zajmuje się problemami wymowy poprawnej, wymowy z różnych powodów uszkodzonej, łącznie z lingwistyką normatywną, glottodydaktyką, patologią mowy i foniatrą należy do językoznawstwa stosowanego.

Struktura teorii lingwoedukacyjnej została utworzona z charakterystyk kompetencji ogólnej, na którą składają się takie wyznaczniki, jak: wiedza ukryta, wiedza jawna, zdolności wrodzone, zdolności nabyte, umiejętności i sprawności. W charakterystykach tych zawarta jest podstawowa wiedza z dziedziny lingwistyki edukacyjnej, dotycząca współdziałania elementu lingwistycznego i edukacyjnego. Dla czterech kompetencji językowych, opisywanych w lingwistyce edukacyjnej, wyznaczniki te rozkładają się następująco:

- dla kompetencji gramatyczno-leksykalnej są to głównie umiejętności,
- dla kompetencji komunikacyjnej są to głównie sprawności,
- dla kompetencji kulturowej jest to głównie wiedza ukryta, odtwarzana,
- dla kompetencji lingwoedukacyjnej jest to głównie wiedza jawna, tzw. kompetencja rzeczowa („wiedzieć że” i „wiedzieć jak”).

Teoria lingwistyczno-edukacyjna stanowi system dwuelementowy oparty na zasadzie komplementarności składnika lingwistycznego i edukacyjnego. Oba aspekty teorii istnieją zarówno przy podejściu lingwistycznym,

jak i edukacyjnym. Jednakże kierunek, który dla jednego ujęcia jest primary (język → edukacja w LE), okazuje się sekundarny dla drugiego (edukacja → język w DE). Dwielementowość i komplementarność w lingwistyce edukacyjnej dotyczą nie tylko teorii lingwistyczno-edukacyjnej, lecz także struktury wewnętrznej wymienionej teorii. Pozwalają na ujawnianie par skorelowanych typu: kompetencja – wykonanie, twór – proces, mówienie – słyszenie, kodowanie – dekodowanie, system – tekst, pytanie – odpowiedź (Rittel, Rittel, 2015, s. 108–111, tamże zestaw znaczeń „lingwistyka edukacyjna”).

Co jest przedmiotem dyskursu edukacyjnego?

Dyskurs edukacyjny „jako trzecia robota rozumu” (termin za: *Nowy Dykcyonarz...*, 1779) ma charakter nauczający – przekształcanie specjalistycznych dyskursów w taki sposób, by przekazywać wiedzę mniej wykształconemu odbiorcy. Są to reguły budowy wypowiedzi właściwe edukacji. Dyskurs edukacyjny jest gatunkiem mowy ogólnym, w którym zawarte są pytania i odpowiedzi, jako „pierwsza robota rozumu”, oraz rozmowa, jako umysłowy, nieoficjalny gatunek działania językowego, w którym nauczyciel dobiera akty i gatunki mowy, a w lingwistyce edukacyjnej będący „drugą robotą rozumu”.

Dyskurs edukacyjny jest umysłowym, oficjalnym gatunkiem mowy, który wspiera samodzielność poznawczą ucznia i aktywną postawę wobec świata, będąc w lingwistyce edukacyjnej „trzecią robotą rozumu”, sterowaną, zapewniającą skuteczność komunikacji, poprzez rozumienie kodu werbalnego i niewerbalnego jako wartość poznawcza w dyskursie.

Dyskurs edukacyjny, jako mentalny gatunek działania językowego, zawiera zatem składniki podstawowego układu dialogicznego PYTANIE i ODPOWIEDŹ, wraz ze szczegółową konkretyzacją ROZMOWY, jako umysłowego, nieoficjalnego gatunku działania językowego, który wymaga stosowania odrębnej definicji semantycznej. Natomiast dyskurs, jako gatunek działania językowego oficjalnego, zostaje zilustrowany z reguły konceptualizacjami tekstowymi „zdarzenia komunikacyjnego”, które pojawiają się w dyskursie edukacyjnym.

Dyskurs edukacyjny to przedłużenie badań nad dyskursem dziecięcym (aspekty psychologiczne) w kierunku dyskursu szkolnego (aspekty edukacyjne) ku dyskursowi akademickiemu (aspekty kulturowe). We wszystkich

trzech rodzajach dyskursu: dziecięcym, szkolnym, akademickim opisuje się interakcję: dorosły – dziecko, dziecko – dziecko, nauczyciel – uczeń (uczniowie), uczeń – uczeń, wykładowca – student itp. Mają one charakter nauczający. W dyskursie dziecięcym jest to „uczenie się” w ramach dyskursu działaniowego lub tematycznego. W dyskursie szkolnym jest to „uczenie”, czyli proces przekazywania wiedzy, w dyskursie akademickim jest to „studiowanie”, czyli przesuwanie horyzontów wiedzy (Rittel, Rittel, 2015, s. 39–48).

Podstawową funkcją edukacji na poziomie szkolnym jest wykształcenie w uczniach kompetencji docelowej z funkcją samodzielnego uczenia się. Poziom wyższy (akademicki) to rozwiązywanie problemów, zarówno projektowych, jak i naukowych, oraz praca w zespole. Wszystkie etapy edukacji (przedszkolny, szkolny i akademicki) są traktowane jako możliwość rozwoju, realizowana w trakcie trwania edukacji.

Dyskurs edukacyjny przejawia się jako wypowiedź, w której uzewnętrznia się podmiot mówiący i adresat (słuchający), jako „rozmowa zrygoryzowana” i niepozbawiona elementów perswazyjnych i ekspresyjnych oraz interakcji społecznej przy „udziale języka”.

Dyskurs edukacyjny łączy się z wyuczalnością. Argumentacja występująca w przestrzeni dyskursu jest jego sposobem i polega na tym, aby przekonać odbiorców, by uznali jej prawdziwość – nieprawdziwość, poprawność – niepoprawność. Stopień powodzenia argumentacji w dyskursie edukacyjnym zależy od odbiorcy (dziecka, ucznia, studenta) i jest określany jako stosunek dominacji i podporządkowania. Przy tym skuteczność komunikacji zapewnia właściwe rozumienie kodu werbalnego, zapewniające poprawną komunikację.

Cele badawcze dyskursu edukacyjnego łączą się z aktami mowy szczegółowymi, wybranymi z dowolnego dyskursu i związanymi bezpośrednio z dyskursem poznawczym wprost lub pośrednio, np. rozmowa i spór. Przypomnijmy, że *discoursus* (rozmowa, dyskusja) jest zdarzeniem komunikacyjnym. Widzi się tu rodzaj interakcji społecznej, dokonujący się przy udziale języka, definiowanej jako ciąg zachowań językowych, których postać zależy od tego, kto mówi, do kogo, w jakiej sytuacji, w jakim celu (Grabias, 1994, s. 23).

Analiza lingwistyczna w dyskursie edukacyjnym jest orientowana na ujawnianie wszelkich parametrów mogących mieć wpływ na formę i znaczenie jednostek języka. W gramatyce tej łączy się jakości: semantyczną, gramatyczną i pragmatyczną. W sumie w lingwistyce edukacyjnej chodzi

o opisanie rzeczywistości dyskursu edukacyjnego dla celów niekoniecznie praktycznych, ale po to, by uzyskać wiedzę na temat języka w edukacji. Oznacza to, że teoretycznie istnieje zasadnicza różnica między tymi specjalistami, którzy badają bieg linii rozwoju języka (lingwistyka edukacyjna), a tymi, którzy doradzają, jak mobilizować działania (dziecka, ucznia, studenta), by podnosić poziom edukacji (dyskurs edukacyjny).

Idee przewodnie pracy nad lingwistyką edukacyjną i dyskursem edukacyjnym łączy poszukiwanie tych samych pojęć w obu zakresach, np.:

- nacechowanie w języku (lingwistyka edukacyjna) – nacechowanie w dyskursie (dyskurs edukacyjny);
- zakres tematyczny i rozwijanie tematu uporządkowane (lingwistyka edukacyjna) – zakres tematyczny i rozwijanie tematu porządkowane (dyskurs edukacyjny);
- semantyka interpretacji poprzez słowniki (lingwistyka edukacyjna) – semantyka interpretacji poprzez dobór argumentów (dyskurs edukacyjny).

Zależności między dyskursem edukacyjnym a lingwistyką edukacyjną

Zależności między praktyką (dyskurs edukacyjny) a badaniami teoretycznymi (lingwistyka edukacyjna) ukazuje podręcznik lingwistyki edukacyjnej pod red. Bernarda Spolsky'ego i Francisa M. Hultha (2008).

Zależności te to:

1. **Zadaniowe nauczanie i uczenie się.**
2. Komputerowe badania nad użyciem języka a polecenia w języku obcym.
3. **Interakcja, produkcja i komunikatywne uczenie się języka.**
4. **Dyskurs szkolny a interakcja: zależności między tradycyjnymi ujęciami.**
5. **Nauczanie języka z wykorzystaniem komputera.**
6. Ekologiczno-semiotyczne perspektywy lingwistyki edukacyjnej.
7. **Pośrednicząca rola języka w nauczaniu i uczeniu się – kontekst szkolny.**
8. Agenda badań dla lingwistyki edukacyjnej.

Z proponowanych w podręczniku Spolsky'ego i Hultha problemów nasza lingwistyka edukacyjna i dyskurs edukacyjny realizują zagadnienia, które zostały tu wyróżnione, czyli 1, 3, 4, 5 i 7, a nie realizują 2 i 6. Ponadto agendę badań dla lingwistyki edukacyjnej rozszerzamy o kontekst przed-szkolny, logopedyczny i akademicki.

Pytania problemowe związane z językiem i edukacją

Kiedy język jest jak roślina?

Ferdinand de Saussure (1991, s. 47), rozważając zależności ustroju gramatycznego od zewnętrznych zmian językowych, zauważył, że język jest jak roślina zmieniająca swój ustrój wewnętrzny pod wpływem czynników zewnętrznych. Przyjmujemy, że czynnikami zewnętrznymi, wpływającymi na „ustrój gramatyczny” języka jest edukacja, czyli szkoła, a w niej kompetencja lingwoedukacyjna nauczyciela, który dostarcza materiału językowego we wszystkich obszarach języka: fonetyczno-morfologicznym, morfologiczno-składniowym, semantycznym, zwłaszcza poprzez „doświadczenie uczenia się” wybranych elementów leksykalnych z określonych pól tematycznych (Rittel, 2017).

Kiedy władamy językiem i podporządkowujemy go sobie?

Zgodnie z uwagami Jana N. Baudouina de Courtenaya przyjmujemy, że „językiem należy zawładnąć i podporządkować go sobie w jeszcze większym stopniu niż inne dziedziny życia społecznego” (1903, t. 33, s. 17). Celom tym służy przede wszystkim opanowanie leksyki, ujętej w reguły kompetencji gramatyczno-leksykalnej, jako gramatyki konstrukcji, kompetencji komunikacyjnej, jako gramatyki stosowności tematycznej dla mówiącego, kompetencji kulturowej, jako gramatyki odpowiedniości semantyczno-syntaktycznej ze zrozumieniem znaków pozawerbalnych, takich jak symbole, a w przypadku kompetencji lingwoedukacyjnej, jako gramatyki wzajemnych zależności, dependencyjnej³ (Tesnière, 1976, s. 60–61).

Sądzymy, że do „zawładnięcia językiem” każda z kompetencji wykorzystuje adekwatną do tego aparaturę pojęciową. Trzeba zaznaczyć, że w każdym wypadku zasadą konstytutywną jest kompetencja gramatyczno-leksykalna, ponieważ jest językiem dla siebie i wykładnikiem języka dla przestrzeni kompetencji. Jest to wiedza zbioru zwanego słownikiem danego

³ Termin dependencja, przeniesiony do LE, jest interpretowany jako zależność między trzema kompetencjami językowymi: gramatyczno-leksykalną, komunikacyjną, kulturową oraz kompetencją językowo-rzeczową lingwoedukacyjną.

języka i reguł zbioru ich łączenia. Sposobem organizacji kompetencji jako reprezentatywnego zbioru (kompetencje językowe, kompetencje tekstowe, kompetencje dyskursu) jest kompetencja kognitywna.

Kiedy występuje doświadczenie uczenia się, a kiedy nauczanie?

Realizacja tego celu pozostaje w związku z rozróżnieniem uczenia się i programowania. Tak zwana hipoteza Lennarta Løfgrena ujmuje tę różnicę następująco: „obiekt A może się uczyć od otoczenia S, jeśli A może odkryć porządek (regularności) w S. Im więcej porządku odkrywa (im krótszy jest opis S sporządzony przez A) tym wyższa jest jakość uczenia się. Zakres pracy wykonywany przez mechanizm uczenia się (mechanizm odkrywania porządku) w S reprezentuje wynik uczenia się przez – A, stanowi więc miarę subiektywną”. Natomiast nauczanie ma miejsce, gdy „A zyska właściwości S bez żadnego właściwego odkrywania porządku, wtedy nie mówimy, że obiekt A nauczył się od S, lecz został zaprogramowany przez S” (Løfgren, 1976, s. 327–328).

W lingwistyce edukacyjnej doświadczenie uczenia się języka odpowiada rozwojowi kompetencji jako wrodzonej zdolności, na którą składają się: przyswajanie języka, transformacje i porozumiewanie się. Nauczanie zaś to rozwijanie kompetencji, czyli sterowanie zewnętrzne o charakterze wymuszonym na kompetencji (Rittel, 1994, s. 47–48).

Jakie są implikacje definicji teoretycznych pojęcia (terminu) relewancja (redundancja) dla edukacyjnej teorii języka?

Użycie języka, w którym znaczenia pojęć są kodowane i dekodowane przy pomocy sił upodabniających (synonimia) i różnicujących (antonimia) jest relewantne już dla pierwszego (nabywanie języka) i drugiego (kształcenie języka) stopnia kompetencji językowej dziecka i ucznia klas początkowych. Wskazują one na rozumienie podstawowych relacji semantycznych w akwizycji, co w naszym ujęciu edukacyjnej teorii języka oznacza, że jest to procesualne podejście do języka, w którym rozpatruje się myślowe modele możliwości, a nie same wypowiedzi dzieci i uczniów, przez co opis zbliża się do generatywizmu i kognitywizmu. Toteż ograniczanie synonimiczności w edukacji jako wyrażen redundantnych jest niesłuszne (Markowski, Puzynina, 1993, s. 59).

W semantyce w wypowiedziach dziecka przedszkolnego i wypowiedziach uczniowskich wczesnoszkolnych (Machowska, 2006, s. 56–82; Olma 2007⁴) przejawia się tzw. „relewanca ogólna” (uniwersalna), która dotyczy czynników językowych odpowiedzialnych za hierarchię nabywania przypadków, w porządku zwiększającej się (od lewej do prawej) wyuczalności języka: NAGLDV jako porządek prymarny i NGAILDV jako porządek sekundarny (Łaskowski, 1990, s. 257–274).

W języku dziecka i ucznia występuje z jednej strony relewantna frekwencja przypadków gramatycznych uporządkowanych jako NAG i NGA, a z drugiej – redundantna substytucja form wołacza, co oznacza „grę” wołacza z mianownikiem (Łysakowski, 2005, s. 52–53, 74–78).

Zakończenie

Podstawową funkcją edukacji na poziomie szkolnym jest wykształcenie w uczniach kompetencji docelowej z funkcją samodzielnego uczenia się. Wszystkie etapy edukacji (przedszkolny, szkolny, akademicki) są traktowane jako możliwości rozwoju. W lingwistyce edukacyjnej chodzi o opisanie rzeczywistości dyskursu edukacyjnego dla celów poznawczych, tj. uzyskania wiedzy na temat roli języka w edukacji. Można powiedzieć, że przedmiotem zainteresowań lingwistyki edukacyjnej jest obserwacja „językowego obrazu świata” i interpretacja rzeczywistości w dyskursie edukacyjnym. Sformułowanie sądów o rzeczywistości w dyskursie edukacyjnym składa się na model kognitywny, kategoryzacji. Podczas kategoryzowania i definiowania pojęć ujawniają się procesy socjalizacji (metoda ankiet i wywiadów). Konceptualizujemy w dyskursie edukacyjnym to, co ważne w doświadczeniu (dziecka, ucznia, studenta), dzięki czemu to doświadczenie można kategoryzować, tak jak np. zagadnienia „ekologii integralnej”, dotyczące ZIEMI, WODY, OGNIA, POWIETRZA (por. tetralogię – Rittel 2013a, 2013b, 2015a, 2015b).

W nabywaniu języka (lingwistyka edukacyjna) przyznaje się pierwszeństwo znaczeniu, nie zaś formie. W kształceniu (dyskurs edukacyjny) daje się pierwszeństwo formie i jej opisowi metajęzykowemu, jak o tym

⁴ Wypowiedzi dzieci w wieku 3, 4, 5 i 6 lat obejmowały 1000 słów, tworzą one ciąg prymarny NAGILDV (badania przeprowadzono w Krakowie i Kozach w 1996 r.).

świadczy przyswajanie przypadków przez dziecko, które myli końcówki dopóty, dopóki nie opanuje całego systemu deklinacyjnego. Ryszard Laskowski (1995) zauważa przy tym, że „w idiosystemie dziecka, do momentu zakończenia tego procesu, współwystępują w zmieniających się proporcjach błędne realizacje poszczególnych przypadków”.

Język jest jak roślina (w edukacji), gdyż szkoła dostarcza materiału językowego programowego ze wszystkich obszarów języka. Takie programowanie (a nie odkrywanie porządku) jest charakterystyczne przede wszystkim dla logopedii, w której ćwiczymy porządki zaprogramowane przez logopedę, a następnie „uczymy się” ich stosowania.

Jednak, aby „władca językiem” ważna jest przede wszystkim rola kompetencji gramatyczno-leksykalnej, która jest językiem dla siebie i wykładnikiem języka dla pozostałych kompetencji (wiedza zbioru słownikowego i reguł zbioru ich łączenia). Zaniechanie wysiłków na rzecz pielęgnowania i zachowania właściwej relacji lingwistyki z edukacją, wobec których mamy obowiązek opieki i ochrony, niszczy relacje z samym sobą i z rzeczywistością, która nas otacza. „Kiedy wszystkie te relacje ulegają zaniedbaniu, to zerwanie relacji może okazać się nieuleczalne”⁵.

Z kolei „doświadczenie uczenia się” i „nauczania” ma porządek odwrócony, a mianowicie, najpierw jest programowanie (dziecka, ucznia studenta) przez S (nauczyciela, podręcznik, lekturę), a następnie ustalanie „relewancji ogólnej”, w której uczymy się próbek języka w otoczeniu oraz powszechnego opanowania systemu, tak jak to ma miejsce z opanowaniem systemu przypadkowego przez dziecko. Tutaj od strony lingwistyki jako redundantne dopuszcza się dublety form systemowych, np. będzie robić, będzie robił i robić będzie. Redundancja systemowa jest utrudnieniem w edukacji, zwiększa te wzorce form, które dziecko (uczeń, student) winno opanować i używać poprawnie.

W logopedii, przy odtwarzaniu systemu i w języku uczniów szkół podstawowych i średnich, stosujemy formy prymarne, zaakceptowane przez normę językową. Język dziecka przedszkolnego może zawierać formy uzusu i języka środowiskowego, np. rodzinnego – np. końcówkę dopełniacza l. poj. rzeczowników męskich młota nie młotu.

⁵ Por. Ojciec Święty Franciszek, *Encyklika Laudatio si' W trosce o wspólny dom*, Częstochowa 2015, s. 13 (ze Wstępu Carlo Petroniego).

Pozwoliliśmy, aby nasza szkoła w edukacji podporządkowała się ekonomii, a ekonomia – technologii, czego skutkiem jest pogorszenie jakości edukacji, a także degradacja społecznego i kulturowego życia ludzkiego, gdzie brak kryterium estetycznego i duchowego, które powinno kierować naszą etyką (kultura języka – zob. Doroszewski, 1966, s. 38; Puzynina, 1998) i polityką (nowomowa rządzących – zob. Grodziński, 1983, s. 397–401; Kamińska-Szmaj, 2004, s. 13–28).

Braki te powodują, a nawet uniemożliwiają rządzącym (w tym także nauczycielom) „podejmowanie dalekowzrocznych, szeroko zakrojonych decyzji o charakterze perspektywicznym odleglejszych niż termin kolejnych wyborów”⁶ czy też etapów edukacji.

Bibliografia

- Baudouin de Courtenay, J.I.N. (1903). Język i języki. Językoznawstwo. W: *Wielka encyklopedia powszechna ilustrowana* (t. 33, s. 17). Warszawa: S. Sikorski.
- Doroszewski, W. (1966). *Wśród słów, wyrażeń i myśli. Refleksje o języku polskim*. Warszawa: PIW.
- Grabias, S. (1994). *Język w zachowaniach społecznych*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Grodziński, E. (1983). Język jako narzędzie manipulacji. *Poradnik Językowy*, 7, 397–401.
- Kamińska-Szmaj, I. (2004). Propaganda, manipulacja – próba uporządkowania pojęć. W: P. Krzyżanowski, P. Nowak (red.), *Manipulacja w języku* (s. 13–28). Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Laskowski, R. (1990). Category of Case in Idiolects of Polish Children in Sweden. *Wiener Slawistischer Almanach*, 25–26, 257–274.
- Laskowski, R. (1995). Przystawianie przypadku w niesłowiańskim otoczeniu językowym. W: F. Sławski, H. Mieczkowska (red.), *Studia z językoznawstwa słowiańskiego. Prace Instytutu Filologii Słowiańskiej*, 14. Kraków: Wydawnictwo UJ.
- Løfgren, L. (1976). Względne objaśnianie systemów. W: G.J. Klir (red.), *Ogólna teoria systemów: tendencje rozwojowe* (s. 327–338). Warszawa: Wydawnictwa Naukowo-Techniczne.
- Łysakowski, J. (2005). *Wpływowe osoby. Gramatyka i perswazja*. Warszawa: SWPS.
- Machowska, J. (2006). *Nabywanie kategorii przypadku. Wiek wczesnoszkolny*. Kraków: Wydawnictwo Naukowe UP.
- Markowski, A., Puzynina, J. (1993). Kultura języka. W: J. Bartmiński (red.), *Encyklopedia kultury polskiej XX wieku*, t. 2, (s. 53–72). Wrocław: Instytut Kultury.
- Nowy Dykcyonarz to jest Mownik...przez M.A Troca, Lipsk 1779.*

⁶ Ojciec Święty Franciszek, op. cit., s.11.

- Ojciec Święty Franciszek (2015). *Encyklika Laudato si' W trosce o wspólny dom*. Częstochowa: Wydawnictwo Święty Paweł.
- Olma, M. (2007). Rozwój niektórych kategorii fleksyjnych rzeczownika i czasownika u dziecka w wieku do 5 lat (Część I. Flexja imienna). *Poradnik Językowy*, z. 8, 80–92.
- Puzynina, J. (1993). Sprawność językowa i sposoby jej osiągania. W: J. Bartmiński (red.), *Encyklopedia kultury polskiej XX wieku*. T. 2: *Współczesny język polski* (s. 63-64). Wrocław: Instytut Kultury.
- Rittel, S.J. (2013a). *Obrazy WODY w Biblii: interpretacje realizmowe*. Kielce: Oficyna Wydawnicza „Marka”.
- Rittel, S.J. (2013b). *Obrazy ZIEMI w Biblii: interpretacje realizmowe*. Kielce: Oficyna Wydawnicza „Marka”.
- Rittel, S.J. (2015a). *Obrazy OGNIĄ w Biblii: interpretacje realizmowe*. Kielce: Firma Księgarska Andrzej.
- Rittel, S.J. (2015b). *Obrazy POWIETRZA w Biblii: interpretacje realizmowe*. Kielce: Firma Księgarska Andrzej.
- Rittel, T. (1994). *Podstawy lingwistyki edukacyjnej: nabywanie i kształcenie języka*. Kraków: Wydawnictwo Naukowe WSP.
- Rittel, T. (2017). Edukacyjna teoria języka jako „doświadczenie uczenia się” wybranych elementów leksykalnych w szkole. *Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis. Studia Logopaedica*, z. 6, 6–20.
- Rittel, T., Rittel, S.J. (2015). *Dyskurs edukacyjny. Zagadnienia – znaczenia – terminy. Wybór zagadnień*. Kraków: Collegium Columbinum.
- Spolsky, B., Hult, F.M. (red.) (2008). *The Handbook of Educational Linguistics*. Oxford: Willey-Blackwell.
- Tesnière, L. (1976). *Eléments de syntaxe structurale*. Paris: J. Benjamins Publishing Company.

PROJEKT BADAŃ NAD SŁOWNICTWEM DZIECI W WIEKU PRZEDSZKOLNYM I WCZESNOSZKOLNYM

STRESZCZENIE

Artykuł stanowi omówienie projektu badań nad słownictwem dzieci, którego przydatność została wstępnie potwierdzona przez praktyczne zastosowanie w przygotowanych pod kierunkiem autora pracach magisterskich. Badania słownictwa umożliwiają najpełniejszą charakterystykę dziecięcej wiedzy o świecie. Przewadzone przez zespół specjalistów reprezentujących różne dyscypliny (językoznawców, psycholingwistów, socjolingwistów, pedagogów, logopedów) mogłyby służyć zarówno opracowaniu pomocy dydaktycznych, jak i narzędzi diagnostycznych w logopedii.

Słowa kluczowe: opis słownictwa, opis słownika, słownictwo dzieci, słownik umysłowy

ABSTRACT

The article discusses a research project investigating children's vocabulary whose usefulness was tentatively confirmed through its practical use in master's dissertations supervised by the author. Research on children's vocabulary allows the most complete description of their knowledge of the world. Conducted by a team of specialists representing different branches (linguists, psycholinguists, sociolinguists, educators, speech therapists), such research could be used to develop both teaching aids and diagnostic tools in speech therapy.

Key words: description of vocabulary, description of lexicon, children's vocabulary, mental lexicon

„Za aktami nominacji językowej kryją się istotne dla danej społeczności procesy porządkowania czy, mówiąc metaforycznie, „oswajania” świata. Rozbudowa leksyki (tym bogatsza i intensywniejsza, im ważniejsza dla człowieka jest dana kategoria poznawcza) wiąże się z określonymi sferami ludzkiego doświadczenia. Eksponuje to, co w owym doświadczeniu jest nie tylko godne uwagi w aspekcie jednostkowym, ale też, po drugie, poprzez regularność i powtarzalność zjawisk ujawnia sposoby interpretowania świata” (Tokarski, 2014, s. 21).

Słownictwo dzieci stanowi najbardziej spektakularny aspekt mowy dziecka. Zwłaszcza dotyczy to okresu, kiedy pojawiają się pierwsze słowa wypowiedane przez małe dzieci. Wydaje się też, że obserwacja rozwoju słownika dziecka jest stosunkowo łatwa: wystarczy sama systematyczna rejestracja nowo pojawiających się w jego mowie wyrazów. Badacze mowy dziecka wiedzą, że jest to złudne wyobrażenie, ponieważ tylko w odniesieniu do dzieci między 9. a 24./36. m.ż. takie bezpośrednie obserwacje, a i to też w ograniczonym stopniu, są możliwe. Im dziecko starsze, im bardziej rozszerza się krąg osób, z którymi ma kontakt i może rozmawiać, tym bardziej wzrasta zasób leksykalny dziecka i tym trudniej to słownictwo jest rejestrować.

Słownictwo dzieci może najpełniej oddaje wpływy językowe otoczenia, rodzaj i charakter zainteresowań indywidualnych, intelektualną i praktyczną aktywność¹ własną dziecka, najpełniej też i najlepiej charakteryzuje jego wiedzę o świecie. W związku z tym badanie tej sfery mowy dziecka budzi tak wielkie zainteresowanie badaczy: psychologów, pedagogów, językoznawców, oraz praktyków: nauczycieli języka, logopedów, terapeutów i edukatorów mowy. Wielkość słownika, jego struktura i wewnętrzne zróżnicowanie są – jak twierdzą badacze – funkcją inteligencji i wiedzy (wykształcenia) jednostki (Reeves, Hirsch-Pasek, Golinkoff, 2005) oraz funkcją udziału jednostki w życiu społecznym (Wygotski, 2005).

¹ Lew Wygotski (2005, s. 27), polemizując z dość popularnym w latach 20. XX w. ujęciem „animalizacyjnym” psychologii dziecka, podkreśla funkcję znaku językowego w działaniach praktycznych małego dziecka: „W momencie, kiedy dziecko za pomocą mowy opanowuje swoje własne zachowanie, zaczyna panować nad sytuacją, powstaje zarówno nowa organizacja zachowania, jak i nowe stosunki ze środowiskiem. Jesteśmy świadkami tworzenia się specyficznych form zachowania, które zrywają ze zwierzęcymi sposobami zachowań i tworzą podstawy rozwoju inteligencji. Tym samym stają się podłożem pracy, jako specyficznie ludzkiej formy wykorzystania narzędzi”.

Badaniom nad słownictwem dzieci, co oczywiste, przyświecają różne cele poznawcze i praktyczne. Wśród celów poznawczych można wymienić m.in.: obserwację mechanizmów przyrostu słownictwa w związku z ogólnym rozwojem osobniczym dziecka, opis struktury słownika, analizę zawartości treściowej słownika dzieci, funkcję słowa w opanowywaniu schematów działania, związek rozwoju słownictwa z procesami konceptualizacyjnymi, badania struktury wewnętrznej (umysłowej) słownika (tzw. słownika umysłowego). Wśród celów praktycznych można wskazać na takie cele, jak m.in.: ustalenie norm rozwojowych w zakresie słownika (liczebność i struktura słownika dla określonego wieku dziecka), opracowanie na potrzeby edukacyjne słowników minimum i średniego, opracowanie metod pracy z dzieckiem z dysfunkcjami rozwoju mowy. W zależności od wyznaczonych celów badawczych stosowane są – co też jest oczywiste – zróżnicowane metody i techniki badań.

Słownictwo dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym – podobnie zresztą jak inne obszary związane z mową dzieci – powinno być systematycznie badane na reprezentatywnie dobranej próbie statystycznej według precyzyjnie określonych kryteriów doboru próby (okresy rozwoju, wiek, grupa społeczna itp.). Rola badań nad słownictwem dzieci jest nie do przecenienia zarówno w zakresie prognozowania zmian w samym języku, jak i rozwoju osobniczego (np. w zakresie diagnozowania i prognozowania rozwoju intelektualnego). Systematyczne badania, prowadzone przez zespół badawczy złożony ze specjalistów: językoznawców, psycholingwistów, socjolingwistów, pedagogów i logopedów, oraz systematyczne opracowywanie wyników badań mogłyby służyć m.in. jako podstawa do opracowywania podręczników szkolnych i innych pomocy dydaktycznych, a także do opracowywania narzędzi diagnostycznych w logopedii.

Badania nad językiem/mową dzieci obejmują wszystkie jego/jej poziomy. W zależności jednak od dominującego w badaniach kierunku, szkoły, teorii badania te są bardziej skupione albo na systemie językowym, albo na komunikacji, albo na leksyce i semantyce. W ostatnim czasie, tj. w pierwszym dziesięcioleciu XXI w., w związku przede wszystkim z rozwojem nauk kognitywnych, skupiły się one głównie na badaniu słownika i systemu semantycznego oraz słownictwa i procesów kategoryzacji. Badania tego rodzaju, prowadzone także wcześniej, współcześnie naświetlane są inaczej i zyskują bardzo interesującą oraz ważną w wielu wypadkach interpretację teoretyczną.

W artykule tym chciałbym zastanowić się nad podstawową sprawą, jaką jest różnica między opisem słownika a opisem słownictwa, na przykładzie badań nad mową dziecka. Problem wbrew pozorom nie jest banalny i nie wydaje mi się, aby udało mi się go rozstrzygnąć w sposób jednoznaczny.

Każdy, kto zajmuje się badaniem języka, zwłaszcza zaś języka osobniczego, słyszy często pytanie o wielkość słownika przeciętnego użytkownika języka. Pytający nie zawsze mają świadomość, że informacje dotyczące wielkości słownika, jakie znajdują się w opracowaniach naukowych lub popularnonaukowych, opierają się na precyzyjnie określonych kryteriach. Dla przykładu w rozdziale 4. popularnego podręcznika akademickiego (Gleason, Ratner, 2005), zatytułowanym *Słowa i znaczenia – od pojęć pierwotnych do złożonych struktur*, autorki, powołując się na literaturę przedmiotu, piszą: „Większość wykształconych ludzi operuje zasobem od 75 000 do 150 000 słów” (tamże, s. 174). Informacja ta jest równie dobra jak każda inna. Ponieważ nie została opatrzona jakimkolwiek komentarzem ani nie podano informacji, na jakiej podstawie dokonano szacunkowych obliczeń, trudno ją zweryfikować: nie wiadomo, jakie kryteria zostały przyjęte, aby kogoś można było zaliczyć do ludzi wykształconych, jaki język, a zwłaszcza jaki typ języka był brany pod uwagę jako podstawa obliczenia wielkości zasobu leksykalnego słownika, a także czy w obliczeniach tych uwzględniono tylko tzw. słownik czynny, czy łącznie tzw. słownik czynny i bierny. Jest oczywiście jeszcze wiele innych pytań szczegółowych związanych z informacjami tego rodzaju.

Bardzo trudno jest obliczyć zasób słownictwa przeciętnego użytkownika języka także i z tego powodu, że można to zrobić w sposób rzetelny tylko na podstawie analizy określonego korpusu zróżnicowanych gatunkowo tekstów „wyprodukowanych” przez jednego użytkownika języka lub przez wielu wybranych, według jasno określonych kryteriów, przedstawicieli określonej grupy społecznej (dzieci w wieku przedszkolnym, maturzystów, ludzi wykształconych itp.). Nie można zasadniczo tego zrobić za pomocą najbardziej nawet wyrafinowanych badań ankietowych, które co najwyżej mogą stanowić uzupełnienie badań korpusowych. Ale nawet przeprowadzone z niezwykłą starannością badania korpusowe nie muszą dać klarownej odpowiedzi na temat wielkości słownika przeciętnego użytkownika języka. Za przykład niech posłuży tutaj opracowanie Haliny Zgólkowej i Katarzyny Bułczyńskiej (1987). Ta ważna próba zestawienia zasobu leksykalnego dzieci w wieku przedszkolnym (od 3 do 7 lat), dokonana

według wyraźnie sformułowanych kryteriów, nie daje satysfakcjonującej odpowiedzi na pytanie, jaki jest – lub raczej jaki był (ponieważ nie da się raz na zawsze ustalić wielkości słownika przeciętnego użytkownika języka) – zasób słownictwa dzieci w wieku przedszkolnym, dlatego że słownictwo to dynamicznie się rozwija w okresie przedszkolnym właśnie i wewnątrznie bardzo zróżnicowanym – ze względu na wiek, środowisko, płeć oraz inne czynniki psycho- i socjolingwistyczne².

Kwestia kolejna: co badamy, słownik czy słownictwo? W pracach poświęconych leksyce dziecięcej autorzy nie zawsze mają pełną świadomość wynikających z tego różnic metodologicznych, ale też nie zawsze w związku z tym w sposób jednoznaczny określają, jakie jednostki są brane pod uwagę przy ustalaniu ich zasobu leksykalnego czy grupy językowej. Zatrzymam się na chwilę nad tą kwestią. Wrócę w związku z tym do terminów występujących w tytule artykułu. Pierwszy termin: *słownik* (*słownik dzieci*), należy do poziomu *langue* i oznacza „leksyk, system leksykalny/słownikowy, np. dziecka dwuletniego, trzyletniego”; podstawową jednostką słownika dziecka – podobnie jak słownika w ogóle – jest leksem, a system słownikowy jest charakteryzowany (opisywany) jako system relacji formalno-semantycznych pomiędzy jego składnikami. Termin *słownictwo* (*słownictwo dziecka*), w odwołaniu do klasycznego terminu Ferdinanda de Saussura (1991), należy do poziomu *parole* i oznacza „zasób, zbiór wyrazów/słów, jakimi posługuje się użytkownik języka, np. dziecko dwuletnie, trzyletnie”. *Słownik* (*słownik dziecka*) – to ujęcie systemowe, abstrakcyjne – zasadniczo odnosi się do dziecka jako takiego, „dziecka uogólnionego”; *słownictwo dziecka* jest charakteryzowane przede wszystkim na podstawie indywidualnych wypowiedzi konkretnych dzieci; w charakterystyce tej uwypukla się zwłaszcza aspekt indywidualny, komunikacyjny, pragmatyczny. Perspektywy systemowa/ społeczna oraz pragmatyczna/indywidualna przenikają się nawzajem, czasami bywa więc pewna trudność z oddzieleniem ich od siebie. Z całą jednak pewnością można stwierdzić, że *słownik* (*słownik dziecka*) jest charakteryzowany na podstawie słownictwa, jakiego użytkownicy języka, np. dzieci, używają w swoich wypowiedziach, a nie na odwrót.

² Wie o tym znakomita badaczka mowy dzieci prof. Halina Zgółkowa, która kierując się właśnie tymi przesłankami wydała w 2016 r. książkę *Słownictwo dzieci w wieku przedszkolnym w latach 2010–2015*, opracowaną według tych samych kryteriów co przywołana publikacja. To opracowanie pokazuje, jak bardzo zmieniło się słownictwo dzieci w ciągu jednego pokolenia.

Świadomość tej różnicy jest ważna, ponieważ zależy od niej wyznaczenie przedmiotu badań: co badamy, system czy posługiwanie się systemem w zróżnicowanych sytuacjach komunikacyjnych. Ma to w konsekwencji kapitalne znaczenie dla wyboru metod, technik i narzędzi badawczych, ma też znaczenie dla oceny wyników badań.

W praktyce nie zawsze udaje się jednoznacznie oddzielić poziom *langue* i *parole*. Wyekscerpowany z próbek mowy materiał leksykalny może być analizowany oczywiście na wiele sposobów, ale znowu badacz musi mieć świadomość tego, czy chce opisać zbiór słów, czy system leksykalny i/lub semantyczny, jakim się posługuje użytkownik języka (np. dziecko). Jeżeli zatem ów materiał leksykalny służy do określenia zasobu słów lub częstości występowania słów w określonych sytuacjach komunikacyjnych, to analiza materiału pozostaje na poziomie *parole*, czyli opisywane jest *słownictwo dziecka*, jeżeli natomiast celem jest opis występowania w tych próbkach mowy określonych kategorii leksykalno-semantycznych, to analiza pozostaje na poziomie *langue*.

Pogląd ten może budzić pewien sprzeciw na gruncie współczesnych teorii lingwistycznych, zwłaszcza na gruncie kognitywizmu, gdzie granica między poziomem *langue* i *parole* jest świadomie zacierana. Można w związku z tym przyjąć, że chodzi tu najogólniej o opisy zbioru (np. w postaci list alfabetycznych) vs. zbioru uporządkowanego według określonych kryteriów (gramatyczno-znaczeniowych, semantycznych, typologii znakowej itp.).

Aby uwyraźnić, jak zasadnicze są różnice między jedną i drugą perspektywą badawczą, posłużę się dwoma przykładami.

Przykład 1. stanowią klasyczne badania Stefana Szumana (1968) nad zasobem słownikowym, czyli słownictwem, dzieci 2- i 4-letnich. Cechę istotną tych badań stanowi dążenie autora do opisu zakresu pojęciowego słownictwa występującego w mowie małych dzieci, stąd zastosowany tam po raz pierwszy chyba w polskiej literaturze przedmiotu podział na klasy znaczeniowe. Przedmiotem opisu jest z całą pewnością słownictwo dzieci, przedstawione w sposób uporządkowany według określonych klas znaczeniowych, a nie słownik. Opis ten wykracza bowiem poza opis języka, dotyczy kształtowania się u dziecka sfery pojęciowej, sposobu myślenia o świecie przez dzieci mówiące po polsku, porządkowania wiedzy o świecie, bycia w kulturze otoczenia itp. (por. Tokarski, 1993, s. 336).

Szuman dzieli zebrane słownictwo według pól semantycznych³, ale nie prowadzi analizy wewnętrznego powiązania pomiędzy poszczególnymi jednostkami tak uporządkowanego zasobu. Co prawda wyróżnia w swoim rejestrze klasy rzeczowników i czasowników, ale podział ten – jak sądzę – ma przede wszystkim charakter porządkujący, a tylko w niewielkim stopniu wewnętrznójęzykowy.

Przykład 2. to także klasyczne już dziś opracowanie Marii Zarębinskiej pt. *Rozwój semantyczny języka dziecka i opanowywanie przez nie wyrazów*

³ Dla dzieci 2-letnich wymienia: A. wśród rzeczowników następujących 19 pól: I. Osoby, II. Przewiska, III. Zwierzęta, IV. Potrawy, napoje, posiłki, V. Części ciała (ludzi i zwierząt), VI. Mieszkanie i jego umeblowanie, VII. Gospodarstwo domowe, VIII. Ubiór, IX. Zabawy i zabawki, X. Przybory do pisania, XI. Przybory do jedzenia, XII. Przybory toaletowe (higiena), XIII. Przybory do szycia, XIV. Przybory podręczne dorosłych, XV. Świat poza domem, XVI. Rośliny, XVII. Lokomocja, XVIII. Choroba, XIX. Odgłosy; B. wśród czasowników: I. Najbardziej uogólnione nazwy czynności, II. Byt, niebyt. Obecność, nieobecność, III. Czasowy aspekt działania się, IV. Pobieranie pokarmów, V. Przyrządzanie pokarmów, VI. Toaleta. Ubieranie się, VII. Czynności zanieczyszczające, VIII. Czynności porządkowe, IX. Czynności fizjologiczne. Zdrowie, X. Zmiany stanu wilgotności, temperatury i skupienia ciał martwych, XI. Zjawiska atmosferyczne, XII. Ruch własny istot i rzeczy, XIII. Czynności ruchowe i chwytne oddziałujące na położenie przedmiotów, XIV. Czynności ruchowe zmieniające stan i wygląd przedmiotów, XV. Składanie i rozkładanie przedmiotów, XVI. Czynności dokonywane za pomocą narzędzi, XVII. Czynności głosowe i odgłosy, XVIII. Czynności narządów zmysłowych, XIX. Stany i przeżycia uczuciowe, XX. Czynności umysłu, XXI. Czynności wolicjonalne, XXII. Własność i wymiana, XXIII. Czynności pomiarowe, XXIV. Oddziaływanie społeczne;

Dla dzieci 4-letnich – A. Rzeczowniki: I. Nazwy dotyczące ludzi (z pominięciem imion i nazwisk), II. Środki lokomocji i urządzenia komunikacyjne, III. Budynki, ich rodzaje, części i narzędzia, IV. Materiały, żywy, przetwory, V. Narzędzia, przybory, aparaty, VI. Instrumenty i aparaty muzyczne, VII. Meble i ich części, VIII. Naczynia i kufry, IX. Ubrania, bielizna, pościel itp., X. Potrawy i napoje, XI. Wojsko, XII. Szkoła, XIII. Zabawki, XIV. Choroby i higiena, XV. Zabrudzenia itp., XVI. Zwierzęta, XVII. Części ciała ludzkiego i zwierzęcego, XVIII. Rośliny i ich części, XIX. Pojęcia i nazwy geograficzne itp., XX. Monety, miary, wagi, XXI. Układ przestrzenny, ukształtowanie, XXII. Czynności określone rzeczownikiem, przejawy, wytwory, XXIII. Zjawiska astronomiczne i atmosferyczne, XXIV. Pojęcia czasowe i obrzędowe, XXV. Dźwięki, utwory muzyczne, XXVI. Nazwy innych przedmiotów abstrakcyjnych (niewymienionych poprzednio); B. Czasowniki: I. Najbardziej uogólnione nazwy czynności, II. Byt i niebyt. Obecność i nieobecność, III. Czasowy aspekt działania się, IV. Pobieranie pokarmów, V. Przyrządzanie pokarmów, VI. Toaleta. Ubieranie się, VII. Czynności zanieczyszczające, VIII. Czynności porządkowe, IX. Zmiany stanu organizmu (zdrowie), X. Zmiany stanu wilgotności, temperatury i skupienia ciał martwych, XI. Zjawiska atmosferyczne, XII. Ruch własny istot i rzeczy, XIII. Czynności ruchowe chwytne i oddziałujące na położenie przedmiotów, XIV. Czynności ruchowe zmieniające stan i wygląd przedmiotów, XV. Składanie i rozkładanie przedmiotów, XVI. Czynności dokonywane za pomocą narzędzi i mechanizmów, XVII. Czynności głosowe i odgłosy, XVIII. Czynności narządów zmysłowych, XIX. Stany i przeżycia uczuciowe oraz ich wyraz, XX. Czynności umysłu, XXI. Czynności wolicjonalne, XXII. Własność i jej wymiana, XXIII. Czynności pomiarowe, XXIV. Oddziaływanie społeczne (zaczepne, odporne, współdziałające i grzesnościowe) (Szuman, 1968, s. 78–95).

z funkcją gramatyczną (1994)⁴, które dotyczy procesu przyswajania systemu leksykalno-semantycznego dzieci (zasadniczo w wieku przedszkolnym). Autorka wyróżnia w tym opisie trzy stadia rozwojowe, które są charakteryzowane przez określoną strukturę semantyczno-leksykalną i choć przejście od stadium niższego do wyższego jest powiązane z przyrostem ilościowym słownictwa, to ten przyrost nie stanowi najważniejszego, a w każdym razie jedyne go czynnika sprawczego rozwoju słownika. Istotniejsze od zmian ilościowych są, jak sądzę, zmiany jakościowe, tzn. pojawienie się w systemie leksykalno-semantycznym dziecka odpowiednich klas wyrazów oraz właściwa, odpowiadająca zasadniczo każdemu językowi etniczemu, struktura jakościowo-ilościowa zasobu leksykalnego, a także – a może przede wszystkim – system opozycji znaczeniowych zarówno pomiędzy poszczególnymi klasami wyrazów, jak i wewnątrz każdej klasy.

Można, posługując się tymi przykładami, powiedzieć: pierwszy przykład charakteryzuje słownictwo, drugi słownik dzieci. Czy można na podstawie tych opracowań ocenić wielkość słownika lub wielkość zasobu leksykalnego dzieci? Niewątpliwie tak. Zarębina podaje, że średnio dziecko w pierwszym stadium rozwojowym (od ok. 12. do ok. 24. m.ż.) ma zasób około 100 wyrazów, w drugim stadium (od ok. 24. do ok. 36./48. m.ż.) – około 1000 wyrazów, w trzecim stadium (po 36./48. m.ż. dziecka) – wielkość tego słownika wynosi od ok. 1500 do 3000–4000 wyrazów, czyli jest to na początku tzw. słownik minimum (ok. 1500 słów), zaś w późniejszym okresie tzw. słownik średni (ok. 5000 wyrazów). Trzeba jednak pamiętać, że informacja ta odnosi się zasadniczo – poza pierwszym stadium, w którym odnotowuje się właściwie wszystkie produkcje wyrazopodobne – do liczby leksemów (wyrazów

⁴ Zarębina, biorąc pod uwagę kryterium leksykalno-semantyczne oraz genetyczne (kolejność przyswajania w rozwoju języka), wyróżnia następujące klasy wyrazów: 1. samodzielne wyrazy subiektywne (wykrzykniki), 2. wyrazy prymarnie nazywające (rzeczowniki, czasowniki), 2. wyrazy sekundarnie nazywające (przymiotniki, przysłówki), 3. wyrazy wskazujące (zaimki), 4. wyrazy szeregujące (liczebniki), 5. morfemy luźne (spójniki, przyimki i partykuły). W pierwszym stadium rozwoju, któremu odpowiada pierwsza warstwa słownikowa, dziecko posługuje się dwiema klasami wyrazów: samodzielnymi wyrazami subiektywnymi oraz prymarnie nazywającymi (rzeczownikami i czasownikami). W drugim stadium, któremu odpowiada druga warstwa słownikowa, zmniejsza się udział samodzielnych wyrazów subiektywnych, wzmacnia się natomiast pozycja wyrazów prymarnych nazywających, zwłaszcza czasowników, pojawiają się wyrazy sekundarnie nazywające: przymiotniki i przysłówki, których liczba stopniowo zaczyna przewyższać liczbę wykrzykników, oraz zaimki, spójniki i przyimki. Trzecie stadium, któremu odpowiada trzecia warstwa słownikowa, polega na wzmocnieniu i powiększeniu dotychczasowego zasobu leksykalnego oraz wzbogaceniu o wyrazy porządkujące i partykuły. Za tymi zmianami jakościowo-ilościowymi podąża zmiana struktury słownika dzieci.

słownikowych), nie zaś do słowoform (wyrazów gramatycznych). Tych ostatnich jest oczywiście więcej. Każdy leksem odmienny ma odpowiednią liczbę słowoform, gdyby zatem mierzyć wielkość słownika dziecka liczbą słowoform, to wielkość ta byłaby kilka a nawet kilkanaście razy większa. I to jest m.in. przyczyną tego, że nie znając dokładnie tego, co się mierzy, trudno ocenić, czy dany pomiar jest rzetelny, a na pewno trudno jest porównywać pomiary wykonywane w różny sposób.

Czy jednak na pewno praca Szumana opisuje słownictwo dzieci, a nie słownik? Współcześni psychologowie poznawczy posługują się terminem-pojęciem *słownik umysłowy*. Jest on opisywany jako moduł wiedzy językowej, powiązany z analizatorem semantycznym wiedzy o świecie, którego jednostkami są pojęcia stanowiące znaczenia wyrazów ze słownika umysłowego (Kurcz, 1992, s. 80). Słownik umysłowy jest oczywiście jakoś ustrukturyzowany, co jest spowodowane choćby tym, że jego wielkość szacunkowa wynosi 250 000 słów (taką liczbą słów może na podstawie obliczeń statystycznych swobodnie operować dorosła osoba wykształcona). Organizacja tego słownika polega z jednej strony na podobieństwie dźwiękowym, z drugiej na podobieństwie budowy morfologicznej wyrazów. Ważnym elementem tej organizacji są związki znaczeniowe pomiędzy jednostkami słownika umysłowego. Struktura słownika umysłowego raczej nie przypomina żadnego ze znanych słowników w postaci książkowej (może jednak być nieco podobna do struktury niektórych współczesnych słowników elektronicznych): jest ona bardziej zmienna i bogata w porównaniu z większością znanych nam słowników (por. tamże, s. 84–90). Czy zatem Szuman, którego interesowała zawartość treściowa wyrazów używanych przez małe dzieci, nie badał w istocie – jakkolwiek absurdalna ze względu na swoją ahistoryczność wydaje się ta uwaga – właśnie słownika umysłowego małych dzieci?

Słownik umysłowy jest słownikiem bardziej pojęciowym niż językowym. Jako składnik kompetencji językowej jest kategorią odnoszącą się do systemu – pojęciowego i językowego jednocześnie: pojęciowego, ponieważ stanowi on o wiedzy o świecie właściciela tego słownika, językowego, ponieważ pojęcia te mają swoją reprezentację w postaci ciągów fonemów oraz zasad ich połączeń z innymi ciągami fonemów. Jako taki słownik umysłowy jest kategorią języka wewnętrznego (*I-language*), język wewnętrzny zaś jest własnością umysłu konkretnego użytkownika języka, ma zatem – jakkolwiek różni użytkownicy mogą posiadać słowniki o podobnej strukturze i wielkości – charakter indywidualny.

Współczesne badania nad słownikiem i słownictwem dzieci coraz częściej orientują się w kierunku badań nad ich słownikiem umysłowym. Taki charakter mają – w moim głębokim przekonaniu – wszystkie badania oparte na metodologii kognitywistycznej. Co zatem opisują: system czy użycie, słownik czy słownictwo? A może pytanie o to nie ma ani większego sensu, ani znaczenia, gdyż tradycyjne wyznaczanie ostrych granic między systemem a użyciem nie służy dobrze opisowi skomplikowanej rzeczywistości psycholingwistycznej, do której należy badanie nad słownictwem?

Projekt badań

A. Założenia badawcze

1. Cele badań:

- a) ustalenie wielkości zasobu słownika dzieci w wieku przedszkolnym, tj. w przedziałach wiekowych: 3–4 lata, 4–5 lat, 5–6 lat, 6–7 lat; w opisie wielkości zasobu leksykalnego dzieci będą brane pod uwagę czynniki: a) językowe: jednojęzyczność *vs.* dwujęzyczność; rodzaj bilingwizmu; funkcja poszczególnych języków (domowa/środowiskowa *vs.* publiczna/edukacyjna); pokrewieństwo językowe *vs.* brak pokrewieństwa językowego; b) społeczne: typ rodziny ze względu na kryterium etniczno-językowe (polska *vs.* mieszana); (miastowość, status wykształcenia rodziców, zawody wykonywane przez rodziców, status materialny);
- b) ustalenie struktury słownika ww. dzieci (przez strukturę słownika rozumie się podział leksemów na klasy wyrazów autosemantycznych i synsemantycznych, według kryteriów semantycznych, morfologicznych i funkcjonalnych);
- c) ustalenie wielkości zasobu słownika w obrębie określonych klas semantycznych (pola tematyczne wg. Zgólkowa; 2009 – podane są w dalszej części).

2. Podstawa materiałowa:

Próbki mowy dzieci w wieku przedszkolnym: 3–4 lata, 4–5, 5–6, 6–7 lat i wczesnoszkolnym: 6–7, 7–8, 8–9, 9–10 lat, nagrane na nośniku elektronicznym, zebrane w następujących sytuacjach komunikacyjnych:

- a) rozmowy spontanicznej:

- dziecko – dziecko w sytuacji zabawy;
 - dziecko – dorosły w sytuacji spontanicznej rozmowy,
- b) sytuacji zadaniowej:
- samodzielnego opowiadania na podstawie historyjki obrazkowej;
 - opowiadania na podstawie historyjki obrazkowej w sytuacji dziecko – dziecko;
 - opowiadania na podstawie baśni (bajki) opowiedanej przez dorosłego;
 - opowiadania na podstawie filmu.
3. Sposób opracowania materiału:
Ekscerpca słownictwa z próbek wypowiedzi i klasyfikacja zgodna z podziałem na części mowy:
- a) autosemantyczne części mowy:
- rzeczowniki;
 - przymiotniki;
 - zaimki;
 - czasowniki;
 - przysłówki,
- b) synsematyczne części mowy:
- przyimki;
 - spójniki;
 - partykuły,
- c) opracowanie słownika dzieci w badanej grupie z podziałem na części mowy,
- d) opracowanie słownika dzieci w badanej grupie według podziału na pola semantyczne.

B. Przebieg badań

1. Badania są prowadzone w grupach przedszkolnych w przedszkolach miejskich i wiejskich.
2. Badania prowadzą 2–3-osobowe grupy badaczy, którzy podzielą się odpowiednio zadaniami.
3. Badania są prowadzone według następującego harmonogramu:
 - a) badania wstępne: zapoznanie się z dokumentacją dydaktyczną przedszkola, z dziećmi w poszczególnych grupach, hospitacja zajęć dydaktycznych;

- b) badania zasadnicze: obserwacja uczestnicząca dzieci, nagrywanie materiału językowego, odsłuchanie materiału i zapisanie ortograficznie;
 - c) analiza materiału i prezentacja wyników badań.
4. Oprócz zadań czysto lingwistycznych należy opracować:
- a) ogólną charakterystykę środowiska badanych dzieci;
 - b) warunki edukacyjne w przedszkolu (liczba grup, liczba dzieci w grupach, liczba nauczycieli i personelu pomocniczego, wykształcenie nauczycieli, program edukacyjny przedszkola, charakter i stan pomocy dydaktycznych).

C. Analiza

Etap I

- 1) Transkrypcja ortograficzna zarejestrowanych wypowiedzi dzieci według następujących zasad:
 - a) każdy tekst jest opatrzony metryczką, w której muszą się znaleźć następujące informacje:
 - (1) data i miejsce rejestracji wypowiedzi;
 - (2) inicjał lub imię dziecka, wiek dziecka, np. Krzysio, 3; 6 [3 lata, sześć miesięcy];
 - (3) liczba rozmówców;
 - (4) rozmówca dorosły: N (nauczyciel), E (eksplorator, inicjały imienia i nazwiska).
 - b) Typ wypowiedzi:
 - (1) rozmowa dziecko – dziecko w sytuacji zabawy;
 - (2) rozmowa dziecko – dziecko w sytuacji zadaniowej;
 - (3) rozmowa dziecko – dorosły w sytuacji zadaniowej;
 - (4) samodzielne opowiadanie na podstawie historyjki obrazkowej;
 - (5) opowiadanie na podstawie historyjki obrazkowej w sytuacji dziecko – dziecko;
 - (6) opowiadanie na podstawie baśni (bajki) opowiedanej przez dorosłego;
 - (7) informacje dodatkowe o warunkach rejestracji wypowiedzi.
 - c) Wypowiedzi ciągłe:

- (1) dłuższe wypowiedzi zapisujemy w sposób ciągły zdanie po zdaniu, np. *I ten chłopiec zobaczył tego misia i się przestraszył. Zobaczyła to mama tego i chłopca i przytuliła go do siebie;*
 - (2) falstarty, wypowiedzi przerwane, niedokończone, zaznaczane wielokropkiem, np. *I ten chłopiec... A ten chłopiec... zobaczył tego misia i się przestraszył. Zobaczył... Zobaczyła to mama tego i chłopca i przytuliła go do siebie;*
 - (3) tzw. pauzy niewypełnione, tj. dłuższe pauzy w mówieniu (10–15 s), zaznaczamy wielokropkiem w nawiasie kwadratowym, np. *I ten chłopiec [...] zobaczył tego misia [...] i się przestraszył. Zobaczyła [...] to mama [...] tego chłopca i przytuliła go do siebie;*
 - (4) tzw. pauzy wypełnione zapisujemy zgodnie z ich brzmieniem, np. *I ten yyy chłopiec eee zobaczył tego mmm misia i się eee przestraszył. Zobaczyła to yyy mama tego yyy i chłopca i eee przytuliła go do siebie;*
 - (5) granice zdań ustalamy na podstawie dłuższych pauz i zaznaczamy je kropką;
 - (6) pauzy krótsze niż 10 s zaznaczmy za pomocą przecinka.
- d) Wypowiedzi dialogowe:
- (1) według zasad jak wyżej;
 - (2) poszczególne repliki dialogu zapisujemy według wzoru:

R. – A wiesz, skąd powstał gazik?
 K. – Nieee!
 R. – Od dżipa.
 K. – Od czego? Od dżipa?
 R. – A wiesz, dlaczego powstał gazik?
 K. – Od czego?
 R. – Od... od... tego. Bo odjęło się karoserię dżipa. Bo był taki samochód...
 K. – Dżip?
 R. – No! I się zrobiło go na gaziki. I teraz już... rzadko jeżdżą takie samochody.

Etap II

Ekscerpcja wyrazów użytych w wypowiedziach według następującego porządku:

- 1) wyraz, np. *Baba-Jaga*;
- 2) część mowy, np. rzeczownik;
- 3) znaczenie ogólne, np. nazwa osobowa, nazwa własna;
- 4) formy wyrazu użyte w tekście, np. D. lp. *Baba-Jagi*, N. lp. *Baba-Jagą*;
- 5) połączenia wyrazowe, np. *W ogóle czarownica, Baba-Jaga; czaruje; jeździ/lata na miotle; jeździ/lata na łopacie*;
- 6) szerszy kontekst: całe zdanie lub kilka zdań, np. *A kto to jest Baba Jaga [...]? Baba-Jaga to jest... To jest Baba-Jaga. W ogóle... czarownica!*
- 7) znaczenie wyrazu w analizowanym tekście, np. *czarownica*;
- 8) znaczenie wyrazu w słowniku języka polskiego, np. brak (USJP);
- 9) pole semantyczne, np. nazwy osób;
- 10) wyraz użyty w wypowiedzi, np. Polilog, z udziałem E. XY, Symbol w materiale III/14;
- 11) inne uwagi, np. *Chłopiec*, 6; 7.

D. Opracowanie słownika z podziałem na części mowy w następującym porządku:

1. części mowy nazywające rzeczy i istoty żywe: rzeczowniki i zaimki rzeczowne;
2. części mowy nazywające cechy i właściwości rzeczy i istot żywych: przymiotniki i zaimki przymiotne;
3. części mowy nazywające czynności i stany: czasowniki;
4. części mowy nazywające cechy i właściwości czynności i stanów: przysłówki i zaimki przysłowne;
5. części mowy porządkujące: liczebniki;
6. części mowy wyrażające stany emocjonalne: wykrzykniki i partykuły;
7. części mowy o funkcji gramatycznej: przyimki i spójnik.

F. Opracowanie słownika metodą pól znaczeniowych

- Pola tematyczne słownictwa dzieci (na podstawie: Zgólkowa, 2009)

A. Człowiek

- A.1 Dane osobowe
- A.2 Nazwy człowieka i grup ludzi
- A.3 Życie człowieka
- A.4 Budowa ludzkiego ciała
- A.5 Wygląd zewnętrzny i higiena osobista
- A.6 Odzież i dodatki do odzieży
- A.7 Zdrowie, choroba, leczenie
- A.8 Cechy ludzkiego charakteru
- A.9 Emocje i uczucia
- A.10 Właściwości rozumu ludzkiego
- A.11 Poznawanie świata

B. Człowiek w środowisku społecznym

- B.1 Członkowie rodziny
- B.2 Nazwy zawodów
- B.3 Funkcje polityczne i społeczne
- B.4 Czynności i zachowania ludzkie
- B.5 Zewnętrzne otoczenie człowieka
- B.6 Celowe działania człowieka
- B.7 Warunki działań ludzkich

C. Komunikacja międzyludzka

- C.1 Język i jego budowa
- C.2 Mówienie
- C.3 Tekst językowy
- C.4 Dokument
- C.5 Grzeczność językowa
- C.6 Kontakty między ludźmi
- C.7 Komunikacja masowa
- C.8 Narzędzia komunikacji

D. Dom i jego wyposażenie

- D.1 Części domu i mieszkania

- D.2 Pomieszczenia użytkowe
- D.3 Wyposażenie mieszkania
- D.4 Drobnny sprzęt domowy
- D.5 Naczynia
- D.6 Porządek i sprzątanie mieszkania
- D.7 Pożywienie i napoje

E. Życie społeczne, gospodarcze i kulturowe

- E.1 Symbole religijne i kulturowe
- E.2 Edukacja, nauka
- E.3 Życie publiczne
- E.4 Budynki i instytucje publiczne
- E.5 Kultura i rozrywka
- E.6 Hobby i zainteresowania
- E.7 Sport i wypoczynek

F. Forma istnienia w przestrzeni

- F.1 Własności i miary przedmiotów
- F.2 Miejsce i kierunek
- F.3 Teren i jego części
- F.4 Pojazdy i jego części
- F.5 Ruch ze zmianą miejsca
- F.6 Ruch bez zmiany miejsca

G. Czas

- G.1 Rok i pory roku
- G.2 Miesiące
- G.3 Dni tygodnia
- G.4 Pory dnia
- G.5 Godziny
- G.6 Trwanie w czasie
- G.7 Zamknięte odcinki czasu

H. Środowisko naturalne

- H.1 Zjawiska atmosferyczne
- H.2 Nazwy zwierząt i ich wyglądu
- H.3 Nazwy roślin i ich części

H.4 Kolory

H.5 Elementy przyrody

Uwagi końcowe

Przedstawiony projekt był już wykorzystywany w praktyce. Na jego podstawie powstało na Wydziale Polonistyki Uniwersytetu Warszawskiego kilkanaście prac magisterskich na studiach zaocznych filologii polskiej, napisanych na prowadzonym przeze mnie seminarium magisterskim. Zasadniczo sam projekt sprawdził się, jednak w warunkach prac magisterskich jest on trudny do realizacji. Z całą pewnością lepsze warunki jego realizacji byłyby możliwe, gdyby powstał zespół badawczy, a sam projekt zyskałby wsparcie finansowe.

Pisałem w części pierwszej tego opracowania o potrzebie prowadzenia tego rodzaju badań i ich wartości zarówno poznawczej, jak i praktycznej. Tu wypada tylko odwołać się do argumentów tam przywołanych. Badania tego rodzaju powinny być prowadzone systematycznie, a w każdym razie powinny być cyklicznie powtarzane, co udowodniła Zgółkowa w swoich badaniach (2009, 2016).

Bibliografia

- Gleason, J.B., Ratner, N.B. (red.) (2005). *Psycholingwistyka*. Gdańsk: GWP.
- Kurcz, I. (1992). *Język a psychologia*. Warszawa: WSiP.
- Porayski-Pomsta, J. (2010). Niektóre problemy badań nad słownikiem i słownictwem dzieci. *Poradnik Językowy*, 1, 64–70.
- Porayski-Pomsta, J. (2011). Rozwój zasobu słownikowego dzieci w wieku przedszkolnym. Przegląd stanowisk. *Poradnik Językowy*, 9, 5–21.
- Reeves, L.M., Hirsch-Pasek, K., Golinkoff, R. (2005). Słowa i znaczenia – od pojęć pierwotnych do złożonych struktur. W: J.B. Gleason, N.B. Ratner (red.), *Psycholingwistyka* (s. 173–247). Gdańsk: GWP.
- Saussure, F. de (1991). *Kurs językoznawstwa ogólnego*, przeł. K. Kasprzyk. Warszawa: PWN.
- Szuman, S. (1968). Rozwój treści słownika dzieci. Zagadnienie i niektóre wyniki badań. W: S. Szuman (red.), *O rozwoju języka i myślenia dziecka* (s. 19–95). Warszawa: Wiedza Powszechna.

- Tokarski, R. (1993). Słownictwo jako interpretacja świata. W: J. Bartmiński (red.), *Współczesny język polski* (s. 335–362). Wrocław: „Wiedza o Kulturze”.
- Tokarski, R. (2014). *Światy za słowami. Wykłady z semantyki leksykalnej*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Wygotski, L.S. (2005). *Narzędzie i znak w rozwoju dziecka*. Wyd. 2. Warszawa: WN PWN.
- Zarębina, M. (1994). Rozwój semantyczny języka dziecka i opanowywanie przez nie wyrazów z funkcją gramatyczną. W: M. Zarębina (red.), *Język polski w rozwoju jednostki. Analiza tekstów dzieci. Rozwój semantyczny. Dyskusja nad teorią Chomskiego* (s. 107–139). Gdańsk: Wydawnictwo Glottispol.
- Zgółkova, H. (2009). *Słownik minimum języka polskiego z zarysem gramatyki polskiej*. Poznań: Wydawnictwo UAM.
- Zgółkova, H. (2016). *Słownictwo dzieci w wieku przedszkolnym w latach 2010–2015*. Poznań: Wydawnictwo UAM.
- Zgółkova, H., Bułczyńska, K. (1987). *Słownictwo dzieci w wieku przedszkolnym*. Poznań: Wydawnictwo UAM.

KONTEKSTY EDUKACYJNE KOMUNIKACJI JĘZYKOWEJ

STRESZCZENIE

Artykuł poświęcony jest charakterystyce działań edukacyjnych i logopedycznych, które uznaje się za specyficzny kontekst/konteksty komunikacji językowej. Zróżnicowanie kontekstu edukacyjnego wynika z określonego przedmiotu badań i refleksji teoretyczno-metodologicznej: dla lingwistyki edukacyjnej jest to wyuczalność języka, dla logopedii – zaburzenia procesu porozumiewania się. Kontekst rozumiany zarówno jako otoczenie językowe, jak i pozajęzykowe pozwala wyznaczyć cztery rodzaje zależności pomiędzy kontekstem a komunikacją językową: współwystępowanie, powiązanie, warunkowanie, oddziaływanie. Oddziaływanie kontekstu na komunikację językową polega na usprawnianiu procesu językowego porozumiewania się, przy czym w lingwistyce edukacyjnej są to działania edukacyjne, natomiast w logopedii – terapeutyczne.

Słowa kluczowe: edukacja, komunikacja językowa, kontekst, lingwistyka edukacyjna, logopedia, sprawność językowa, sprawność komunikacyjna

ABSTRACT

The paper deals with characterizing educational and logopaedic activities which are understood as a special context/contexts of verbal communication. Differentiation of educational context is the result of particular subjects of researching as well as of theoretic-methodological reflection: for educational linguistics it is learnability of language, for logopaedics (speech therapy) – communicational disorders. Context understood as both linguistic and non-linguistic environment enables to define four types of interdependences between context and verbal communication: co-occurrence, relationship, conditioning, influence. Influencing verbal communication by context corresponds with improving the process of communication wherein in educational linguistics it means educational activities while in logopaedics (speech therapy) – therapeutic ones

Key words: communication skills, context, education, educational linguistics, linguistic skills, speech therapy, verbal communication

Zróznicowany charakter kontekstu

Komunikacja językowa nie jest zjawiskiem jednorodnym. Jej zróznicowanie w odniesieniu do jednego systemu językowego uwarunkowane jest m.in. zmiennością kontekstu, przy czym sam kontekst również rozumiany jest niejednoznacznie.

Słownik języka polskiego (Szymczak, 1981) podaje cztery definicje „kontekstu”:

- 1) „fragment tekstu potrzebny do dokładnego rozumienia danych wyrazów lub wyrażen”;
- 2) „zespół czynników współistniejących, powiązanych z czymś”;
- 3) „zespół jednostek językowych, które stanowią otoczenie danej jednostki”;
- 4) „zespół odniesień niezbędnych do zrozumienia utworu literackiego, dzieła naukowego itp.”.

Dwie z podanych definicji ujmują kontekst jako zjawisko językowe („fragment tekstu”, „zespół jednostek językowych”), dwie pozostałe mogą odsyłać także do rzeczywistości pozajęzykowej („zespół czynników”, „zespół odniesień”).

Na podobne zróznicowanie rozumienia kontekstu wskazują definicje zawarte w słownikach specjalistycznych (por. Polański, 1993; Urbańczyk, 1991): kontekst to otoczenie danego elementu językowego. **Otoczeniem językowym** jest element lub zespół elementów sąsiadujących w wypowiedzeniu (w tekście) z daną jednostką (fonemem, morfemem, wyrazem, składnikiem, zdaniem), natomiast **otoczeniem pozajęzykowym** (sytuacyjnym, konsytuacją) są warunki, w których odbywa się dany akt mówienia; to suma okoliczności towarzyszących wypowiedzi, współdecydujących o jej skutkach.

Na podstawie przytoczonych ujęć można wnioskować o następującym zróznicowaniu charakteru kontekstu, w którym podkreśla się:

- 1) **współwystępowanie** elementów językowych i pozajęzykowych;
- 2) **powiązanie** elementów językowych z elementami pozajęzykowymi;
- 3) **uwarunkowanie** wystąpienia elementów językowych okolicznościami pozajęzykowymi (kontekst pozajęzykowy decyduje o wystąpieniu określonych elementów językowych);
- 4) **wpływ** wypowiedzi językowej na okoliczności pozajęzykowe (język jako element kontekstu zjawisk pozajęzykowych).

Odniesienie do kontekstu w opisie komunikacji językowej winno zatem uwzględniać wskazanie charakteru relacji, w jakiej/w jakich pozostają opisywane zjawiska.

Kontekst edukacyjny czy konteksty edukacyjne?

Jeżeli przyjąć, że edukacja to zarówno wychowanie (kształtowanie określonych cech, postaw, zachowań), jak i kształcenie (przekazywanie wiedzy i kształtowanie umiejętności) (por. Okoń, 1984, s. 66, 146, 347–348), wówczas edukację należy uznać za zróżnicowany kontekst (zbiór kontekstów) komunikacji językowej, obejmujący:

- 1) elementy współwystępujące (np. postawy czy zachowania niejęzykowe nauczycieli i uczniów);
- 2) pozostające w związku z komunikacją językową (np. językowe formy przekazywania wiedzy);
- 3) warunkujące sposób (sposoby) językowego porozumiewania się (kształcenie języka);
- 4) mające wpływ na rzeczywistość pozajęzykową (powodujące zmianę postaw czy zachowań).

Szeroko rozumianą problematyką języka w edukacji zajmuje się lingwistyka edukacyjna, która koncentruje się na usprawnianiu uczenia się i nauczania języka. Wśród zagadnień, jakie składają się na sferę zainteresowań tej dyscypliny, Bernard Spolsky (1999, s. 1–6) wymienia m.in.:

- 1) społeczny kontekst języka (w tym m.in. odmiany i zróżnicowanie stylistyczne, polityka językowa i **edukacyjna**, komunikacja językowa w domu i w szkole);
- 2) **indywidualizację** procesu uczenia się języka z uwzględnieniem **zaburzeń** tego procesu oraz specyfiki przyswajania języka obcego;
- 3) język w **dyskursie szkolnym** (formy kształcenia, rola podręcznika i słowników, wykorzystanie komputera i in.);
- 4) nauczanie języka ojczystego (programy nauczania, nauczanie gramatyki oraz czytania i pisanie);
- 5) uczenie się i nauczanie języków obcych;
- 6) diagnozowanie procesu przyswajania języka (metody diagnostyczne, testy sprawdzające umiejętności językowe).

W tak zakreślonym obszarze badań lingwoedukacyjnych nietrudno dostrzec zróżnicowanie kontekstu czy też różnorodność kontekstów edukacyjnych. Pojawia się kontekst społeczny, instytucjonalny (szkoła), psychologiczny (indywidualizacja) oraz biologiczny/logopedyczny (zaburzenia w przyswajaniu języka).

Na zróżnicowany charakter kontekstu w praktyce edukacyjnej zwraca również uwagę Michael Stubbs (1986, s. 6–10), podkreślając odzwierciedlanie relacji społecznych w zróżnicowaniu językowym czy też włączając do zagadnień interesujących lingwistykę edukacyjną komunikację językową dzieci z zaburzeniami mowy.

Mimo różnorodności kontekstów edukacyjnych wewnętrzną spójność pod względem teoretycznym, praktycznym i metodologicznym zapewnia lingwistyce edukacyjnej pojęcie wyuczalności języka (Rittel, 1993, s. 5–11). Wyuczalność jako jedna z istotnych właściwości języka naturalnego pozostaje w ścisłym związku z biologicznymi, psychologicznymi i społecznymi uwarunkowaniami procesu uczenia się, ponieważ „pozwala każdemu człowiekowi, niezależnie od rasy i pochodzenia, nauczyć się w dzieciństwie równie dobrze każdego języka – jeśli tylko nie przeszkadza mu w tym jakaś wada fizyczna lub psychiczna i jeśli próbki danego języka docierają do niego w stosownych warunkach środowiskowych” (Lyons, 1984, s. 85). Tego rodzaju uwarunkowania rozwoju języka pozwalają powiązać kwestię wyuczalności z zaburzeniami mowy, a przez to z kontekstem logopedycznym. Teodozja Rittel łączy wyuczalność z wyróżnioną przez Noama Chomsky’ego kompetencją językową. Szerokie rozumienie kompetencji językowej pozwala wyodrębnić w jej strukturze cztery aspekty: gramatyczny, komunikacyjny, kulturowy i lingwodydaktyczny, przy czym w edukacji szkolnej kompetencja lingwodydaktyczna odpowiada wiedzy ucznia i nauczyciela, która pozwala na samoocenę ich własnej sprawności komunikacyjnej. Analiza tak rozumianej kompetencji językowej (lingwistycznej) ucznia umożliwi z kolei określenie stopni i poziomów opanowania języka (Rittel, 1993, s. 6–7).

Konteksty edukacyjne w ujęciu lingwoedukacyjnym

W lingwoedukacyjnym opisie relacji język–edukacja Rittel (1993, s. 13–88) wyróżnia trzy zasadnicze modele:

- 1) lingwistyczny (z przewagą elementu lingwistycznego nad edukacyjnym);
- 2) edukacyjny (z przewagą elementu edukacyjnego nad lingwistycznym);
- 3) operacyjny, wieloskładnikowy (z równowagą elementu lingwistycznego i edukacyjnego).

Element lingwistyczny dominuje nad elementem edukacyjnym w procesie nabywania języka. Kształcenie języka w dyskursie szkolnym odpowiada dominacji elementu edukacyjnego nad lingwistycznym. Równowagę obu elementów osiąga się w procesie współdziałania językowego, które polega na dostosowaniu metod kształcenia języka do indywidualnych możliwości (kompetencji i sprawności) ucznia. Ze względu na indywidualizację działań w stosunku do pacjenta trzeci z przywołanych modeli wydaje się być zarazem najbardziej adekwatny również w odniesieniu do postępowania logopedycznego. Zarówno działania edukacyjne/dydaktyczne, jak i logopedyczne zmierzają do usprawnienia komunikacji językowej, przy czym pojęcie sprawności należy uznać za stopniowalne: można je rozumieć albo jako możliwość realizacji pewnych zadań w ogóle (mniej lub bardziej „sprawnie”), co odpowiadałoby sprawności I stopnia, albo jako biegłość realizacyjną („sprawne” wykonywanie zadań), co z kolei oznaczałoby osiągnięcie sprawności II stopnia. W konsekwencji „usprawnianie” może oznaczać zarówno wykształcenie pożądanych zdolności (uzyskanie sprawności I stopnia), jak i rozwój posiadanych już umiejętności w celu biegłego, swobodnego wykonywania zadań (sprawność II stopnia) (Śniatkowski, 2014, s. 31–32).

W odniesieniu do komunikacji językowej sprawność oznacza zarówno formułowanie wypowiedzi w mowie i w piśmie, jak i rozumienie tekstów mówionych i pisanych (Puzynina, 1993, s. 63–64). Osiąganiu sprawności w zakresie formułowania wypowiedzi mają służyć ćwiczenia w mówieniu i pisaniu, natomiast doskonalenie rozumienia komunikatów wymaga wzbogacania słownictwa oraz wiedzy o znaczeniach dosłownych i przenośnych wyrażen językowych, a także o odmianach języka i zróżnicowaniu gatunkowym mowy. Tak rozumiany proces nabywania sprawności językowych odpowiada – zgodnie z przyjętą przeze mnie gradacją – osiąganiu sprawności II stopnia („ćwiczenie”, „doskonalenie”, „wzbogacanie”) i zakłada posiadanie przez podmiot sprawności I stopnia (możliwości formułowania i rozumienia wypowiedzi). Tego rodzaju usprawnianie odnieść

można jedynie do działań edukacyjnych, ponieważ w postępowaniu logopedycznym już samo dysponowanie (bądź niedysponowanie) przez ucznia (pacjenta) określonymi sprawnościami wymaga diagnozy.

Do istotnych cech zachowań językowych Stanisław Grabias (1997, s. 316–323) zalicza sprawność komunikacyjną, która obejmuje:

- 1) sprawność systemową (semantyczną, gramatyczną i realizacyjną: foniczną, graficzną i in.);
- 2) sprawność społeczną (pozwalającą realizować role językowe);
- 3) sprawność sytuacyjną (umiejętność posługiwania się językiem w sytuacjach interakcyjnych);
- 4) sprawność pragmatyczną (informacyjną, modalną czy perswazyjną), umożliwiającą osiągnięcie określonego celu komunikacji.

Odnosząc się do umiejętności niezbędnych w procesie językowego porozumiewania się, zagadnienie sprawności językowej i komunikacyjnej jest wspólnym przedmiotem zainteresowania m.in. lingwistyki edukacyjnej i logopedii, które to dyscypliny łączą w sobie teoretyczny i aplikacyjny aspekt wiedzy o języku.

W ujęciu lingwoedukacyjnym stopnie opanowania języka obejmują nabywanie i kształcenie języka, jego rozwój i uświadamianie sobie nabywanych umiejętności. Stopniowanie kompetencji lingwistycznej pozwala ponadto wyróżnić subkompetencję (prekompetencję) oraz nadkompetencję, tj. twórczość językową drugiego stopnia (poetycką, artystyczną). Subkompetencja oznacza niezdolność do opanowania języka w stopniu odpowiadającym normie wiekowej i wymaga interwencji terapeutycznej (logopedycznej). W obrębie poszczególnych stopni opanowania języka wyróżnia się poziom przejściowy, przybliżony i docelowy. Oceny poziomu kompetencji dokonuje się, porównując zbiory składników systemu językowego (fonetycznych, morfologicznych, składniowych i semantycznych) z językiem ogólnym (Rittel, 1993, s. 33–34): brak zgodności odpowiada poziomowi przejściowemu, częściowa zgodność to poziom przybliżony, natomiast poziom docelowy charakteryzuje się pełną zgodnością poszczególnych podzbiorów z systemem ogólnym (kompetencja lingwistyczna ucznia odpowiada kompetencji lingwistycznej nauczyciela). W przypadku subkompetencji mówi się o sprawności gramatycznej na poziomie przedjęzykowym, głównie niewerbalnej sprawności komunikacyjnej i braku możliwości uczestnictwa w kulturze. Z kolei nadkompetencja to tzw. twórczość językowa drugiego stopnia (poetycka, artystyczna).

Przykładem odniesienia do kontekstu edukacyjnego o charakterze biologicznym (neurobiologicznym) jest opracowana przez Marzenę Żylińską (2013) koncepcja **neurodydaktyki** jako nauczania i uczenia się przyjaznego mózgowi. Funkcjonowanie sieci neuronalnej w ludzkim mózgu oparte jest na układzie limbicznym i wbudowanych wzorcach uczenia się. Uczenie się polega na zmianie struktury sieci neuronalnej i siły połączeń synaptycznych, w czym istotną rolę odgrywa częstotliwość wykonywania określonych czynności. Przekaz werbalny (komunikacja językowa) jest dla mózgu najtrudniejszą formą uczenia się, ponieważ przetwarzanie informacji dokonuje się na głębszym, semantycznym poziomie pamięci i wymaga powiązania ze sobą, odniesienia do siebie określonych informacji. Układ limbiczny przetwarza tylko te informacje, którym potrafi nadać znaczenie. Na poziomie neurobiologicznym uczenie się to aktywny proces nadawania znaczeń, którego przebieg jest wysoce zindywidualizowany. Uwzględnienie neurobiologicznego charakteru edukacji może zatem w wymiarze metodologicznym służyć wypracowaniu sposobów nauczania i uczenia się odpowiadających funkcjonowaniu mózgu.

Psychologiczny kontekst edukacyjny związany jest z procesami przetwarzania informacji. Współczesna **psychologia poznawcza** (por. np. Zimbardo, Johnson, McCann, 2010) opisuje uczenie się jako proces, w którym doświadczenie prowadzi do trwałej zmiany w zachowaniu lub w procesach umysłowych. W odróżnieniu od zachowań instynktownych oraz uczenia się behawioralnego uczenie się poznawcze ma charakter złożony i abstrakcyjny oraz wymaga świadomego przetwarzania informacji. Tego typu przetwarzanie angażuje trzy etapy (magazyny) pamięci, aby zakodować, przechować i wydobyć informacje. Pamięć sensoryczna w sposób krótkotrwały przechowuje informacje (obrazy) zmysłowe. Skierowanie uwagi na wybrane bodźce w pamięci operacyjnej jako procesorze świadomego doświadczenia powoduje dołączenie do informacji zmysłowej znaczenia umożliwiającego przechowanie informacji w sensownych kategoriach umysłowych pamięci długotrwałej. W strukturze pamięci długotrwałej wyróżnia się pamięć proceduralną, która magazynuje wskazówki czy procedury dotyczące umiejętności (wiedza typu „jak”), i pamięć deklaratywną (pamięć faktów, wiedza typu „że”). Pamięć deklaratywna składa się z pamięci epizodycznej (pamięć autobiograficzna, pamięć zdarzeń i osobistych doświadczeń) i pamięci semantycznej (pamięć faktów, wiedza ogólna, pojęcia i język). Pamięć semantyczna

organizuje wiedzę w postaci schematów umożliwiających szybki dostęp do określonego typu informacji oraz zrozumienie nowych doświadczeń. Ponieważ informacje w pamięci długotrwałej zorganizowane są znaczeniowo, najlepszym sposobem wprowadzania nowych informacji do tego magazynu pamięci jest powiązanie ich z już istniejącymi w niej informacjami na etapie pamięci operacyjnej. Z kolei wydobywanie informacji z pamięci długotrwałej możliwe jest dzięki procedurom odtwarzania (przy zastosowaniu minimalnej wskazówki) lub rozpoznawania (na podstawie większej ilości wskazówek).

W ujęciu psychologicznym zarówno pamięć, jak i uwagę uznaje się za komponenty świadomości, którą z kolei definiuje się jako aktywność mózgu generującą umysłowe reprezentacje rzeczywistości i myślenie. Zaangażowanie świadomości charakteryzuje poznawcze uczenie się (np. przyswajanie wiadomości).

Pobudzenie narządów zmysłów (receptorów) powoduje powstawanie impulsów nerwowych, które są interpretowane w mózgu jako określone odczucia sensoryczne (dźwięk, obraz i in.). Proces ten nazywany wrażeniem jest pierwszym etapem przetwarzania informacji. Wzorce sensoryczne są następnie opracowywane pod względem znaczeniowym (interpretowane) w procesie percepcji (sposzregania). Wiedza i doświadczenie odgrywają dominującą rolę w przetwarzaniu odgórnym (sterowanym pojęciowo), w którym podstawą analizy percepcyjnej są informacje magazynowane w pamięci długotrwałej. Sprowadzenie funkcjonowania mózgu do przetwarzania informacji odzwierciedla tzw. metafora komputerowa, która ma ilustrować zjawisko myślenia. Pomimo istotnych uproszczeń (komputery nie potrafią np. indeksować informacji na podstawie znaczenia, ani też myśleć abstrakcyjnie) metaforę komputerową przyjmuje się zwykle w psychologii jako punkt wyjścia w analizach procesów myślowych. Psychologia pod pojęciem myślenia rozumie złożony akt poznania, w którym mózg korzysta z różnorodnych informacji w celu tworzenia i manipulowania reprezentacjami umysłowymi (pojęcia, obrazy, schematy, skrypty). Pojęcia są kategoriami umysłowymi powstającymi w wyniku asymilacji nowych doświadczeń czy obiektów do znanych już kategorii. Zdolność do takiej asymilacji jest jednym z najważniejszych atrybutów istot myślących. Umożliwiając umysłową organizację wiedzy (konceptualizację świata), pojęcia stają się podstawą myślenia. Rozróżnia się pojęcia naturalne (powstałe w wyniku bezpośrednich doświadczeń i porównań do prototypu) oraz pojęcia sztuczne, kształtowane zwykle

w procesie edukacji szkolnej na podstawie definicji encyklopedycznych jako zbiorów wspólnych cech.

Poznanie widziane w perspektywie psychologicznej można uznać za specyficzny kontekst edukacyjny odpowiadający procesowi kształtowania się pojęć jako zbiorów cech definicyjnych (pojęcia sztuczne).

Socjologiczny charakter kontekstu edukacyjnego można wiązać m.in. z pojęciem interakcji i socjolingwistycznym opisem komunikacji językowej (por. Grabias, 1997; Skudrzykova, Urban, 2000; Śniatkowski, 2013). Zdaniem Marka Ziółkowskiego (1981) **socjologię humanistyczną** w odróżnieniu od ujęć behawiorystycznych charakteryzuje uznanie ludzkich zachowań za działania świadome. Socjologia humanistyczna łączy w sobie indywidualizm ontologiczny, redukujący zbiorowość do realnie, świadomie i celowo działających jednostek, oraz metodologiczny holizm, zgodnie z którym jednostka kieruje się w swoich działaniach społecznie ukształtowanymi wzorcami postępowania. Podstawą świadomego działania jest proces interpretacji (rozumienia) pozwalający przypisać tego rodzaju działaniu zarówno kulturowo określone znaczenie, jak i wskazać indywidualne motywacje, intencje i stany świadomości leżące u podstaw takiego działania. Nadawanie znaczeń otaczającej człowieka rzeczywistości oparte jest na działaniach praktycznych, natomiast przekazywanie znaczeń to domena komunikacji symbolicznej, przede wszystkim językowej. Wymianę symbolicznych znaczeń między świadomymi uczestnikami interakcji, której opisem zajmuje się symboliczny interakcjonizm, można uznać za jeden z aspektów oddziaływania kontekstu edukacyjnego na komunikację językową.

Diagnoza i terapia logopedyczna jako kontekst edukacyjny

Dostrzeżenie możliwych fizycznych, psychicznych czy społecznych przeszkód w przyswajaniu języka pozwala powiązać kwestię wyuczalności języka z zaburzeniami procesu językowego porozumiewania się, które należą do sfery zainteresowań logopedii.

Uczestnictwo w komunikacji językowej wymaga od jej uczestników dysponowania określonymi kompetencjami i sprawnościami (Grabias, 2001, s. 37–41). Umiejętności (sprawności) uwarunkowane są wiedzą (kompetencją), a zatem logopedyczne działania usprawniające proces

językowego porozumiewania się pozostają w ścisłym związku z kompetencjami, jakimi dysponuje (lub nie dysponuje) pacjent. Z kolei o nabywaniu i wykorzystywaniu kompetencji decydują sprawności, wśród których Grabias wyróżnia procesy biologiczne (percepcyjne i realizacyjne) oraz czynności umysłowe (realizacyjne). Sprawności biologiczne obejmują słuch fizyczny, fonologiczny i muzyczny, a także mózg, pamięć, obwodowy układ nerwowy i mięśniowo-kostne układy narządów mowy. Umysłowe sprawności komunikacyjne to sprawność systemowa i sprawność komunikacyjna. W kontekście takiego układu sprawności usprawnianie komunikacji językowej dotyczy zarówno sfery biologicznej, jak i umysłowej, co znajduje odzwierciedlenie w przyjętych przez Grabiasa zaleceniach (procedurach) terapeutycznych:

- 1) **budowanie kompetencji** językowej, komunikacyjnej i kulturowej (w przypadku niewykształconych sprawności percepcyjnych: w głuchocie i niedosłuchu, w alalii i dyslalii oraz w oligofazji);
- 2) **usprawnianie realizacji** nabytych wcześniej kompetencji (w dysglosji, w mowie bezkrtaniowców, w gielkocie, jąkaniu, dyzartrii);
- 3) **odbudowywanie (odszukiwanie) kompetencji** (w afazji i schizofazji).

Budowanie i odbudowywanie kompetencji dotyczyłoby sprawności I stopnia, tj. samej możliwości językowego porozumiewania się, natomiast usprawnianie realizacji można uznać za kształtowanie sprawności II stopnia (doskonalenie umiejętności komunikacyjnych).

W celu skutecznego budowania (odbudowywania) kompetencji Grabias (1993) proponuje minimalizację systemu językowego, która dotyczy:

- 1) zasobu leksykalnego;
- 2) gramatyki;
- 3) sytuacji komunikacyjnych.

Należy zauważyć, że minimalizacja nie obejmuje poziomu fonologicznego – budowanie wypowiedzi językowej wymaga znajomości wszystkich fonemów (wszystkie fonemy są jednakowo ważne w procesie komunikacji, zróżnicowanie stopnia trudności może jednak dotyczyć realizacji fonemów). W odniesieniu do leksyki logopeda powinien uwzględnić minimalny zasób leksykalny danego języka (około 800 jednostek) oraz podstawowy zasób niezbędny (około 2700 jednostek). Minimalizacja w zakresie fleksji polega na wyborze najczęściej stosowanych do budowania zdań kategorii fleksyjnych (przypadków, osób, rodzajów i in.), a pomijaniu rzadziej stosowanych wykładników tych kategorii. Minimalizacja składni wymaga

natomiast skoncentrowania się na głównych relacjach wyrazów imiennych (rzeczowników, przymiotników, przysłówków i zaimków) z czasownikami. Językowy kształt wypowiedzi uwarunkowany jest sytuacyjnie, przy czym bierze się pod uwagę tzw. sytuacje odpowiednie, tj. takie, w których układ ról rozmówców jest realizowany zgodnie z normami społecznymi w odpowiednim miejscu i we właściwym czasie (np. rozmowa sprzedawcy z klientem na tematy handlowe w sklepie w godzinach jego otwarcia).

Zminimalizowany system języka stanowi podstawę usprawniania procesu komunikacji drogą budowania kompetencji językowej. Z kolei kompetencję komunikacyjną buduje się za pomocą środków językowych decydujących o sprawności społecznej, sytuacyjnej i pragmatycznej. Kompetencja językowa jest także podstawą przyswajania wiedzy o rzeczywistości (interpretacji rzeczywistości), tj. opanowania kompetencji kulturowej, bez udziału której nie jest możliwa komunikacja pomiędzy członkami określonej społeczności językowej.

W odniesieniu do praktyki logopedycznej budowanie kompetencji językowej (gramatycznej), komunikacyjnej i kulturowej warto byłoby – zgodnie z ujęciem lingwoedukacyjnym – uzupełnić w możliwym zakresie o kompetencję lingwodydaktyczną, tj. wiedzę pacjenta i terapeuty pozwalającą na samoocenę własnej sprawności w procesie językowego porozumiewania się. Dla podkreślenia specyfiki działań logopedycznych można byłoby wówczas mówić o **kompetencji lingwoterapeutycznej** (Śniatkowski, 2014, s. 35).

Zarówno lingwistyka edukacyjna, jak i logopedia dostrzegają istotną rolę biologicznych, psychologicznych i społecznych uwarunkowań procesu uczenia się. Obie dyscypliny powinny zatem w sferze teorii oraz w działaniach praktycznych uwzględniać zróżnicowanie kontekstów edukacyjnych, a także sposób ich odniesienia do komunikacji językowej (charakter relacji między elementami językowymi i pozajęzykowymi): współwystępowanie, powiązanie, warunkowanie, oddziaływanie.

Bibliografia

- Grabias, S. (1997). *Język w zachowaniach społecznych*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Grabias, S. (1993). Minimalizacja systemu językowego dla potrzeb glottodydaktyki i logopedii. W: J. Bartmiński i in. (kom. red.), *Opuscula logopaedica: in honorem Leonis Kaczmarek* (s. 48–56). Lublin: Wydawnictwo UMCS.

- Grabias, S. (2001). Perspektywy opisu zaburzeń mowy. W: S. Grabias (red.), *Zaburzenia mowy* (s. 11–43). Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Lyons, J. (1984). *Semantyka*. T. 1. Warszawa: PWN.
- Okoń, W. (1984). *Słownik pedagogiczny*. Warszawa: PWN.
- Pawłowska, R. (2012). Przygotowanie nauczyciela do kształcenia językowego uczniów. W: B. Niesporek-Szamburska (red.), *Wiedza o języku i kompetencje językowe uczniów* (s. 119–128). Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Polański, K. (red.) (1993). *Encyklopedia językoznawstwa ogólnego*. Wrocław: Zakład Narodowy im. Ossolińskich.
- Puzynina, J. (1993). Sprawność językowa i sposoby jej osiągania. W: J. Bartmiński (red.), *Encyklopedia kultury polskiej XX wieku*. T. 2: *Współczesny język polski* (s. 63–64). Wrocław: Instytut Kultury.
- Rittel, T. (1993). *Podstawy lingwistyki edukacyjnej. Nabywanie i kształcenie języka*. Kraków: Wydawnictwo Naukowe WSP.
- Skudrzykowa, A., Urban, K. (2000). *Mały słownik terminów z zakresu socjolingwistyki i pragmatyki językowej*. Kraków–Warszawa: Spółka Wydawniczo-Księgarska.
- Spolsky, B. (red.) (1999). *Concise Encyclopedia of Educational Linguistics*. Cambridge: Pergamon.
- Stubbs, M. (1986). *Educational Linguistics*. Oxford: Blackwell.
- Szymczak, M. (red.) (1981). *Słownik języka polskiego*. Warszawa: PWN.
- Śniatkowski, S. (2013). Pojęcie interakcji w różnych aspektach komunikacji językowej. W: M. Michalik, A. Siudak, H. Pawłowska-Jaroń (red.), *Interakcyjne uwarunkowania rozwoju i zaburzeń mowy* (s. 33–42). Kraków: Collegium Columbinum.
- Śniatkowski, S. (2014). Usprawnianie komunikacji językowej w terapii logopedycznej i w ujęciu lingwistyki edukacyjnej. W: A. Hetman, M. Michalik (red.), *Synergia. Mowa – edukacja – terapia*. T. 2 (s. 31–39). Jastrzębie-Zdrój–Kraków: Wydawnictwo Pasaże.
- Urbańczyk, S. (red.) (1991). *Encyklopedia języka polskiego*. Wrocław: Zakład Narodowy im. Ossolińskich.
- Zimbardo, P.G., Johnson, R.L., McCann, V. (2010). *Psychologia. Kluczowe koncepcje*. Warszawa: WN PWN.
- Ziółkowski, M. (1981). *Znaczenie – interakcja – rozumienie. Studium z symbolicznego interakcjonizmu i socjologii fenomenologicznej jako wersji socjologii humanistycznej*. Warszawa: PWN.
- Żylińska, M. (2013). *Neurodydaktyka. Nauczanie i uczenie się przyjazne mózgowi*. Toruń: Wydawnictwo Naukowe UMK.

OCENA ROZWOJU JĘZYKOWEGO DZIECI NA ETAPIE Wczesnej Edukacji

STRESZCZENIE

Znaczna część szeroko rozumianej edukacji opiera się na przekazie werbalnym (mówionym i pisanim). Umiejętności językowe i komunikacyjne są zatem kluczowe w efektywnej edukacji. Służą nie tylko do odkrywania i przekazywania wiedzy, lecz także do nawiązywania relacji i współpracy z otoczeniem. Tymczasem trudności w rozumieniu i posługiwaniu się językiem są charakterystyczne dla wielu dzieci o specjalnych potrzebach edukacyjnych i nie tylko. Rozpoznanie tych trudności powinno być powszechną praktyką, szczególnie w kontekście zmieniającej się szkoły, która w myśl przepisów ministerialnych obejmuje uczniów opieką psychologiczno-pedagogiczną i dostosowuje się do ich indywidualnych możliwości i potrzeb. Aby tak było, dobrym nawykiem powinno stać się przeprowadzanie dwuetapowej diagnozy: przesiewowej w szkole oraz wielospecjalistycznej w poradni psychologiczno-pedagogicznej z zastosowaniem profesjonalnych i nowoczesnych narzędzi. Wystandaryzowane i znormalizowane narzędzia pozwalają porównać wynik danego dziecka do tak zwanej „normy” w populacji, określając jego poziom rozwoju językowego i wyłaniając dzieci, których umiejętności językowe są obniżone w stosunku do typowo rozwijających się rówieśników. Ponadto, wskazując mocne i słabe strony w konkretnych obszarach języka, pozwalają także na dostosowanie metod edukacyjnych i metod terapii do potrzeb dziecka.

Słowa kluczowe: rozwój językowy, zaburzenia językowe, specyficzne zaburzenie językowe SLI, specjalne potrzeby edukacyjne, diagnoza przesiewowa, model diagnozy w edukacji, badanie gotowości szkolnej

ABSTRACT

A major part of what is understood by education is based on verbal transmission (spoken and written). Language and communication skills are thus critical in effective education. They serve not just to discover and transfer knowledge, but also to initiate relations and cooperation with the environment. Difficulties in understanding and using language are characteristic of many children with special educational needs and others. Acknowledging these difficulties ought to be common practice, especially in the context of a changing school environment which following the legislation of the ministry of education provides pupils with psychological and pedagogical care and adapts to their individual possibilities and needs. In order to achieve this, establishing a two-stage diagnosis ought to become common practice – screening tests at school as well as diagnosis by multiple specialists at a psychological and pedagogical clinic with the use of modern professional tools. Standardized and normalized tools allow the comparison of results of a given child with the so-called "norm" of the population, determining its level of language development and singling out children whose language skills are below those of typically developing peers. Moreover, by pointing to strong and weak aspects of particular areas of language they also allow to adapt educational methods and methods of therapy to the needs of the child.

Key words: language development, language disorder, specific language impairment SLI, special educational needs, screening tests, diagnosis model in education, examining school readiness

Rola poziomu rozwoju językowego w funkcjonowaniu szkolnym dziecka

Kiedy przyjrzymy się funkcjonowaniu dziecka w szkole, zauważymy, jak wielką rolę odgrywa w nim komunikacja. Kompetencja językowa i komunikacyjna są niewątpliwie kluczowymi umiejętnościami leżącymi u podstaw sukcesu edukacyjnego. Wpływ języka na myślenie i uczenie się kolejnych, coraz bardziej abstrakcyjnych pojęć, rośnie z wiekiem i nabiera szczególnego znaczenia, kiedy dziecko rozpoczynające edukację szkolną przechodzi od uczenia się proceduralnego do deklaratywnego.

Sprawne posługiwanie się językiem ojczystym oraz rozumienie go jest potrzebne w zasadzie we wszystkich szkolnych aktywnościach: zarówno edukacyjnych, jak i społecznych. Jest niezbędne m.in. do:

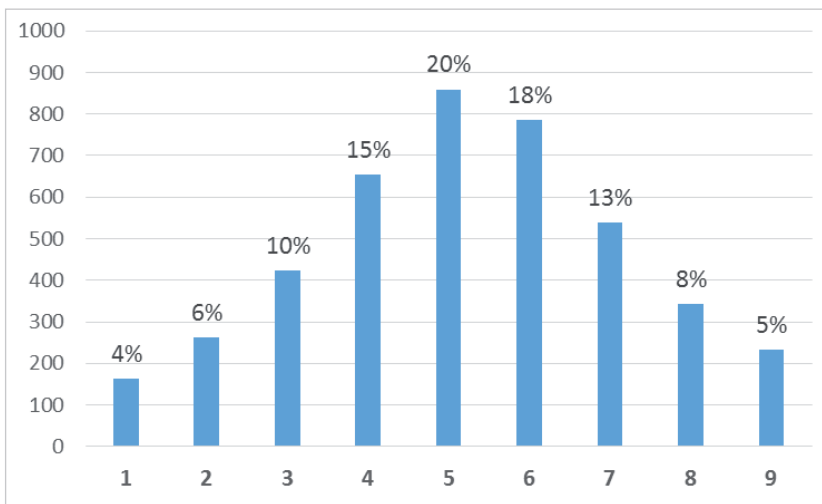
- rozumienia i interpretowania tekstów mówionych i pisanych;
- wypowiedzania się na określony temat;
- redagowania tekstów pisanych;
- rozumienia i przyswajania treści podręczników i pomocy edukacyjnych, w tym multimedialnych;
- przekazywania wiedzy, rozwiązywania zadań tekstowych;
- nauki czytania i pisania;
- rozumienia zjawisk i definiowania pojęć;
- rozumienia i adekwatnego reagowania na proponowane przez nauczyciela aktywności;
- adekwatnego reagowania w sytuacjach społecznych (współpraca z rówieśnikami i personelem szkolnym);
- nawiązywania relacji;
- wyrażania i opisywania emocji, myśli;
- świadomego uczestniczenia w lokalnym i międzynarodowym dorobku kulturowym.

Łatwo ulec wrażeniu, że wszystkie dzieci rozpoczynające formalną naukę mają podobne umiejętności komunikacyjne i językowe. Szczególnie, że powszechną praktyką jest badanie tzw. gotowości szkolnej, obejmujące procesy poznawcze, emocjonalno-społeczne i fizyczne niezbędne do podjęcia nauki w systemie szkolnym (Frydrychowicz i in., 2006). W przypadku stwierdzenia braku gotowości szkolnej dziecka może ono na wniosek rodzica zostać odroczone od obowiązku szkolnego (Ustawa o zmianie

ustawy o systemie oświaty, 2015). Jednakże funkcje językowe są tylko jednym z wielu elementów podlegających ocenie przy badaniu gotowości szkolnej, mogą być zatem traktowane marginalnie lub pobieżnie (ocena jedynie artykulacji dziecka). Ponadto osoba przeprowadzająca badanie gotowości szkolnej może nie dysponować szczegółową wiedzą na temat rozwoju mowy dziecka, kompetencjami, narzędziami ani odpowiednią ilością czasu niezbędnego do oceny poszczególnych obszarów języka.

Jak wynika z badań normalizacyjnych *Testu Rozwoju Językowego* TRJ (Smoczyńska i in., 2015a) – kompleksowego narzędzia do oceny poziomu rozwoju językowego dzieci¹ – znaczny procent dzieci u progu edukacji szkolnej (20% próby badawczej² dzieci w wieku od 4 do ukończenia 8 lat, w tym 25% czterolatków, 17% pięciolatków i po 20% sześciolatków, siedmiolatków i ośmiolatków) ma niskie umiejętności językowe w stosunku do rówieśników (wynik ogólny poniżej normy wiekowej, odpowiadający 1, 2

Wykres 1. Rozkład wyników na skali staninowej w badaniu normalizacyjnym *Testu Rozwoju Językowego*



Źródło: Kochańska, Kaczan, Rycielski (2016).

¹ Więcej o samym teście w części *Dobre praktyki diagnostyczne*.

² N = 4260. Badanie dotyczyło dzieci polskojęzycznych. Osobną kwestią jest ocena poziomu rozwoju językowego dzieci wielojęzycznych, których populacja sukcesywnie wzrasta. Zagadnienie to wykracza jednak poza zakres rozważań tego artykułu.

lub 3 staninowi)³. Nawet jeśli weźmiemy pod uwagę tylko wyniki odchylone w dół od średniej o wartość większą niż 1,5 odchylenia standardowego (wyniki odpowiadające 1 i 2 staninowi), to dzieci o znacząco niskich umiejętnościach językowych pozostanie 10%. W przełożeniu na populację oznacza to około 250 tysięcy dzieci w wieku 4–9 lat, w tym 130 tysięcy przedszkolaków oraz średnio dwoje uczniów w każdej klasie (na pierwszym etapie edukacyjnym)⁴.

Należy pamiętać, że w badaniu z wykorzystaniem *Testu Rozwoju Językowego* TRJ ocenie i odniesieniu do norm podlegały następujące płaszczyzny języka: gramatyka, semantyka i dyskurs w dwóch aspektach: rozumienia i ekspresji mowy. Płaszczyzna fonologiczna systemu językowego oraz aspekt motoryczny związany z artykulacją dźwięków mowy, choć wystąpiły jako zmienne kontrolowane w badaniu normalizacyjnym, nie podlegają ocenie w teście TRJ, a zatem nie są uwzględnione w prezentowanych tu wynikach. Ma to uzasadnienie teoretyczne omawiane w podręczniku do testu (Smoczyńska i in., 2015a).

Umiejętności językowe poniżej normy wiekowej u dzieci wiążą się z różnymi przyczynami. Mogą być pochodną dysfunkcji w innych obszarach funkcjonowania, czyli być wtórne wobec zaburzeń rozwojowych, zespołów genetycznych, niepełnosprawności intelektualnej, uszkodzeń słuchu, chorób neurologicznych czy uszkodzeń ośrodkowego układu nerwowego. Częściej wynikają jednak z pierwotnych zaburzeń rozwoju językowego, niepowiązanych z innymi dysfunkcjami⁵. W Wielkiej Brytanii dzieci o specjalnych potrzebach w zakresie języka i komunikacji (ang. *speech, language and communication needs*) stanowią 10% populacji, z czego aż 7% to dzieci dotknięte specyficznym zaburzeniem językowym SLI (ang. *specific language impairment*), czyli właśnie zaburzeniem pierwotnym o nieokreślonej

³ Wyniki te są analogiczne do uzyskanych w australijskich badaniach podłużnych *Early Language Victoria Study*, w których ponad 20% czterolatków badanych kompleksowym testem językowym *Clinical Evaluation of Language Fundamentals* CELF uzyskało wyniki obniżone w stosunku do normy wiekowej, 17,2% spełniało zaś kryteria SLI (Reilly i in., 2010).

⁴ Szacunku dokonano na podstawie danych demograficznych na koniec 2015 r. (GUS, 2016).

⁵ W literaturze naukowej oraz klasyfikacjach medycznych stosuje się różną terminologię na określenie zaburzeń rozwoju językowego o nieokreślonej etiologii. Najczęściej stosowane nazwy to: zaburzenia ekspresji mowy [F80.1] i zaburzenie rozumienia mowy [F80.2] (WHO, 1993), zaburzenie języka (APA, 2013; Morrison, 2016), alalia, afazja rozwojowa, niedokształcenie mowy o typie afazji, zaburzenia funkcji językowych, specyficzne zaburzenie językowe SLI (przegląd terminów w: Czaplewska, 2012; Kocharńska, 2017).

etiologii (Enderby, Pickstone, 2005). Warto zwrócić uwagę na to, że SLI występuje aż 20 razy częściej niż zaburzenia ze spektrum autyzmu (APA, 2013).

Tymczasem, jak wynika z raportu organizacji UNICEF (2013), w 2013 r. orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego z powodu niepełnosprawności ruchowej, w tym afazji⁶, miało łącznie około czterech tysięcy dzieci. Trudno powiedzieć, jaki procent tych dzieci dotkniętych jest zaburzeniem językowym oraz ile dzieci w Polsce uzyskało opinię psychologiczną z powodu rozpoznania takich zaburzeń. Przyglądając się jednak poczynionym wcześniej szacunkom, możemy się domyślać, że wiele z tych dzieci nie zostaje nigdy zdiagnozowanych. Istnieje także wiele innych powodów takiego przypuszczenia:

- zaburzenie języka (które nie towarzyszy innym „widocznym” dysfunkcjom) ma często charakter niejawny, szczególnie jeśli dotyczy obszaru rozumienia mowy i dziecko nie ma kłopotów z artykulacją głosek (Maryniak, 2011, 2016);
- w momencie, kiedy dzieci z opóźnionym rozwojem mowy (długo niemówiące lub mało mówiące)⁷ zaczynają wreszcie budować zdania, rodzice przestają się niepokoić, gdyż wydaje się, że dzieci nadrobiły opóźnienie, ich rozwój językowy nie jest więc dalej monitorowany⁸;
- istnieje zjawisko „pozornego wyzdrowienia” (ang. *illusory recovery*) polegające na tym, że w okresie rozpoczęcia formalnej nauki szkolnej (5–7 lat) deficyty fonologiczne, leksykalne i składniowe u dzieci z zaburzeniami językowymi stają się łagodniejsze (Scarborough, Dobrich, 1990), ale wciąż funkcjonują one na poziomie niższym niż rówieśnicy, co może być trudne do rozpoznania bez pomiaru z odniesieniem do norm;
- ponieważ na dalszych etapach edukacyjnych dzieci z zaburzeniami językowymi mają trudności w nabywaniu bardziej złożonych sprawności,

⁶ To jedyna kategoria w katalogu niepełnosprawności, z tytułu których może zostać wydane orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego, mieszcząca dzieci z zaburzeniami językowymi. Niestety, stosowany w orzecznictwie oświatowym termin „afazja motoryczna” jest przestarzały i mylący.

⁷ Opóźniony rozwój mowy jest tu rozumiany jako przejściowe zaburzenie rozwoju językowego, które samoistnie ustępuje do momentu ukończenia przez dziecko 4–5 lat, albo wczesny objaw poważnych zaburzeń językowych (m.in. Ellis Weismer, 2007; Rescorla, 2009; Smoczyńska, 2012; Smoczyńska i in., 2015a, 2015b; Thal, 2000).

⁸ Tymczasem, jak wynika z badań podłużnych Smoczyńskiej (2016), zaburzenie językowe rozwinęło się u 60% dzieci, które jako dwulatki miały opóźniony rozwój mowy, natomiast zaledwie u 18% tej grupy opóźnienie ustąpiło samoistnie.

takich jak czytanie i pisanie, rozumienie złożonych tekstów czy narracja (Hulme, Snowling, 2009), co pociąga za sobą niskie wyniki edukacyjne, przyczyn tych trudności upatruje się raczej w cechach dziecka („leniwe”, „mało zdolne”), a ich językowe podłoże pozostaje nierozpoznane (Cohen, 1996);

- często z powodu trudności w komunikacji i niepowodzeń szkolnych dzieci przejawiają problemy emocjonalne, przeżywają silny lęk, depresję, frustrację (Daal, Verhoeven, Balkom, 2007; Wadman i in., 2011) oraz podejmują nieprzystosowawcze próby radzenia sobie w postaci zachowania agresywnego, stosowania przemocy, nadpobudliwości bądź wycofania społecznego (Cohen, 2005; Conti-Ramsden i in., 2013; Hulme, Snowling, 2009) – łatwiej dostrzegane przez otoczenie i często interpretowane w powierzchowny bądź stereotypowy sposób są objawy takiego zachowania niż jego faktyczna przyczyna;
- wykrycie zaburzeń językowych u dzieci w wieku szkolnym może być utrudnione z powodu maskowania trudności (posługiwanie się wyuczonym zestawem wyrażań i zwrotów, potwierdzanie rozumienia przy faktycznym jego braku, naśladowanie zachowania innych bez zrozumienia usłyszanych komunikatów itp.) i stosowania mechanizmów kompensacyjnych przez dzieci.

Istnieje zatem konieczność prowadzenia badań przesiewowych zarówno na wczesnym etapie przedszkolnym w celu wykrycia dzieci z opóźnionym rozwojem mowy, jak i u progu edukacji szkolnej. Im wcześniejsze rozpoznanie, tym większa szansa na skuteczną interwencję logopedyczną i psychologiczną (Halpern, 2000), a także trafne rozpoznanie natury problemów dziecka oraz zrozumienie ich zarówno przez samo dziecko, jak i jego otoczenie. Codzienny stres i frustracja, które towarzyszą trudnościom w komunikacji oraz skutkom „ubocznym” tych trudności, sprawiają, że osoby z zaburzeniami (zarówno dzieci, jak i dorośli) mają obniżony dobrostan psychiczny i stanowią grupę ryzyka depresji, zaburzeń emocjonalnych i chorób psychicznych (Baker, Cantwell, 1982; Clegg i in., 2005; Wadman i in., 2011).

Świadomość poziomu umiejętności językowych dziecka pozwala także uchronić je przed niepowodzeniami szkolnymi, dzięki dostosowaniu metod pracy oraz używaniu wpierających i terapeutycznych strategii komunikacyjnych (Girolametto, Weitzman, Greenberg, 2004; Krasowicz-Kupis i in., 2015).

Postępowanie diagnostyczne w edukacji

Diagnoza jest najczęściej rozumiana w trzech znaczeniach: jako proces, efekt tego procesu, jak również wiedza (teoretyczna i praktyczna) na jego temat (Stemplewska-Żakowicz, 2009). Diagnoza w edukacji to kompleksowy proces aktywnego poszukiwania informacji o dziecku, który prowadzi do wniosków o jego obecnym i przyszłym funkcjonowaniu (Krasowicz-Kupis, Wiejak, Gruszczyńska, 2014).

Aktualny kierunek zmian w diagnozowaniu na potrzeby edukacji podkreślający m.in. znaczenie diagnozy funkcjonalnej, ścisłą współpracę szkoły i poradni psychologiczno-pedagogicznej, rozpoznawanie indywidualnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych oraz możliwości psychofizycznych uczniów przez nauczycieli i specjalistów szkolnych, a także udzielanie uczniowi niezbędnego wsparcia psychologiczno-pedagogicznego na terenie placówki oświatowej (Rozporządzenie MEN ws. zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach, 2013) zgodny jest z proponowanym przez Grażynę Krasowicz-Kupis i współpracowników (2014) modelem diagnozy w systemie edukacji. Zgodnie z nim pierwszy etap to badania przesiewowe prowadzone na terenie placówki oświatowej. Zadaniem nauczycieli i zatrudnionych tam specjalistów (najczęściej psychologów, logopedów, pedagogów) jest prowadzenie obserwacji pedagogicznej dotyczącej głównie gotowości szkolnej, rozpoznania szczególnych uzdolnień lub ryzyka zaburzeń rozwojowych. Najczęstsze cele badań przesiewowych obejmujących wszystkie dzieci na danym etapie edukacyjnym czy w danej grupie to:

- wstępne rozpoznanie możliwości uczniów, ocena określonych funkcji;
- prognoza odnośnie do nabywania umiejętności szkolnych;
- podjęcie działań profilaktycznych;
- wykrycie dzieci z grupy ryzyka zaburzeń rozwojowych;
- planowanie oddziaływań edukacyjnych i metod pracy dostosowanych do potrzeb i możliwości uczniów;
- ocena skuteczności podejmowanych przez nauczyciela oddziaływań i weryfikacja przyjętych metod pracy;
- ocena postępów rozwojowych lub edukacyjnych;
- rozpoczęcie procesu diagnostycznego i przekierowanie dziecka do poradni psychologiczno-pedagogicznej na profesjonalną diagnozę prowadzoną przez zespół specjalistów.

Ostatni z wymienionych punktów mówi o kolejnym, drugim etapie diagnozy edukacyjnej – badaniach specjalistycznych prowadzonych przez poradnię psychologiczno-pedagogiczne. Celem tego działania jest przede wszystkim:

- ocena poziomu funkcjonowania dziecka w różnych aspektach: poznawczym, społecznym, emocjonalnym, fizycznym;
- rozpoznanie występowania (lub niewystępowania) danego zjawiska (zaburzenia czy choroby), zrozumienie jego uwarunkowań, mechanizmów i dynamiki – wyjaśnienie wpływu deficytów lub mocnych stron oraz objawów na codzienne funkcjonowanie dziecka;
- wskazanie sposobów dalszego postępowania i sformułowanie tzw. zaleceń dla dziecka, jego rodziny, nauczycieli, innych specjalistów;
- prognozowanie wariantów rozwoju;
- ewaluacja podjętej interwencji, badania kontrolne (Stemplewska-Żakowicz, 2009).

Należy podkreślić, że zakres i sposób prowadzenia diagnozy oraz kompetencje osób jej dokonujących na pierwszym i drugim etapie są zupełnie różne (Krasowicz-Kupis, Wiejak, Gruszczyńska, 2014). Niemniej jednak informacje uzyskane w obu etapach powinny być ze sobą integrowane. Diagnozy z poradni psychologiczno-pedagogicznej mają ograniczone możliwości obserwacji dziecka w naturalnych warunkach, zatem informacje o jego codziennym funkcjonowaniu w placówce oświatowej mogą być niezwykle cennym uzupełnieniem tych, które specjaliści uzyskują jedynie z próbek zachowania podczas spotkań w poradni, a zatem przeważnie w nowym, obcym dla dziecka środowisku, w sztucznej sytuacji.

Efektem diagnozy specjalistycznej, oprócz opracowania i przekazania wyników, może być przejście do trzeciego etapu w modelu diagnozy edukacyjnej, czyli podjęcia szeroko zakrojonej interwencji w najbliższym środowisku dziecka (dom, placówka oświatowa), jak i w poradni psychologiczno-pedagogicznej, lekarskiej czy innej odpowiedniej placówce. Interwencja, jeśli jest wymagana, powinna obejmować nie tylko pracę indywidualną nad usprawnianiem ewentualnych deficytów, ale przede wszystkim psychoedukację środowiska, w celu stworzenia dziecku optymalnych warunków rozwojowych (McLean, Cripe, 1997).

Badania przesiewowe w placówkach oświatowych

W świetle dotychczas przedstawionych informacji na temat konsekwencji edukacyjnych, emocjonalnych i psychospołecznych zaburzeń w sferze języka i komunikacji oraz korzyści płynących z wykonywania diagnozy przesiewowej na terenie placówki oświatowej w celu oceny poziomu rozwoju językowego oraz wykrycia dzieci z grupy ryzyka zaburzeń językowych, postulat powszechnej konieczności wykonywania takich badań wydaje się być oczywisty. Pozostaje pytanie: W jaki sposób taka diagnoza przesiewowa miałaby być wykonywana oraz czy nauczyciele mają kompetencje do jej przeprowadzania?

Jednym z podstawowych narzędzi diagnostycznych w psychologii jest obserwacja. Nauczyciele na co dzień dokonują obserwacji uczniów, choć nie zawsze są to działania celowe i uświadomione. Istnieje ryzyko, że wnioski nauczycieli na temat funkcjonowania czy umiejętności dzieci są wysuwane na podstawie intuicji, pewne zjawiska zaś mogą być błędnie interpretowane z powodu braku wiedzy na temat np. określonego zaburzenia rozwojowego. Geoff Dockrell i Julie Lindsay (2000) pytali brytyjskich nauczycieli o problemy i potrzeby edukacyjne dzieci ze specyficznymi trudnościami w rozwoju językowym⁹. 21% badanych stwierdziło, że nigdy nie słyszało o takim zjawisku i nie wie, co ono znaczy. 15% badanych wskazywało jedynie na trudności w artykulacji dźwięków mowy u tych dzieci. Część osób tworzyła analogię do specyficznych trudności w uczeniu. Większość badanych nauczycieli podkreślała, że nie rozumie natury problemów takich uczniów oraz deklarowała brak wiedzy w zakresie zaburzeń językowych (*we were never taught about at college – „nie uczono nas o tym na studiach”*)¹⁰.

Mimo to diagnoza nauczycielska wykonywana na podstawie obserwacji dziecka może być trafną miarą jego umiejętności (Botting, Conti-Ramsden, Crutchley, 1997), szczególnie gdy zostaną zastosowane standaryzowane narzędzia (Snowling i in., 2011). W badaniach nad efektywnością

⁹ Autorzy używają terminu *specific speech and language difficulties*.

¹⁰ Podobne problemy zgłaszali nauczyciele w badaniu Marzeny Buchnat (2014) dotyczącym kompetencji i oczekiwań nauczycieli do pracy z dzieckiem o specjalnych potrzebach edukacyjnych (z lekką niepełnosprawnością intelektualną). 56% respondentów nie miało żadnej wiedzy na temat pracy z osobami z lekką niepełnosprawnością umysłową, większość miała niskie poczucie przygotowania do takich działań i deklarowała potrzebę wsparcia w tej dziedzinie.

diagnozy nauczycielskiej (m.in. Snowling i in., 2011; Snowling, 2013; Wiejak, Krasowicz-Kupis, Błaszczak, 2016) wyniki w skalach przesiewowych były zgodne z pomiarem wykonanym za pomocą obiektywnych narzędzi diagnostycznych.

A zatem w budowaniu standardów nauczycielskiej diagnozy przesiewowej pod kątem rozpoznania dzieci z grupy ryzyka zaburzeń językowych warto docenić rolę ukierunkowanej obserwacji z wykorzystaniem standaryzowanych narzędzi. Przydatne mogą się tu okazać dwie skale przeznaczone dla nauczycieli: *Język i komunikacja JK* (Kochańska, Łuniewska, 2015) oraz *Skala Prognoz Edukacyjnych SPE* (Wiejak, Krasowicz-Kupis, Bogdanowicz, 2015)¹¹. Pierwsze z wymienionych narzędzi przeznaczone jest do identyfikacji dzieci z trudnościami w obszarze języka i komunikacji na początku ich edukacji szkolnej¹². Składa się z 50 stwierdzeń dotyczących objawów zaburzeń różnych płaszczyzn języka (fonologii, słownika, składni i dyskursu), zarówno w sferze ekspresji, jak i recepcji. Analiza wyników w poszczególnych podskalach (w szczególności w trzech kluczowych: *Ekspresja mowy, Rozumienie, Pragmatyka*) pozwala rozpoznać główne obszary trudności dziecka.

Z kolei *Skala Prognoz Edukacyjnych* służy do przesiewowej diagnozy ryzyka specyficznych zaburzeń uczenia się czytania i pisanie (dysleksji). Dostępne są dwie wersje SPE: dla rocznego przygotowania przedszkolnego (3 podskale) oraz dla I i II klasy (4 podskale). Podłożem teoretycznym, na którym opierano się przy konstrukcji narzędzia, była udokumentowana w badaniach empirycznych rola rozwoju językowego w opanowaniu czytania i pisanie. Dzieci z deficytami językowymi, szczególnie w zakresie fonologii, stanowią bowiem grupę ryzyka specyficznych trudności w uczeniu się (m.in. Brookes i in., 2011; Krasowicz-Kupis, 2008; Snowling i in., 2011), jak również grupę ryzyka zaburzeń językowych, o czym była mowa wcześniej.

W tym kontekście wyniki szczególnie z dwóch podskal: SPE-R i SPE N-I mogą okazać się bardzo przydatne w badaniu przesiewowym dzieci pod kątem ryzyka zaburzeń językowych; SPE-R informuje bowiem o wczesnym rozwoju językowym dziecka, natomiast informacje o stanie aktualnym zbierane są przy pomocy podskali SPE N-I. W badaniu z zastosowaniem

¹¹ Oba narzędzia można bezpłatnie pobrać ze strony internetowej: <http://ibe.edu.pl/pracownikiatestow/>.

¹² Aktualnie skala ma normy dla I klasy. Docelowo planowane są również badania normalizacyjne wśród uczniów klas II–VI.

obu narzędzi korelacje wyników uzyskiwanych przez te same dzieci były silne¹³ (Kochańska, Łuniewska, 2015).

Obie skale to standaryzowane narzędzia¹⁴, opracowane z uwzględnieniem Wytycznych Międzynarodowej Komisji ds. Testów (2000). Cechuje je wysoka rzetelność¹⁵ i trafność¹⁶. Mają aktualne normy, dzięki czemu możliwe jest odniesienie wyniku dziecka do wyników uzyskiwanych przez rówieśników. Normy przedstawiono na skalach standaryzowanych, a punkty odcięcia są jasno określone (25 centyl w skali JK oraz 3 sten w skali SPE), co ułatwia interpretację wyniku oraz ocenę ryzyka zaburzeń.

Podstawą wypełniania obu skal jest ustrukturyzowana obserwacja. Osoba udzielająca odpowiedzi w kwestionariuszu w wypadku każdego dziecka ocenia dokładnie te same zjawiska i określa ich natężenie na skali punktowej. Szczegółowe wytyczne zawarte w podręcznikach ukierunkowują nauczyciela, wskazując, na jakie istotne elementy (uzasadnione teoretycznie) należy zwracać uwagę. Wypełniając kwestionariusz, osoba badająca odnosi się do świadomie zaobserwowanych faktów, a nie tego, co jej się wydaje, że wie o dziecku.

Zastosowanie takich narzędzi pozwala na dokonanie w miarę zobiektywizowanego pomiaru w standaryzowanych warunkach, a zatem minimalizuje ryzyko błędu w ocenie umiejętności dziecka. Ponadto wspiera badania przesiewowe w placówce oświatowej, odciążając nauczyciela poprzez dostarczenie gotowego narzędzia wspierającego cały proces

¹³ Współczynniki korelacji *rho* Spearmana wyników skali JK i poszczególnych podskal SPE: SPE N-I: $r = -0,74$; SPE N-II (nabywanie czytania i pisanie): $r = -0,61$; SPE-R: $r = -0,35$. Wszystkie korelacje są istotne przy $p < 0,001$.

¹⁴ Standaryzacja testu oznacza ujednoczenie warunków badania (ustalanych, sprawdzanych i optymalizowanych już na etapie pilotaży), co umożliwia porównywanie wyników różnych osób badanych tym samym narzędziem w odmiennym czasie i miejscu.

¹⁵ Rzetelność to miara dokładności pomiaru, innymi słowy – na ile dobrze narzędzie mierzy to, co mierzy (Hornowska, 2007). Maksymalny możliwy współczynnik rzetelności α wynosi 1. Dla skali JK $\alpha = 0,95$, a dla SPE: $\alpha = 0,87$ (wersja dla RPP) i $\alpha = 0,91$ (wersja dla I klasy).

¹⁶ Trafność określa, czy dane narzędzie mierzy założony przez autorów konstrukt teoretyczny, np. iloraz inteligencji lub poziom umiejętności językowych (Hornowska, 2007). Trafność treściowa obu skal była sprawdzana za pomocą siły korelacji wyników z pomiarem uzyskanym dzięki zastosowaniu obiektywnych narzędzi diagnostycznych. Przykładowo współczynnik korelacji *rho* Spearmana wyników skali JK i testu TRJ wynosi $r = -0,44$; $p < 0,001$. Więcej informacji na ten temat znajduje się w podręcznikach do obu narzędzi (Kochańska, Łuniewska, 2015; Wiejak, Krasowicz-Kupis, Bogdanowicz, 2015).

diagnostyczno-interwencyjny, w tym wiedzy i wskazówek na temat objawów zaburzeń w obszarze języka i komunikacji oraz czytania i pisania.

Dane zebrane w toku obserwacji niezbędnej do wypełnienia kwestionariuszy stanowią cenne informacje na temat tego, jak dziecko funkcjonuje na co dzień w najbliższym otoczeniu. Są więc istotnym elementem diagnozy funkcjonalnej dziecka, prowadzonej zarówno przez placówkę oświatową, jak i specjalistyczną poradnię (dostarczają specjalistom takiej wiedzy na temat dziecka, która mogłaby być trudna do zaobserwowania podczas pojedynczych wizyt w poradni).

Trafność diagnozy funkcjonalnej z zastosowaniem obu omawianych narzędzi potwierdziło badanie na ponad 1200 uczniach uczęszczających do pierwszej klasy w roku szkolnym 2014/2015 (Kaczan i in., 2017). Na podstawie wyników w skalach JK i SPE została wyłoniona grupa dzieci ryzyka zaburzeń uczenia się (zaburzeń językowych oraz dysleksji łącznie). Następnie przeanalizowano wyniki tej grupy dzieci w testach badających różne sfery rozwoju, w tym umiejętności poznawcze, społeczno-emocjonalne i językowe (*Test Umiejętności na Starcie Szkolnym TUNSS, Skale Rozwoju i Inteligencji IDS*). Wyróżnioną grupę ryzyka charakteryzował istotnie niższy poziom w zakresie umiejętności szkolnych, tj. czytania, zdolności matematycznych oraz pisania, a także niższy poziom umiejętności poznawczych mierzonych za pomocą skal IDS w stosunku do dzieci, których wyniki w skalach przesiewowych nie wskazywały na ryzyko zaburzeń.

Dobre praktyki diagnostyczne

Współczesny model diagnozy psychologicznej, promowany m.in. przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (APA, 2006), traktuje diagnozowanie jako kompetencję profesjonalną (Stemplewska-Żakowicz, 2009). Proces ten ma jasno określony cel, przebieg i sposób rozumowania, podlega też wymogowi naukowości, co pozwala na ograniczenie zniekształceń poznawczych i wnioskowania na podstawie intuicji. Osoba dokonująca diagnozy ma mieć nie tylko umiejętności czy etyczną postawę, ale także powinna się opierać na aktualnej wiedzy naukowej, popartej dostępnymi dowodami z badań empirycznych. Takie podejście do diagnozy (diagnozowanie oparte na dowodach empirycznych – ang. *Evidence-Based Assessment EBA*) wywodzi się z szerszego nurtu praktyki opartej na

dowodach empirycznych (ang. *Evidence Based Practice EBP*)¹⁷, która rekomendowana jest w wielu obszarach działalności człowieka (m.in. w medycynie, psychologii, logopedii, edukacji, pracy socjalnej).

Podstawowe postulaty *podjęcia* EBA zakładają, że osoba dokonująca diagnozy:

- ma biegłość praktyczną, tzn. potrafi zaplanować, przeprowadzić i dokonać ewaluacji procesu diagnostycznego (od określenia celu diagnozy po sposoby interwencji), a także ma niezbędne kompetencje społeczne, w tym umiejętności interpersonalne i postawą etyczną;
- dokonuje krytycznej oceny doniesień z badań naukowych pod kątem użyteczności w praktyce diagnostycznej (integracja wiedzy z praktyką);
- uwzględnia kontekst sytuacyjny jednostki (cechy indywidualne, pochodzenie, status socio-ekonomiczny, właściwości kultury, z której pochodzi osoba badana);
- posługuje się jasnymi i powtarzalnymi regułami wnioskowania diagnostycznego, korzysta z ustrukturyzowanych metod i procedur (standardów diagnostycznych dla danego rodzaju zaburzenia, które pozwalają na porównywanie wyników różnych osób);
- integruje w diagnozie podejście ilościowe (obiektywne techniki pomiaru, tj. znormalizowane i wystandaryzowane narzędzia) i jakościowe (wywiad, obserwacja, próby kliniczne, analiza wytworów), nomotetyczne i idiograficzne;
- używa wiarygodnych technik pomiaru (APA, 2006; Stemplewska-Żakowicz, 2009).

W kontekście tego, co wiemy dziś na temat zaburzeń językowych oraz w świetle wymienionych postulatów płynących z EBA, nowoczesna diagnoza zaburzeń językowych powinna być:

- wielospecjalistyczna (psychologiczna, psychiatryczna, logopedyczna, medyczna: w tym neurologiczna i laryngologiczna), uwzględniająca

¹⁷ Aby taki model diagnozy mógł być praktykowany, niezbędna jest sprzyjająca polityka państwa podążająca za zmieniającą się wiedzą naukową, co przejawia się m.in.:

- w rozumieniu, nazywaniu i określaniu zjawisk zgodnie z aktualnym stanem wiedzy naukowej;
- w zmianie przepisów dotyczących diagnozowania, by odpowiadały aktualnej wiedzy;
- w promowaniu i finansowaniu dobrych praktyk diagnostycznych oraz programów terapeutycznych o potwierdzonej w badaniach naukowych skuteczności;
- w poszukiwaniu rozwiązań z uwzględnieniem wzorców postępowania wypracowanych w innych krajach.

- informacje płynące z badań i opinii specjalistycznych, wskazujące, czy mamy do czynienia z pierwotnym, tudzież wtórnym zaburzeniem;
- kliniczna i różnicowa (uwzględniająca objawy i kryteria włączające);
 - uwzględniająca heterogeniczność zaburzenia, a także zmienność i nasilenie symptomów w czasie (Bishop, 1997; Leonard, 2006);
 - opisująca: nasilenie (głębokość) problemu, przebieg, wzorzec mowy i współwystępujące problemy (WHO, 1993);
 - psychometryczna, czyli z zastosowaniem narzędzi spełniających kryteria dobroci testu, takich jak: obiektywność (niezależności wyników testowania od tego, kto go stosuje), standaryzacja (jednolitość warunków badania, umożliwiająca odnoszenie wyniku dziecka do norm), rzetelność, trafność, normalizacja (opracowanie norm, dzięki którym wiadomo, co oznacza wynik danej osoby) i właściwa adaptacja w wypadku testów obcojęzycznych (Hornowska, 2007; Stemplewska-Żakowicz, 2009).

Powszechnie stosowanym kryterium diagnozy zaburzeń językowych na świecie jest znacznie obniżony wynik dziecka w standaryzowanym i normalizowanym teście językowym (Bishop, 1999, 2008; Leonard, 2006; Reed, 2012; Krasowicz-Kupis, 2012) w stosunku do normy dla populacji. Do niedawna nie dysponowaliśmy w Polsce testem pozwalającym rozpoznać, czy poziom rozwoju językowego dziecka odbiega od normy dla rówieśników, ponieważ na rynku polskim praktycznie nie było narzędzi spełniających kryteria dobroci testów. Większość narzędzi, którymi posługiwali się psychologowie i logopedzi, oceniając umiejętności językowe dziecka, nie spełniało wymogów stawianych przez Międzynarodową Komisję ds. Testów (ITC, 2000)¹⁸.

Pod koniec 2015 r. ukazał się *Test Rozwoju Językowego TRJ* (Smoczyńska, 2015a) – kompleksowe narzędzie pozwalające na obiektywną, psychometryczną ocenę ekspresji i rozumienia mowy w zakresie słownictwa, gramatyki i dyskursu u dzieci w wieku 4–9 lat. Test został stworzony na podstawie wiedzy naukowej na temat rozwoju językowego dzieci polskich, tak by odzwierciedlał specyfikę nabywania języka polskiego. Przeszedł szereg badań pilotażowych, ma zadowalające własności

¹⁸ Oceny dostępnych narzędzi pod tym kątem dokonano m.in. w: Krasowicz-Kupis, Wiejak, Gruszczynska, 2014; Smoczyńska i in., 2015a.

psychometryczne¹⁹ oraz normy w półrocznych przedziałach (ogólne i w podziale na płeć). Proces powstawania testu, jego podłoże teoretyczne, procedura badania i obliczania wyników, własności psychometryczne pozycji testowych (tj. trudność poszczególnych pozycji czy ich moc dyskryminacyjna) oraz przebieg i wyniki badań normalizacyjnych zostały szczegółowo opisane w podręczniku. Normy opracowano na reprezentatywnej próbie dzieci polskojęzycznych, warstwowanej pod względem regionu (sześć regionów wg GUS), wielkości miejscowości zamieszkania i wykształcenia rodziców, tak by grupa badana odzwierciedlała strukturę populacji.

TRJ służy do diagnozy przesiewowej oraz specjalistycznej pod kątem zaburzeń językowych.

Co ważne – jest przeznaczony do stosowania zarówno przez psychologów, jak i logopedów.

W TRJ otrzymujemy trzy rodzaje wyników: ogólny, w poszczególnych zadaniach, w podskalach: produkcja, rozumienie, słownik, gramatyka. Otrzymywany w badaniu profil językowy dziecka pozwala ukierunkować terapię w zależności od rodzaju i natężenia występujących u dziecka deficytów. Oprócz uzyskania wyniku liczbowego na skali staninowej lub centylowej, który można obiektywnie porównać z wynikami dzieci w tym samym wieku i tej samej płci, TRJ umożliwia także jakościową ocenę odpowiedzi dziecka, wskazując np. jakich konkretnie konstrukcji gramatycznych dziecko jeszcze nie opanowało lub jakiego rodzaju błędy gramatyczne popełnia.

Podsumowanie

W zakresie diagnozowania zaburzeń językowych w Polsce jest ciągle bardzo dużo do zrobienia: od uzgodnienia jednolitej terminologii, przez wypracowanie standardów diagnostycznych (z wykorzystaniem wiarygodnych narzędzi psychometrycznych), psychoedukację środowiska, wypracowanie regulacji w systemie orzecznictwa oświatowego, po opracowanie

¹⁹ Rzetelność: $\alpha = 0,78-0,85$. Trafność treściowa: istotne korelacje TRJ m.in. z *Testem Powtarzania Pseudosłów*: $r = 0,40-0,65$; *Zetotestem*: $r = 0,30-0,59$; *Baterią Testów Fonologicznych*: $r = 0,12-0,48$; *Skalą Prognoz Edukacyjnych*: $r = 0,17-0,42$. Por. informacje o korelacjach ze skalą JK w przypisie 15. Natomiast badania nad trafnością kryterialną TRJ (prognostyczną i diagnostyczną) są w toku.

efektywnych metod interwencji na poziomie najbliższego środowiska dziecka i terapii indywidualnej.

Diagnoza zaburzeń językowych jest procesem wieloetapowym, obejmującym wczesne badania przesiewowe w okresie przedszkolnym, wczesnoszkolnym oraz regularną ewaluację podjętych działań (rozpoznania i zastosowanych metod interwencji) i angażującym specjalistów z wielu dziedzin. Wymaga nie tylko oceny klinicznej, lecz także wykonania badań specjalistycznych oraz testów diagnostycznych w zakresie różnych aspektów rozwoju poznawczego. Należy jednak pamiętać, że odpowiedzialność za diagnozę jest zawsze po stronie badacza. Musi on mieć kluczowe kwalifikacje, aktualną wiedzę naukową (niezależnie od tego, w jakim nurcie pracuje) oraz etyczną postawę. Niezbędna jest także znajomość zagadnień z zakresu psychometrii, w celu oceny stosowanych narzędzi (w tym wnikliwej analizy informacji z podręcznika). Diagnozę stawia osoba badająca, a nie test, który ma swoje ograniczenia. Wyniki testów nie są główną podstawą rozpoznania określonego zaburzenia czy stwierdzenia jego braku (np. ze względu na błąd pomiaru), a jedynie wskazówką do interpretacji wszystkich uzyskanych w procesie diagnostycznym danych.

Podstawą podjęcia określonych czynności w procesie diagnostycznym powinno być rozpoznanie, jaki wpływ na codzienne funkcjonowanie dziecka mają jego deficyty i ich objawy, a także świadomość, jakie konsekwencje dla dziecka i jego rodziny będzie miał efekt uzyskany w procesie diagnostycznym (np. „nadanie” określonej etykiety diagnostycznej).

Dzieci z zaburzeniami językowymi uruchamiają wiele mechanizmów kompensacyjnych, które pozwalają im „obchodzić” problem. Sięgają więc nieraz po zupełnie nowatorskie i niekonwencjonalne rozwiązania (Czaplewska i in., 2014). Ponadto (tak jak wszystkie dzieci) mają szereg talentów i rodzajów inteligencji, którymi jednak nie zawsze mogą się wykazać, ze względu na dominujący w placówkach oświatowych przekaz werbalny. Z tego powodu rekomendowane jest rozpoznanie w czasie diagnozy zarówno mocnych, jak i słabych stron dziecka. Wydobycie tego, co w dziecku najlepsze i świadome bazowanie na jego pozytywnych aspektach funkcjonowania. Z zaburzeń językowych nie da się wyrosnąć, czy wyleczyć, można jedynie, oprócz usprawniania obszaru deficytowego, niwelować ich dalekosiężne skutki (psychologiczne, społeczne, emocjonalne, edukacyjne i zawodowe).

Bibliografia

- [APA] American Psychiatric Association (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61(4), 271–285.
- [APA] American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5* (5. wyd.). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Baker, L., Cantwell, D. (1982). Psychiatric disorders in children with different types of communication disorders. *Journal of Communication Disorders*, 15, 113–126.
- Bishop, D.V.M. (1997). Cognitive Neuropsychology and developmental disorders: Uncomfortable bedfellows. *The Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 50a(4), 899–923.
- Bishop, D.V.M. (1999). Perspectives: cognition. An innate basis for language? *Science*, 286 (5448), 2283–2284.
- Bishop, D.V.M. (2008). Specific language impairment, dyslexia and autism. Rusing genetics to unravel their relationship. W: C.F. Norbury, J.B. Tomblin, D.V.M. Bishop (red.), *Understanding developmental disorders* (s. 67–78). New York: Psychology Press.
- Botting, N., Conti-Ramsden, G., Crutchley, A. (1997). Concordance between teacher/therapist opinion and formal language assessment scores in children with language impairment. *European Journal of Disorders of Communication*, 32(3), 317–327.
- Brookes, G., Ng, V., Lim, B.H., Tan, W. P., Lukito, N. (2011). The computer-based Lucid Rapid Dyslexia Screening for the identification of children at risk of dyslexia: a Singapore study, *Educational & Child Psychology*, 28(2), 33–51.
- Buchnat, M. (2014). Kompetencje i oczekiwania nauczyciela do pracy z dzieckiem ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi. Komunikat z badań. *Studia Edukacyjne*, 31.
- Clegg, J., Hollis, C., Mawhood, L., Rutter, M. (2005). Developmental language disorders. A follow-up in later adult life. Cognitive, language, and psychosocial outcomes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 128–149.
- Cohen, N.J. (2005). The Impact of Language Development on the Psychosocial and Emotional Development of Young Children. *Encyclopedia on Early Childhood Development*, 2002, 1–7.
- Cohen, N.J. (1996). Psychiatrically disturbed children with unsuspected language impairments: Developmental differences in language and behaviour. W: J. Beitchman, N.J. Cohen, M.M. Konstantareas, R. Tannock (red.), *Language, Learning and Behaviour Disorders. Emerging Perspectives* (s. 105–127). New York: Cambridge University Press.
- Conti-Ramsden, G., Mok, P.L., Pickles, A., Durkin, K. (2013). Adolescents with a history of specific language impairment (SLI): Strengths and difficulties in social, emotional and behavioral functioning. *Research in Developmental Disabilities*, 34(11), 4161–4169.
- Czaplewska, E. (2012). *Rozumienie pragmatycznych aspektów wypowiedzi przez dzieci ze specyficznym zaburzeniem językowym SLI*. Gdańsk: Harmonia Universalis.
- Czaplewska, E., Kochańska, M., Maryniak, A., Haman, E., Smoczyńska, M. (2014). *SLI – specyficzne zaburzenie językowe*. Warszawa: Instytut Badań Edukacyjnych.

- Daal, J. van, Verhoeven, L., Balkom, H. van (2007). Behaviour problems in children with language impairment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48, 1139–1147.
- Dockrell, J.E., Braisby, N., Best, R.M. (2001). Patterns of naming objects and actions in children with word finding difficulties. *Language and Cognitive Process*, 16(2–3), 262–286.
- Dockrell, J.E., Lindsay, G. (2001). Children with Specific Speech and Language Difficulties: The Teachers' Perspective. *Oxford Review of Education*, 27(3), 369–394.
- Ellis Weismer, S. (2007). Typical talkers, late talkers, and children with specific language impairment: A language endowment spectrum? W: R. Paul (red.), *Language disorders from a developmental perspective: Essays in honor of Robin S. Chapman* (s. 83–101). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Enderby, P., Pickstone, C. (2005). How many people have communication disorders and why does it matter? *Advances in Speech Language Pathology*, 7(1), 8–13.
- Frydrychowicz, A., Koźniewska, E., Matuszewski, A., Zwierzyńska, E. (2006). *Skala Gotowości Szkolnej. Podręcznik*. Warszawa: CMPP-P.
- Girolametto, L., Weitzman, E., Greenberg, J. (2004). The effects of verbal support strategies on small group peer interactions. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 35, 256–270.
- Główny Urząd Statystyczny (2016). *Rocznik demograficzny 2016*. Warszawa: Zakład Wydawnictw Statystycznych.
- Halpern, R. (2000). Early intervention for low-income children and families. W: J.P. Shonkoff, S.J. Meisels (red.). *Handbook of Early Childhood Intervention* (s. 361–386). New York: Cambridge University Press.
- Hornowska, E. (2007). *Testy psychologiczne. Teoria i praktyka*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Hulme, C., Snowling, M.J. (2009). *Developmental Disorders of Language, Learning and Cognition*. Chichester: Wiley-Blackwell.
- [ITC] International Test Commission (2000). *Wytyczne Międzynarodowej Komisji ds. Testów (International Test Commission – ITC) z 2000 roku dotyczące stosowania testów: wersja polska* (T. Szustrowa, tłum.). Tłumaczenie autoryzowane przez Polskie Towarzystwo Psychologiczne. Pobrano z http://www.practest.com.pl/files/ITC-Stosowanie_testow.pdf.
- Kaczan, R., Kochańska, M., Wiejak, K., Krasowicz-Kupis, G. (2017). *Diagnoza funkcjonalna kluczowych umiejętności dzieci w klasie pierwszej szkoły podstawowej w kontekście ryzyka zaburzeń uczenia się*. Wystąpienie na 36. Kongresie Polskiego Towarzystwa Psychologicznego. Gdańsk, 21–24.09.2017 [materiał niepublikowany].
- Kochańska, M. (2017). Problemy związane z diagnozowaniem zaburzeń rozwoju językowego i ich konsekwencje dla edukacji. *Psychologia Wychowawcza*, 53(11).
- Kochańska, M., Kaczan, R., Rycielski, P. (2016). Metody i narzędzia diagnozowania uczniów. *Dyrektor Szkoły*, 7, 68–72.
- Kochańska, M., Łuniewska, M. (2015). *Język i komunikacja. Skala obserwacyjna dla nauczycieli. Podręcznik*. Warszawa: Instytut Badań Edukacyjnych.

- Krasowicz-Kupis, G. (2008). *Psychologia dysleksji*. Warszawa: WN PWN.
- Krasowicz-Kupis, G. (2012). *SLI i inne zaburzenia językowe*. Sopot: GWP.
- Krasowicz-Kupis, G., Kochańska, M., Bogdanowicz, K.M., Wiejak, D., Campfield, D., Łuniewska, M., Haman, E. (2015). *Jak nauczyciel może wspomagać rozwój dzieci z zaburzeniami językowymi i ryzykiem zaburzenia uczenia się? Wybrane zagadnienia*. Warszawa: Instytut Badań Edukacyjnych.
- Krasowicz-Kupis, G., Wiejak, K., Gruszczyńska, K. (2014). *Katalog metod diagnozy rozwoju poznawczego dziecka na etapie edukacji przedszkolnej i wczesnoszkolnej* (t. I). Warszawa: Instytut Badań Edukacyjnych.
- Leonard, L.B. (2006). *SLI. Specyficzne zaburzenie rozwoju językowego*. Gdańsk: GWP.
- Maryniak, A. (2011). Specyficzne zaburzenia rozwoju językowego – diagnoza, różnicowanie, rokowania. W: T. Gałkowski (red.), *Wspomaganie rozwoju małego dziecka z wadą słuchu*. Warszawa: Polski Komitet Audiofonologii.
- Maryniak, A. (2016). Zaburzenia rozwoju językowego. W: M. Jerzak (red.), *Zaburzenia psychiczne i rozwojowe u dzieci a szkolna rzeczywistość*. Warszawa: WN PWN.
- McLean, L.K., Cripe, J.W. (1997). The effectiveness of early intervention for children with communication disorders. W: M.J. Guralnick (red.), *The effectiveness of early intervention* (s. 349–428). Baltimore, Md: P. H. Brookes Pub.
- Morrison, J. (2016). *DSM-5 bez tajemnic. Praktyczny przewodnik dla klinicystów*. Kraków: Wydawnictwo UJ.
- Reed, V.A. (2012). *An Introduction to Children with Language Disorders*. US Old Tappan: Pearson Education.
- Reilly, S., Wake, M., Ukoumunne, O.C., Bavin, E., Prior, M., Cini, E. Conway, L., Eadie, P., Bretherton L. (2010). Predicting language outcomes at 4 years of age: Findings from early language in Victoria study. *Pediatrics*, 126(6), 1530–1537.
- Rescorla, L. (2009). Age 17 language and reading outcomes in late-talking toddlers: support for a dimensional perspective on language delay. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 52, 16–30.
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 30 kwietnia 2013 r. w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz.U. 2013, poz. 532).
- Scarborough, H.S., Dobrich, W. (1990). Development of children with early language delays. *Journal of Speech and Hearing Research*, 33, 70–83.
- Smoczyńska, M. (2012). Opóźniony rozwój mowy a ryzyko SLI: wyniki badań podłużnych dzieci polskich. W: J. Porayski-Pomsta, M. Przybysz-Piwko (red.), *Interwencja logopedyczna. Zagadnienia ogólne i praktyka* (s. 13–39). Warszawa: Dom Wydawniczy Elipsa.
- Smoczyńska, M. (2016). *Specyficzne zaburzenie rozwoju językowego i dysleksja jako możliwe długofalowe konsekwencje opóźnionego rozwoju mowy: III etap badań podłużnych dzieci w wieku 8 do 10 lat*. Niepublikowany raport końcowy grantu nr N106 223538. Warszawa: Instytut Badań Edukacyjnych.

- Smoczyńska, M., Haman, E., Maryniak, A., Czapplewska, E., Krajewski, G., Banasik, N., Kochańska, M., Łuniewska, M., Morstin, M. (2015a). *Test Rozwoju Językowego. Podręcznik*. Warszawa: Instytut Badań Edukacyjnych.
- Smoczyńska, M., Krajewski, G., Łuniewska, M., Haman, E., Bulkowski, K., Kochańska, M., (2015b). *Inwentarze Rozwoju Mowy i Komunikacji (IRMIK). SŁOWA I GESTY, SŁOWA I ZDANIA. Podręcznik*. Warszawa: Instytut Badań Edukacyjnych.
- Snowling, M.J. (2013). Early identification and interventions for dyslexia: a contemporary view. *Journal of Research in Special Educational Needs*, 13(1), 7–14.
- Snowling, M.J., Duff, F., Petrou, A., Schiffeldrin, J., Bailey, A.M. (2011). Identification of children at risk of dyslexia: the validity of teacher judgements using 'Phonic Phases'. *Journal of Research in Reading*, 34(2), 157–170.
- Stempewska-Żakowicz, K. (2009). *Diagnoza psychologiczna. Diagnozowanie jako kompetencja profesjonalna*. Gdańsk: GWP.
- Thal, D. (2000). *Late talking toddlers: Are they at risk?* San Diego, CA: San Diego State University Press.
- UNICEF (2013). *Dzieci w Polsce. Dane, liczby, statystyki*. Warszawa: Polski Komitet Narodowy UNICEF.
- Ustawa z 29 grudnia 2015 r. o zmianie ustawy o systemie oświaty oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. 2016, poz. 35).
- Wadman, R., Botting, N., Durkin, K., Conti-Ramsden, G. (2011). Changes in emotional health symptoms in adolescents with specific language impairment. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 46, 641–656.
- [WHO] World Health Organization (1993). The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Diagnostic criteria for research. Geneva: WHO. Wersja polska: Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (2008). Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10.
- Wiejak, K., Krasowicz-Kupis, G., Błaszczak, W. (2016). Trafność Skali prognoz edukacyjnych jako narzędzia do przesiewowej diagnozy specyficznego zaburzenia uczenia się czytania i pisanía. *Edukacja*, 139(4), 5–25.
- Wiejak, K., Krasowicz-Kupis, G., Bogdanowicz, K.M. (2015). *Skala Prognoz Edukacyjnych SPE IBE. Podręcznik*. Warszawa: Instytut Badań Edukacyjnych.
- Wytyczne Międzynarodowej Komisji ds. Testów (International Test Commission – ITC) z 2000 roku dotyczące stosowania testów: wersja polska – https://www.practest.com.pl/files/ITC-Stosowanie_test%C3%B3w.pdf, data dostępu: 17.08.2018.

WYRAŻENIE *NO* W MOWIE DZIECI W WIEKU 3–5 LAT

STRESZCZENIE

Prezentowany artykuł stanowi próbę przyjrzenia się funkcjonowaniu wyrażenia *no* w mowie dzieci w wieku 3–5 lat. Badacze wykazują, że wyrażenie to jest powszechnie stosowane w mowie spontanicznej i pełni różnorodne funkcje, m.in. segmentacji wypowiedzi, wzmocnienia rozkazów, potocznego potwierdzenia. Na podstawie analizy materiału językowego, dostępnego w korpusie SPOKES, w skład którego wchodziły wypowiedzi pięciorga dzieci, podjęto próbę odpowiedzi na pytanie, czy leksem *no* występuje w danych funkcjach także w wypowiedziach dzieci, które są na etapie rozwoju mowy.

Słowa kluczowe: metatekst, wyrażenia metatekstowe, wypowiedź, korpus

ABSTRACT

The aim of this paper is to introduce the problem of usage of the lexeme *no* in the speech of children between 3 and 5 years old [polish “no” corresponded with “well” and “yep”]. Researchers show that this lexeme is widely used in spontaneous speech and has a variety of functions, including segmentation of statements, expressive function, colloquial confirmation. Based on the analysis of the linguistic material available in the SPOKES corpus, which included the statements of five children, an attempt was made to answer the question whether *no* also occurs in the listed functions in the speech of children who are at the stage of speech development.

Key words: pragmatic markers, first language acquisition, utterance, corpus

Wprowadzenie

Prezentowany artykuł zawiera próbę przyjrzenia się funkcjonowaniu wyrażenia *no* w mowie dzieci w wieku 3–5 lat. Leksem *no*, mimo prób opisu, np. Kazimierza Ożoga (1985), Adama Dobaczewskiego (1991, 1992, 1998), Zygmunta Saloniego (1997), skrzętnie wymyka się jednoznacznemu skategoryzowaniu. *No* to wyrażenie powszechnie stosowane w mowie spontanicznej. Wspomniani badacze wykazują, że pojawia się ono w tekstach, pełniąc różnorodne funkcje, m.in. segmentacji wypowiedzi, wzmocnienia rozkazów, potocznego potwierdzenia. Jednak czy leksem *no* występuje we wspomnianych funkcjach także w wypowiedziach dzieci, które są na etapie rozwoju mowy? Aby uzyskać odpowiedź na dane pytanie, przeanalizowano wypowiedzi dzieci zawarte w korpusie SPOKES.

Już w 1983 r. Halina Zgółkowa w *Słownictwie współczesnej polszczyzny mówionej* wskazała na częste występowanie leksemu *no* w wypowiedziach. Autorka podaje, że *no* pojawiło się 1766 razy w próbie liczącej 100 tys. leksemów. Liczba ta uklasyfikowała *no* dość wysoko na liście rankingowej – na 16. pozycji (Zgółkowa, 1983, s. 138). Na wysoką częstotliwość występowania wskazuje również Narodowy Korpus Języka Polskiego. Korzystając z dostępnej wyszukiwarki PELCRA, przejrano część materiału językowego NKJP i zauważono, że w samym zrównoważonym korpusie zawierającym teksty mówione *no* pojawiło się aż około 42 tys. razy. Natomiast w Polish Child Directed Speech Corpora *no* występuje 13 789, co daje mu 46. rangę na około 45 tys. możliwych. Odnotowana wysoka frekwencyjność owego leksemu w mowie motywuje badaczy do przeprowadzenia analizy tej jednostki, lecz – jak już zauważono – jest to niełatwe zadanie. W *Słowniku języka polskiego* pod redakcją Witolda Doroszewskiego *no* zdefiniowano jako „wyraz o charakterze ekspresywnym”, który może zostać użyty w celu:

- 1) „wzmocnienia trybu rozkazującego [...]”;
- 2) „nadania szczególnego charakteru ekspresywnego [...] zdaniom i ich częściom nie zawierającym form trybu rozkazującego” (w podpunkcie tym omówione zostały także połączenia frazeologiczne, np. *no dobrze*, *no i*, *no tak*);
- 3) potocznie jako „równoważnik pytania, połączony zwykle z żywym oczekiwaniem na odpowiedź” (Doroszewski, 1963, s. 334–335).

Należy zaznaczyć, że w słowniku tym nie uwzględniono wszystkich postaci interesującego nas leksemu. Zabrakło chociażby potocznego użycia

no jako wyrażenia potwierdzającego. Postać ta została jednak odnotowana w późniejszych słownikach, takich jak np. *Słownik języka polskiego PWN* pod redakcją Mieczysława Szymczaka (1995, s. 366) czy *Słownik współczesnego języka polskiego* pod redakcją Bogusława Dunaja (1998, s. 619). W artykule hasłowym *SWJP* została również wydzielona grupa operatorów metatekstowych, gdzie *no* może występować jako sygnał rozpoczynający lub kończący wypowiedź bądź jako pauza wypełnieniowa wewnątrz wypowiedzi, która daje czas do namysłu i dzieli tekst na całości informacyjne (tamże, s. 619).

W *Innym słowniku języka polskiego* pod redakcją Mirosława Bańki (2000, s. 1037) znajdziemy rozbudowany artykuł dotyczący leksemu *no*, w którym odnotowano jego liczne funkcje:

1. Mówimy „no” w dialogu, gdy:
 - 1.1. odpowiadamy komuś twierdząco (wykrzyknik);
 - 1.2. chcemy dać znać mówiącemu, że go słuchamy (wykrzyknik).
2. Słowa „no” używamy, gdy:
 - 2.1. chcemy wzmocnić naszą wypowiedź i zwrócić na nią szczególną uwagę słuchającego (wykrzyknik);
 - 2.2. chcemy nawiązać do wypowiedzi rozmówcy lub do sytuacji, zmienić temat, zakończyć ją lub spowodować określone działanie (wykrzyknik);
 - 2.3. zastanawiamy się nad czymś lub się wahamy (wykrzyknik);
 - 2.4. szukamy właściwego słowa lub próbujemy sobie coś przypomnieć (wykrzyknik);
 - 2.5. poprawiamy lub modyfikujemy coś, co właśnie powiedzieliśmy (wykrzyknik).
3. Słowa „no” używamy, zwykle z formą trybu rozkazującego czasownika, aby wzmocnić nasze polecenie lub prośbę, niekiedy nadając im odcień pogroźki lub zapowiedzi czegoś (partykuła postpozycyjna).
4. Słowa „no” używamy:
 - 4.1. na początku fragmentu wypowiedzi, który chcemy podkreślić (partykuła prepozycyjna);
 - 4.2. na początku zdania, aby nawiązać do wcześniejszej wypowiedzi lub wpłynąć na przebieg rozmowy, np. zmienić jej temat, zakończyć ją lub poprosić o wypowiedź naszego rozmówcę (partykuła prepozycyjna).

5. Słowo „*no*” powtarzamy, alby wyrazić różne uczucia. W zależności od informacji może to być zdziwienie, podziw, groźba i in. (wykrzyknik).
6. Słowo „*no*” jest używane też w następujących wyrażeniach.
 - 6.1. Wyrażeniem „*a no*” poprzedzamy fragment wypowiedzi, który chcemy podkreślić (partykuła prepozycyjna).
 - 6.2. Mówimy „*no tak*”, aby wyrazić swoje niezadowolenie z czegoś (wykrzyknik).
 - 6.3. Mówimy „*no nie*”, kiedy wyrażamy niedowierzanie i zaskoczenie (wykrzyknik).
 - 6.4. Mówimy „*no chyba*”, „*no jasne*”, „*no pewnie*” lub „*no pewno*”, gdy chcemy coś zdecydowanie podkreślić (wykrzyknik).
 - 6.5. Mówimy „*No i?*”, aby nakłonić rozmówcę do kontynuowania wypowiedzi (wykrzyknik).
 - 6.6. Mówimy „*no wiesz*”, „*no wie pan*”, „*no wie pani*” itd., kiedy jesteśmy zdziwieni czymś (wykrzyknik).
 - 6.7. Mówimy „*no proszę*”, gdy wyrażamy zaskoczenie z jakiegoś powodu (wykrzyknik).

Próby opisu wyrażenia *no* – poza zapiskami w postaci haseł słownikowych – podejmowane był również w pracach językoznawczych i artykułach. Ożóg (1985) w pracy poświęconej wyrazom częstym w polszczyźnie mówionej uznał *no* za leksem asyntagmatyczny, czyli niewchodzący w relacje syntaktyczne ze składnikami zdania/wypowiedzenia, oraz przedstawił rodzaje pełnionych przez niego funkcji. Wydziela on funkcje semantyczne, które mają na celu wyrażenie nastawienia emocjonalnego nadawcy do przedmiotu komunikacji, oraz funkcje asemantyczne, w których to *no* jest leksemem organizującym tekst mówiony (tamże, s. 149). Opracowania cech składniowych i semantycznych leksemu *no* podjął się także Dobaczewski (1991, s. 328–335). Przeprowadzona przez niego analiza doprowadziła do wyłonienia trzech postaci nieodmiennego leksemu *no*:

- 1) *no* postpozycyjne, które wchodzi w relację syntaktyczną z czasownikiem w formie trybu rozkazującego oraz przypuszczającego (jeśli pełni funkcję imperatywną), np. *Nie wykręcisz się sianem. Stawaj no teraz, stawaj, bo powiem, że strach cię oblatuje!*¹ (SJPDor.);

¹ Przykłady zdaniowe oraz ich źródła podaję za autorem.

- 2) *no* prepozycyjne, które może być w pozycji inicjalnej dodane do każdego wypowiedzenia, np. *Chwila wytchnienia, no i dalej w drogę!* (SJP-Dor.);
- 3) *no* występujące samodzielnie i konstytuujące wypowiedzenie zależne od kontekstu, np. *Idziesz z nami? – No.* (SJP-Dor.)

Maciej Grochowski (1997, s. 26–27) natomiast zakwalifikował *no* do grupy modyfikatorów deklaratywności, czyli leksemów nieodmiennych, które nie funkcjonują samodzielnie jako wypowiedzenia. Autor, podobnie jak Dobaczewski, podkreśla, że modyfikator *no* może zajmować pozycję inicjalną jak i postpozycyjną, np. *Usiądź no trochę bliżej!*

Każda próba opisu leksemu *no* charakteryzowała się nieco innym ujęciem, co pozwala sądzić, że lingwistyczny opis znaczenia i funkcji tej jednostki nastrocza wiele trudności. Wszystkie wymienione prace skupiały się na użyciu *no* w mowie ogólnej, jaką posługuje się przeciętny dorosły użytkownik języka. Nikt jednak nie podjął się jeszcze analizy użycia leksemu *no* w wypowiedziach dzieci, których kompetencja językowa i komunikacyjna dopiero się kształtują. We wspomnianych tekstach analizy takiej nie znajdziemy. Temat ten nie został również podjęty w opracowaniach poświęconych rozwojowi mowy dziecka, np. Leona Kaczmarka (1953), Pawła Smoczyńskiego (1955), Marii Zarębiny (1980), Marii Kielar-Turskiej (1989), Marii Przetacznik-Gierowskiej (1994), Józefa Porayskiego-Pomsty (2007, 2011), dlatego w prezentowanym artykule zostanie przybliżona kwestia posługiwania się wyrażeniem *no* przez dzieci 3–5-letnie.

Materiał językowy, stanowiący przedmiot analizy, zaczerpnięty został z korpusu językowego SPOKES. Korpus ten zawiera transkrypcję swobodnych wypowiedzi dzieci, a także ich rozmów z członkami rodziny, dzięki czemu możliwe jest zbadanie użycia danej jednostki językowej w rzeczywistych wypowiedziach, a nie w kontekstach wypreparowanych na potrzeby analizy. Należy podkreślić, że w korpusie SPOKES udostępnione są również nagrania audio wypowiedzi, co – zważywszy na lingwistyczną funkcję środków prozodycznych – było bardzo istotne podczas interpretacji. Podano analizie wszystkie nagrania wypowiedzi dzieci w przedziale wiekowym 3–5 lat dostępne w korpusie SPOKES. Oto jaki pozyskano materiał:

- cztery nagrania mowy 3-letniej dziewczynki (D3) o łącznej liczbie 75 wypowiedzi, gdzie jedna wypowiedź składała się średnio z 1,45 wyrazu;
- 12 nagrań mowy 3-letniego chłopca (C3) o łącznej liczbie 1046 wypowiedzi, gdzie jedna wypowiedź składała się średnio z 3,54 wyrazu;

- jedno nagranie mowy 4-letniego chłopca (C4) – 213 wypowiedzi, gdzie jedna wypowiedź składała się średnio z 3,54 wyrazu;
- siedem nagrań mowy 5-letniej dziewczynki (D5) o łącznej liczbie 488 wypowiedzi, gdzie jedna wypowiedź składała się średnio z 4,19 wyrazu;
- dwa nagrania mowy 5-letniego chłopca (C5) o łącznej liczbie 56 wypowiedzi, gdzie jedna wypowiedź składała się średnio z 2,46 wyrazu².

Jak łatwo zauważyć, rozwój mowy poszczególnych dzieci, których wypowiedzi poddano analizie, znajduje się na różnych etapach, dlatego też ich umiejętności budowania wypowiedzi nie są takie same. Poza tym należy podkreślić, że dostępne korpusy nie dostarczają jeszcze wystarczającej liczby nagrań mowy dzieci w wybranych przedziałach wiekowych, aby móc mówić o prowadzeniu badań na reprezentatywnym materiale językowym. W celu zebrania odpowiedniej ilości materiału należy zaprojektować badania własne. Z konieczności zatem wnioski płynące z prezentowanej analizy można tylko w ograniczonym stopniu i z dużą ostrożnością uogólniać i odnosić do umiejętności dzieci w danym wieku.

Do dalszej analizy z podanych wcześniej wypowiedzi zostały wybrane jedynie te, które zawierały leksem *no*. W ten sposób wyłoniono 77 wypowiedzi: 16 wypowiedzi C3, dwie wypowiedzi C4, 55 wypowiedzi D5, cztery wypowiedzi C5. Jedynie w wypowiedziach trzylatki nie odnotowano żadnego użycia *no*. Analiza zebranego materiału językowego opiera się na podziale zaproponowanym w ISJP, który został także przywołany we wstępnej części tego artykułu. Podział ten przewiduje szereg różnych funkcji, w jakich leksem *no* może wystąpić w wypowiedzi. W punkcie pierwszym definicji została opisana funkcja fatyczna³, której używamy, kiedy chcemy podtrzymać dialog oraz dać rozmówcy znać, że go słuchamy. Drugi punkt opisuje *no* w funkcji metajęzykowej – nadawca, wprowadzając wyrażenie *no* w swoich wypowiedziach, np. zaznacza, że coś ważnego zostanie teraz powiedziane; że modyfikuje coś, co właśnie wypowiedział. W punkcie trzecim zwrócono uwagę na leksem *no* występujący z czasownikiem w trybie rozkazującym. *No* w tym przypadku zostałyby wykorzystane w funkcji impresywnej, ponieważ nadawca chce wpłynąć na odbiorcę (wywołać pewną reakcję), wzmacnia kierowane do

² Zważywszy na to, że segmentacja wypowiedzi mówionej na wypowiedzenia jest kwestią sporną, dokonany podział został oparty na transkrypcji zamieszczonej w korpusie SPOKES.

³ Zaproponowana w ISJP klasyfikacja wyrażenia *no* została pokrótce przeanalizowana, opierając się na podziale funkcji języka Romana Jakobsona (1989).

niego polecenie lub prośbę. W punkcie czwartym mamy ponowne odwołanie się do funkcji metajęzykowej, lecz z zaznaczeniem, że *no* występuje tu w pozycji inicjalnej. Następny wyróżniony typ użycia to *no*, które jest nośnikiem uczuć – funkcja ekspresywna. W ostatniej części definicji leksemu *no* zostały podane wielosegmentowe jednostki języka, w których występuje wyrażenie *no*.

Analiza materiału językowego

Leksem *no* pojawił się w 16 wypowiedziach C3. Biorąc pod uwagę, że w korpusie SPOKES udostępniono ponad tysiąc wypowiedzi danego chłopca, 16 to nieduża liczba, jednak przyjrzyjmy się temu, w jakich funkcjach owo *no* wystąpiło.

W większości wypowiedzi chłopca *no* przyjmowało inicjalną pozycję, jedynie w *ale już się no przemalował na czarno to jest czarny*⁴ leksem *no* pojawił się w środku wypowiedzi, w funkcji przerywnika dającego czas na odnalezienie odpowiedniego słowa. Dokonując przyporządkowania wyłącznie na podstawie tego, że wyrażenie zostało użyte w pozycji inicjalnej, moglibyśmy uznać *no* w tych 15 wypowiedziach za pełniące funkcję wzmacniającą, podkreślającą to, co zostało powiedziane (*Słowa „no” używamy na początku fragmentu wypowiedzi, który chcemy podkreślić*). Bliższe przyjrzenie się użyciu tego wyrażenia w poszczególnych wypowiedziach każe jednak sądzić, że byłby to błąd, np. w przypadku wypowiedzi *no muszkę* analizowany leksem nie wystąpił w funkcji wzmacniającej czy podkreślającej, lecz sygnalizował, że mówiący zastanawia się, co powiedzieć.

Podczas analizy wielokrotnie pojawiały się trudności ze stwierdzeniem, w jakiej funkcji zostało użyte wyrażenie *no* w danej wypowiedzi. Przyjrzyjmy się wypowiedziom: *no nie całuj ja chcę się przytulić* oraz *no chodź*. W wypowiedziach tych *no* występuje w pozycji inicjalnej, po nim następuje czasownik w formie trybu rozkazującego. Dziecko wypowiada te słowa, chcąc wpłynąć na zachowanie dorosłych, o coś prosi lub domaga się czegoś, dlatego używa rozkaznika. Leksem *no* został w tym przypadku wprowadzony dla wzmocnienia funkcji czasownika. W podziale

⁴ W transkrypcji zawartej w korpusie SPOKES nie zastosowano znaków interpunkcyjnych.

zawartym w ISJP taki rodzaj zastosowania *no* nie został przewidziany. Choć wyszczególnione zostało *no* używane z formą trybu rozkazującego czasownika w celu wzmocnienia polecenia lub prośby, to niestety zostało ono ograniczone jedynie do partykuły postpozycyjnej, typu: *Pokaż no!*. Partykuły prepozycyjne zaś w artykule hasłowym ISJP zostały ujęte w punkcie 4, gdzie mowa jest o inicjalnym *no* podkreślającym fragment wypowiedzi. Podpunkt 4.1 okazuje się zbyt ogólnie ujęty, ponieważ, chcąc stosować konsekwentnie taki podział, musielibyśmy zaliczyć tu zarówno leksem *no* wzmacniający funkcję czasownika w trybie rozkazującym (np. *no chodź*), jak i *no* odnoszące się do fragmentu wypowiedzi (np. *no no do do naszego pojemnika w którym się robi ferojadki*⁵) oraz *no* podkreślające użyte w formie komentarzy metatekstowych *tak* i *dobrze* (np. *no dobrze ale ja zrobiłem*). Dlatego też punkt 3, odnoszący się do funkcji wzmacniania rozkazów w prezentowanej analizie i uwzględniający wyłącznie postpozycję, rozszerzę o partykułę prepozycyjną *no* użytą w odniesieniu do rozkaznika.

Kolejną kwestią wartą odnotowania jest wyrażenie *no tak*, w którym *no* podkreśla odpowiedź twierdzącą dziecka, np. *no no tak to będzie ostatnie*. Homograficzną formę owego wyrażenia znajdziemy w podpunkcie 6.2, jednak tam autor wymienia jedynie *no tak* wyrażające niezadowolenie. To pokazuje, jak ważne są kontekst oraz prozodia w odczytywaniu, z jakimi jednostkami języka mamy do czynienia. Widzimy to również w przypadku jednowyrazowej wypowiedzi *no*, która – w zależności od tego, z jaką intonacją zostanie wymówiona – mogłaby oznaczać potoczne potwierdzenie, zastanawianie się czy też chęć zwrócenia na siebie uwagi. W przypadku C3 wypowiedź ta oddawała proces namysłu dziecka, o której godzinie powinno się położyć spać. W celu zwrócenia na siebie uwagi chłopiec użył zwrotu *no ej*, gdzie leksem *no* posłużył jako element wzmacniający wykrzyknik.

W tabeli 1 została zamieszczona próba klasyfikacji wypowiedzi C3 zawierających leksem *no* z uwzględnieniem podziału zaproponowanego w ISJP.

⁵ Powtórzenie leksemu *no* nie jest tu zaznaczeniem procesu zastanawiania się. Biorąc pod uwagę wiek dziecka, jego wypowiedzi oraz to, na jakim etapie rozwoju mowy się znajduje, możemy przypuszczać, że powtórzenia te są wynikiem rozwojowej nie płynności mowy.

Tabela 1. Klasyfikacja wypowiedzi C3

CHŁOPIEC – 3 LATA (C3)	
Znaczenie wg ISJP	Wypowiedzi C3
Wzmocnienie wypowiedzi; przyciągnięcie szczególnej uwagi słuchacza	<ul style="list-style-type: none"> • no ej
Wyraz zastanawiania się nad czymś lub wahania	<ul style="list-style-type: none"> • no muszkę • no
Wyraz szukania właściwego słowa lub próby przypomnienia sobie czegoś	<ul style="list-style-type: none"> • ale już się no przemalował na czarno to jest czarny
Wzmocnienie polecenia lub prośby (zwykle z formą trybu rozkazującego czasownika)	<ul style="list-style-type: none"> • no nie całuj ja chcę się przytulić • no chodź
Nawiązanie do wcześniejszej wypowiedzi lub próba wpłynięcia na przebieg rozmowy (inicjalna pozycja <i>no</i>)	<ul style="list-style-type: none"> • no dobrze (2) • no dobrze ale ja zrobiłem • no tak • no tak bo znikł • no no tak to będzie ostatnie • no spadł • no będę malował ale gdzie • no no do do naszego pojemnika w którym się robi ferojadki • no jutro

W nagraniach wypowiedzi czteroletniego chłopca C4, które zaczerpnięte zostały z korpusu SPOKES, leksem *no* został użyty tylko w jednej funkcji. Dziecko wykorzystało *no* dla zakomunikowania swojemu rozmówcy, że się z nim zgadza w omawianych kwestiach, np. gdy tata oznajmił, że nie może włączyć świateł w samochodzie, ponieważ włącza się je jedynie w nocy, C4 odpowiedział twierdząco, używając potocznego potwierdzenia – *no*. Omawiany leksem wchodzi w skład wyrażen metatekstowych, a dokładnie – korzystając z klasyfikacji zaproponowanej przez Jadwigę Wajszczuk (2005, s. 116–118) – w skład komentarzy metatekstowych. Odnosząc się natomiast do podziału zawartego w ISJP, stwierdzilibyśmy, że chłopiec C4 posługuje się *no* tylko w funkcji potwierdzania, gdy mówiący odpowiada lub reaguje na czyjąś wypowiedź w dialogu. Wystąpienia komentarza metatekstowego *no* nie odnotowano zaś w wypowiedziach trzylatka C3 – posługiwał się on jedynie operatorami metatekstowymi (zob. tabela 1).

Nagrania mowy pięcioletniej dziewczynki obfitowały w wypowiedzi z segmentem *no*. D5 wplatała go w wypowiedzi w różnorodnych funkcjach, co przedstawione zostało w tabeli 2. Przeglądając to zestawienie,

Tabela 2. Klasyfikacja wypowiedzi D5

DZIEWCZYŃKA – 5 LAT (D5)	
Znaczenie wg ISJP	Wypowiedzi D5
Wzmocnienie polecenia lub prośby (zwykle z formą trybu rozkazującego czasownika)	<ul style="list-style-type: none"> • mamusiu daj no mi to • mamusiu mamó daj no • mamó? mamusiu? mamó chodź, no daj mi ją trochę • no chodź (3) • mamusiu no chodź • no chodź śpiewamy • no chodź i teraz będziemy • tatuś no chodź • tatuś no chodź bo mama • mamusiu no chodź przemyjemy sobie to • no chodź przemyjemy oczko • mamusia no chodź mi pomóż coś znaleźć • no ściągnij no no ściągnij • no zobacz Ewa • no powiedz gdzie to? • no trzymajcie się • no kochana nie bój się Ewy • że słuchaj a no zobacz no ja tak długo spałam a jeszcze chcę • no poproszę kawę • no możecie się trzymać? • no gdzie po kwiatkach?
Podkreślenie fragmentu wypowiedzi (inicjalna pozycja <i>no</i>)	<ul style="list-style-type: none"> • no słomka mi wleciała • no wygodne • no obojętnie jakie tu będzie wesele • jak dzwoni telefon a on się zgubi no to wszędzie wiedzieć gdzie on jest • tylko jak się je zakłada no to się czuje jakby się było na boso wiesz? • ja jak będzie duża no ta sama może na nią mówić • teraz nie mamy czasu no a teraz śpiewamy • mamó popękane popękane no bo zobacz • ale mi ciepło po tym kompocie możesz mi ściągnąć no bo już patrz jak zjadłam kompotu • kotlet i jak mi przypomniałaś no to poproszę ananas i kotlet

DZIEWCZYŃKA – 5 LAT (D5)	
Znaczenie wg ISJP	Wypowiedzi D5
Nawiązanie do wcześniejszej wypowiedzi lub próba wpłynięcia na przebieg rozmowy (inicjalna pozycja <i>no</i>)	<ul style="list-style-type: none"> • no bo no bo za głosem się idzie telefonu • no ale ja bym chciała teraz • no no ale dużo osób powinno tańczyć a ktoś powinien patrzeć • no ale musi być dużo ludzi tak jak ciocia • no ale wszyscy musimy • no ale później mi chodzi jak wszyscy goście będą siadać • no ale jaki mój to jest słodkie • no ale chodzi że że wszyscy przyjdą kogo ja znam • no ale zobacz • no ale ale nie tak tak • no i teraz mi spadła łyżeczka • no przecież jestem na weselu • no to może by chciała babki • no to trzymaj mnie • no to pij no bo tak • no to • no tu • no dobrze • no tak nana
Wyrażenie <i>a no</i> poprzedzające podkreślany fragment wypowiedzi	<ul style="list-style-type: none"> • a no zobacz
Wyrażenie <i>No i?</i> nakłaniające rozmówcę do kontynuacji wypowiedzi	<ul style="list-style-type: none"> • no i

można zauważyć, że pięcioletka posługuje się operatorem metatekstowym w prawidłowy sposób. Korzysta z wyrażenia *no*, aby zaakcentować fragment wypowiedzi, zwrócić szczególną uwagę odbiorcy na coś czy nawiązać do wcześniejszej wypowiedzi. D5 wielokrotnie użyła leksemu *no* z czasownikiem w formie trybu rozkazującego, chcąc wzmocnić swój przekaz. Najczęściej łączyła ten operator z czasownikiem *daj* (np. *mamo? mamusiu? mamo chodź, no daj mi ją trochę*) oraz *chodź* (np. *no chodź przemyjemy oczko*). *No* w wypowiedziach tych zwykle występowało przed czasownikiem, lecz nie zawsze – dwukrotnie dziecko użyło *no* jako partykuły postpozycyjnej: *mamusiu daj no mi to, mamusiu mamo daj no*. W grupie tej znalazły się również wypowiedzi, w których *no* zostało wykorzystane dla wzmocnienia prośby lub rozkazu, jednakże bez użycia czasownika w trybie rozkazującym, np. *no możecie się nie trzymać?* albo *no gdzie po kwiatach?*.

Wypowiedzi te zawierają funkcję impresywną i są równoważne z wypowiedziami: *No trzymajcie się!* oraz *No nie deptajcie kwiatków!*. Należy zauważyć, że kompetencje językowe dziewczynki są na wyższym poziomie niż wspomnianych wcześniej dzieci, na co wskazuje również fakt, iż jej wypowiedzi są bardziej rozbudowane. Pięciolatka poza użyciem rozkaznika i partykuły wzmacniającej często w swoich wypowiedziach zawierała konkretny zwrot do adresata. W podanych przykładach było to *mamusiu*. Operator *no* jest stawiany w różnych pozycjach w wypowiedzi. O ile u chłopców *no* występowało właściwie jedynie w inicjalnej pozycji w wypowiedzi, to u dziewczynki możemy dostrzec już zróżnicowanie pozycji linearnej. Wynika to m.in. z umiejętności posługiwania się zdaniami złożonymi – oczywiście w podanych tekstach D5 możemy zauważyć błędy gramatyczne (np. *no no ale dużo osób powinny tańczyć a ktoś powinien patrzeć*), jednak musimy pamiętać, że dziewczynka jest na takim etapie kształtowania się mowy, na którym są one zjawiskiem rozwojowym, nie zaś patologicznym.

Odwołując się do podziału zaprezentowanego w ISJP, znów większą część wyłonionych wypowiedzi D5 powinniśmy zakwalifikować do funkcji omówionych w punkcie 4, czyli do grupy, w której *no* użyte w pozycji inicjalnej oznacza podkreślenie pewnego fragmentu wypowiedzi bądź nawiązanie do wypowiedzi poprzedniej. Należy jednak dostrzec, że w tym przypadku mamy do czynienia z większą różnorodnością użycia leksemu *no*. *No* występuje tu w połączeniu ze spójnikami i wyrazami, które mają na celu nawiązanie do wcześniejszej wypowiedzi (przede wszystkim *no ale* oraz *no to*). Są to takie wypowiedzi, jak: *no ale ja bym chciała teraz; no bo no bo za głosem się idzie telefonu czy no to może by chciała babki*. Nie są to jednak jedynie wypowiedzi rozpoczynające się od leksemu *no*. Dziewczynka wplata również *no* na zasadzie kookurencji ze spójnikami, łącząc w ten sposób zdania składowe wypowiedzi. *No* pełni zatem funkcję organizującą tekst mówiony. Podobnie jak u C3, w mowie pięciolatki można dostrzec współwystępowanie leksemu *no* z dopowiedzeniami stanowiącymi w dialogu samodzielną kwestię (tj. wspomniane wcześniej komentarze metatekstowe), np. *no dobrze; no tak nana*. Znajdują się tu także wypowiedzi, w których *no* podkreśla całe wypowiedzenie, jak np. *no wygodne* albo *no słomka mi wyleciała*. Uwzględniając to, czy wypowiedź zawierająca *no* jest nawiązaniem do wypowiedzi poprzedzającej, czy też nie, zastosowano podział na dwie kategorie zgodnie z definicją ISJP. Ciekawym spostrzeżeniem jest to, że D5 bez problemu również posługuje się utartymi wyrażeniami zawierającymi element *no*, tj. *a no* podkreślające

występujący po nim fragment wypowiedzi oraz *no* i nakłaniające rozmówcę do kontynuowania rozmowy.

W wypowiedziach pięcioletniego chłopca C5 dostrzec można dwa typy posługiwania się leksemem *no*: jako operatorem metatekstowym oraz komentarzem metatekstowym. C5 użył operatora *no*, aby podkreślić zastosowany w trybie rozkazującym czasownik *daj*. W celu wzmocnienia rozkazu *no* także zostało użyte w wypowiedzi *No Michał układaj*. Zwrot do adresata jest w tym przypadku jedynie wtrąceniem. Natomiast komentarz metatekstowy, podobnie jak w wypowiedziach C4, pojawił się w formie potocznej odpowiedzi twierdzącej, np. na pytanie *Tęskniłeś za mną?*, chłopiec oznajmił *No*. We wszystkich wyłonionych wypowiedziach pięcioletka *no* przyjmowało pozycję inicjalną.

Przytoczone wypowiedzi wykazały, że dzieci nie miały problemu z poprawnym stosowaniem leksemu *no* w mowie spontanicznej. Jedynie dziewczynka D3 nie użyła w swoich wypowiedziach tego słowa. Pozostałe dzieci wykorzystały *no* jako element niosący emocjonalne wzmocnienie rozkazów i prośb; zastosowały *no* jako pauzy wypełnieniowe, które były oznaką namysłu. Wyrażenie *no* pełniło także w mowie dzieci funkcję segmentującą wypowiedź, dzięki czemu zostały w niej wydzielone pewne całości informacyjne. Należy odnotować, że stanowczo przeważała inicjalna pozycja *no*, która charakteryzowała nie tylko podkreślenie całej wypowiedzi, lecz także akcentowała jej początek. W analizowanych nagraniach znalazły się również wypowiedzi z *no* użytym dla zaznaczenia nawiązania do wypowiedzi poprzedzającej, czy też z *no* wprowadzonym jako potoczne wyrażenie oznaczające *tak*. Można dostrzec różnorodność sąsiedztwa leksykalnego, z jakim *no* współwystępuje. W wypowiedziach dzieci można zaobserwować różnorodne zastosowanie leksemu *no* (szczególnie C3 oraz D5), mimo że nie wszystkie wymienione w artykule hasłowym ISJP funkcje miały swoje odzwierciedlenie w ich wypowiedziach. Dzieci przede wszystkim używały wyrażenia *no* w celu wzmocnienia poleceń czy prośb, podkreślenia pewnej części wypowiedzi, a także nawiązania do wypowiedzi wcześniejszej. W wypowiedziach dzieci nie odnotowano jeszcze stosowania *no* w funkcji metajęzykowej, kiedy to nadawca chce poprawić lub zmodyfikować coś, co właśnie powiedział. Wielosegmentowe jednostki języka, takie jak np. *no chyba*, *no wiesz*, *no proszę*, również nie pojawiały się w mowie dzieci. Wyjątkiem jest tu D5, w przypadku której odnotowano użycie jednostki *a no* oraz *No i?*

Spostrzeżenia poczynione podczas analizy materiału językowego dostępnego w korpusie SPOKES pozwoliły na ukierunkowanie dalszych badań. W wypowiedziach dzieci 3- i 5-letnich poza występującym w różnych funkcjach wyrażeniem *no* zauważono również inne wyrażenia metatekstowe, dlatego też obecnie projektowane jest badanie o szerszym zakresie, którym zostanie objęta grupa dzieci znajdujących się na etapie rozwoju mowy. Celem tego badania jest odpowiedź na pytanie dotyczące przebiegu procesu nabywania warstwy wyrażen metatekstowych przez dzieci w wieku 3–6 lat.

Bibliografia

- Bańko, M. (red.) (2000). *Inny słownik języka polskiego*. Warszawa: WN PWN.
- Dobaczewski, A. (1991). Próba interpretacji semantycznej leksemów *no*. *Poradnik Językowy*, 1–2, 1–9.
- Dobaczewski, A. (1992). Cechy składniowe leksemów o postaci *no*. *Poradnik Językowy*, 5, 328–335.
- Dobaczewski, A. (1998). *Cechy składniowe i semantyczne polskich dopowiedzeń potwierdzających*. Warszawa: KLF UW.
- Doroszewski, W. (red.) (1963). *Słownik języka polskiego*. Warszawa: PAN.
- Dunaj, B. (red.) (1998). *Słownik współczesnego języka polskiego*. Warszawa: Wilga.
- Grochowski, M. (1997). *Wyrażenia funkcyjne: studium leksykograficzne*. Kraków: IJP PAN.
- Jakobson, R. (1989). Poetyka w świetle językoznawstwa. W: tenże, *W poszukiwaniu istoty języka* (s. 77–124). Warszawa: PIW.
- Kaczmarek, L. (1953). *Kształtowanie się mowy dziecka*. Poznań: Poznańskie Towarzystwo Przyjaciół Nauk.
- Kielar-Turska, M. (1989). *Mowa dziecka. Słowo i tekst*. Kraków: Wydawnictwo UJ.
- Narodowy Korpus Języka Polskiego, <http://nkjp.pl/>, dostęp: 2017.
- Ozóg, K. (1985). Wyrazy częste w polszczyźnie mówionej: *no, tam*. *Polonica*, XI, 147–160.
- Pęzik, P. (2015). *Spokes – a search and exploration service for conversational corpus data*, <http://www.spokes.clarin-pl.eu>.
- Porayski-Pomsta, J. (2007). „Mowa dziecka” jako przedmiot badań. *Poradnik Językowy*, 8, 3–21.
- Porayski-Pomsta, J. (2011). Zagadnienie periodyzacji rozwoju mowy dziecka. *Studia Pedagogiczne. Problemy społeczne, edukacyjne i artystyczne*, 20, 173–198.
- Przetacznik-Gierowska, M. (1994). *Od słowa do dyskursu. Studia nad mową dziecka*. Warszawa: Energeia.
- Saloni, Z. (1997). Drobiazgi słownikowe. Jeszcze o słowie *no* i jego opisie słownikowym. *Poradnik Językowy*, 1, 38–45.

- Smoczyński, P. (1955). *Przyswajanie przez dziecko podstaw systemu językowego*. Łódź–Wrocław: Zakład Narodowy im. Ossolińskich.
- Szymczak, M. (red.) (1995). *Słownik języka polskiego*. Warszawa: WN PWN.
- Wajszczuk, J. (2005). *O metatekście*. Warszawa: Wydawnictwa UW.
- Zarębina, M. (1980). *Język polski w rozwoju jednostki. Analiza tekstów dzieci do wieku szkolnego. Rozwój semantyczny języka dziecka*. Kraków: Wydawnictwo Naukowe WSP.
- Zgółkowska, H. (1983). *Słownictwo współczesnej polszczyzny mówionej*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.

CZĘŚĆ II

LOGOPEDYCZNE ASPEKTY KOMUNIKACJI JĘZYKOWEJ

PROCES DIAGNOZOWANIA LOGOPEDYCZNEGO Z PUNKTU WIDZENIA PSYCHOLOGII I PSYCHOLINGWISTYKI ROZWOJOWEJ

STRESZCZENIE

Proces diagnozowania ma charakter wieloetapowy i kończy się wnioskiem, czyli diagnozą. Opiera się na wynikach odpowiednich badań, historii badanego oraz wiedzy specjalistycznej i doświadczeniu osoby diagnozującej. Wyróżnia się diagnozę normatywną, profilową i modelową. Dwa pierwsze typy mają przede wszystkim charakter ilościowo-jakościowy i opierają się na wynikach badań i przyjętych normach. Diagnoza modelowa ma charakter jakościowy i opiera się na modelach teoretycznych; wymaga zatem dobrej orientacji w koncepcjach wyjaśniających oraz dysponowania przez diagnozującego bogatym doświadczeniem.

Diagnoza normatywna i modelowa opierają się na zewnętrznym odniesieniu (normie) i stanowią podstawę do porównań poszczególnych badanych ze sobą (mają charakter interindywidualny). Z kolei diagnoza profilowa pozwala na dokonywanie porównań między wynikami dotyczącymi różnych funkcji u danej osoby (ma charakter intraindywidualny).

Trafność sądów diagnostycznych może być zachwiana przez różne wpływy, w tym przez oczekiwania samego badającego. Niekorzystna dla badanego jest diagnoza pochopna czy zbyt późna.

Słowa kluczowe: diagnoza logopedyczna, diagnoza psychologiczna, testy diagnostyczne

ABSTRACT

Assessment is a multi-stage process that ends with a conclusion, i.e. diagnosis. It is based on the results of appropriate examinations, the subject's history, and the specialist knowledge and experience of the expert making the assessment. There are three types of assessments: normative, profile, and model assessments. Normative and profile assessments are mainly quantitative and qualitative in nature and are based on research findings and accepted norms. Model assessments are qualitative in nature and are based on theoretical models; that is why they require a good understanding of explanatory concepts and rich experience on the part of the expert giving the assessment.

Normative and model assessments are founded on external references (norms) and serve as the basis for comparing individual subjects one with another (they are interindividual). By contrast, profile assessments allow comparison within the results concerning various functions in a given person (they are intraindividual).

The accuracy of assessment might be off due to various influences, including the examiner's expectations. Diagnosis that is hasty or delayed is bad for the subject.

Key words: speech-therapy assessment, psychological assessment, diagnostic tests

Istota diagnozy

Termin diagnoza pochodzi od greckiego *diagnosis*, co znaczy rozpoznanie. W psychologii za diagnozę uważa się logiczny wniosek, który wieńczy serię badań zmierzających do lepszego zrozumienia zachowania określonej osoby czy funkcjonowania grupy (Sillamy, 1994). Efektem procesu diagnozowania ma być zrozumienie czyjegoś zachowania. Warto zatem uzmysłowić sobie, na czym polega podstawowy proces poznawczy w diagnozowaniu, a mianowicie proces rozumienia. Zdaniem psychologów rozumienie jest procesem przechodzenia od tego co dane, do tego co nieobecne; wychodzenia poza to, co dane *explicite* (Gierulanka, 1962). Rozumienie następuje dzięki wysiłkowi, aby powiązać to, co dane, z tym, co nieobecne, co należałoby odkryć. W procesie diagnozowania to pacjent czy klient zgłasza pewne dolegliwości, odczuwane trudności, a dane te są wyrażone *explicite*, zwykle w formie opisowej wypowiedzi. Psycholog, logopeda używając określonych narzędzi, dąży do wyjaśnienia dolegliwości pacjenta, ustalenia ich przyczyn, a więc odkrycia tego, co nie jest bezpośrednio dostępne, i zaproponowania sposobu leczenia.

Proces diagnozowania jest zwykle wieloetapowy. Każdy z etapów kończy się wnioskiem (diagnozą), który może być jedną z informacji wykorzystanych w diagnozie końcowej lub może stanowić hipotezę, której weryfikacja wymaga wykonania kolejnego badania. Proces diagnozowania jest zwykle rozłożony w czasie. Niekiedy wymaga włączenia dodatkowych badań wielu różnych specjalistów. I tak np. logopeda może potrzebować pomocy neurologa, psychologa, foniatry itp. Diagnostyka psychologiczna, podobnie jak diagnostyka logopedyczna, obejmuje stosowanie różnorodnych metod badania, takich jak: obserwacja, wywiad, test, kwestionariusz, skala ocen, analiza wytworów. Warto zaznaczyć, że badający stosuje minimum technik niezbędnych do postawienia diagnozy, pamiętając, by nie obciążać niepotrzebnie pacjenta badaniem. Celem wykonywania badań jest: po pierwsze, rzetelne opisanie zaburzeń zachowania występujących u danej osoby; po drugie, wykrycie leżących u podłoża tych zaburzeń dysfunkcji psychicznych, które uniemożliwiają właściwe funkcjonowanie danej osobie; i po trzecie, ustalenia udziału mechanizmów psychologicznych w genezie zaburzeń (chodzi o ustalenie udziału czynników osobowościowych i sytuacyjnych).

Stawiając diagnozę, należy postępować zgodnie z trzema zasadami, a mianowicie:

- 1) opierać się na możliwie dużej liczbie zróżnicowanych informacji (informacje z przeprowadzonych badań, z wywiadu z osobami bliskimi badanemu – rodzicami, nauczycielami);
- 2) uwzględniać historię badanego i jego relacje ze środowiskiem (ważne są informacje dotyczące ciąży, rozwoju we wczesnym dzieciństwie, relacji w rodzinie, kontaktów z innymi dziećmi itp.);
- 3) pamiętać, że najbardziej prawdopodobne wyjaśnienie to takie, które odnosi się do maksimum faktów przy zastosowaniu minimalnej liczby hipotez.

Od postawienia właściwej diagnozy zależy rodzaj leczenia, a co za tym idzie, dalszy rozwój diagnozowanej osoby. Stąd tak wiele uwagi przywiązuje się do procesu diagnozowania i diagnozy zarówno w medycynie, psychologii, logopedii, jak i innych dziedzinach wiedzy o człowieku. Niekiedy powołuje się zespoły diagnostyczne, by zapewnić jak największe prawdopodobieństwo sądom diagnostycznym. Warto także zaznaczyć, że diagnoza winna być postawiona w odpowiednim momencie, zapewniającym najbardziej efektywne postępowanie terapeutyczne.

Typy diagnozy

W zależności od rodzaju odniesienia dla wniosku diagnostycznego można wyróżnić kilka typów diagnozy, a mianowicie: **normatywną**, **modelową** i **profilową**. Pierwsze dwa typy mają charakter **interindywidualny** i służą porównaniu wyniku uzyskanego przez jednostkę z odniesieniem leżącym poza nią. Odniesieniem tym jest przyjęty model, wzorzec określony ilościowo (diagnoza normatywna) lub jakościowo (diagnoza modelowa). Trzeci typ diagnozy natomiast ma charakter **intraindywidualny** i odwołuje się do porównań różnych wyników uzyskanych przez tę samą osobę w badaniu określonym testem.

Diagnoza normatywna zwana także testową (Matczak, 1994) jest oparta na danych ilościowych. Odniesieniem dla wyniku uzyskanego przez daną osobę w określonym pomiarze jest w tym typie diagnozy **norma** ustalona dla tego pomiaru i określonej populacji. W psychologii mówi się o **normie rozwojowej**, którą stanowi typowy wzór reakcji, sposób rozwiązania

zadania, typowe zachowanie w danej sytuacji, przewidziane na podstawie badań dla osób znajdujących się w danym okresie rozwojowym. Norma stanowi podstawę diagnozy rozwoju. Normy rozwojowe opracowywane są na podstawie obserwacji. Pierwsze normy rozwojowe opracował Arnold Gesell (Gesell, Amatruda, 1941). W ocenie progresji rozwoju bierze się pod uwagę przyrost ilościowy lub standard określany przez obszar i kierunek zmian. Standardy mają podłoże teoretyczne (filozoficzne, psychologiczne) lub empiryczne.

Diagnozę normatywną stawia się na podstawie badania testowego. Każdy test obok takich cech jak: *obiektywność* (niezależność otrzymanego przez badanego wyniku od osoby badającej dzięki dokładnemu określeniu sposobu postępowania przy badaniu), *standaryzacja* (zapewnienie niezmiennych warunków zadań dla badanego poprzez dokładne ustalenie materiału do badania, a więc pomocy i instrukcji), *rzetelność* (dokładność z jaką test mierzy to, co ma mierzyć) i *trafność* (w jakim stopniu test mierzy to, co ma mierzyć), cechuje *znormalizowanie*. Normalizację testu przeprowadza się na reprezentatywnej dla danej populacji próbie. Nie chodzi w tym przypadku o wielkość próby, ale o jej jakość: powinna być dobrana z uwzględnieniem danych, które mogą mieć wpływ na wynik, takich jak: wiek, płeć, środowisko lokalne, wykształcenie rodziców itp. Na tej podstawie opracowuje się tabele przeliczeniowe, które pozwalają użytkownikowi testu przekształcić wyniki surowe uzyskane przez badanego w znormalizowane, które pokazują miejsce badanej osoby w porównaniu z osobami wchodzącymi w skład całej populacji, do której badana osoba należy. Normalizacja może być przeprowadzona na reprezentatywnej próbie dla populacji całego kraju lub jego części (np. regionu, środowiska lokalnego itp.). Przegląd stosowanych w Polsce przez psychologów, pedagogów, logopedów testów do badania sprawności językowych i komunikacyjnych z zaznaczeniem czy dany test posiada normy, przedstawiłam w odrębnej publikacji (Kielar-Turska, 2015). W przypadku braku norm w formie tabel przeliczonych taką funkcję mogą pełnić informacje o średniej i odchyleniu standardowym grupy, w której znajduje się badana osoba (np. klasy szkolnej, grupy wieku) (Brzeziński, 1996). Norma jest w tym przypadku wynikiem, który mieści się w przedziale wyznaczonym przez jedno odchylenie standardowe w stosunku do średniej, uzyskanej przez jednostkę należącą do określonej grupy, w badaniu danym narzędziem.

Przykładem stawiania diagnozy normatywnej w badaniu logopedycznym może być kompleksowe badanie sprawności językowych dzieci za

pomocą Testu Sprawności Językowej Zbigniewa Tarkowskiego (1993). Test ten mierzy rozumienie słów, opanowanie zasad gramatycznych, rozumienie tekstu, sprawność prowadzenia dialogu oraz posługiwania się skryptami. Test jest znormalizowany; w badaniach normalizacyjnych uczestniczyło 1000 dzieci ze wsi i miast, w wieku od 4 do 8 lat.

Przykładem zastosowania diagnozy normatywnej, opartej na średniej i odchyleniu standardowym, może być badanie Testem Sprawności Językowych H. Grimm i H. Schöler (Heidelberger Sprachentwicklung Test – HSET), w przekładzie i adaptacji Marii Przetacznik-Gierowskiej, Marii Kielar i Anny Litwy (1978). Test ten jest przeznaczony do badania dzieci między 3. a 9. rokiem życia. Służy do określenia poziomu rozwoju językowego dziecka zarówno w aspekcie kompetencji językowej (znajomość i stosowanie reguł językowych), jak i kompetencji komunikacyjnej (nazywanie relacji społecznych, różnicowanie uczuć i wyrażanie ich w języku), a w konsekwencji – wykryciu braków w zakresie językowego rozwoju (Wójtowiczowa, 1993). Warto zaznaczyć, że wczesne wykrycie braków w zakresie językowego rozwoju, takich jak: ubogi słownik, znajomość jedynie prymarnych znaczeń słów, prymitywna składnia, ukryty dysgramatyzm uchroni dziecko przed niepowodzeniami w nauce związanymi z trudnością w rozumieniu tekstu, nieudolnością w wytwarzaniu tekstów czy wreszcie brakiem umiejętności w komunikowaniu się z innymi. Test ten był stosowany do celów eksperymentalnych w Zakładzie Psychologii Rozwojowej i Wychowawczej Uniwersytetu Jagiellońskiego. Test nie posiada norm dla populacji dzieci polskich (Kielar, 1989). Na podstawie eksperymentalnych badań tym narzędziem 30 dzieci sześciolletnich z polskich rodzin inteligentnych ustalano średni wynik testu = 55 oraz odchylenie standardowe: $DS = 5,08$; wyniki osiągnięte przez tę grupę mieszczą się zatem w przedziale między 49.92 a 60.08. Każdy wynik osiągnięty przez badaną osobę z tej grupy, a mieszczący się w podanym przedziale, będzie traktowany jako wynik w normie. Rozpatrzmy wyniki uzyskane przez trzech chłopców: Jarek A. uzyskał wynik 43, Michał T. – 62, a Janusz K. – 52. Można przyjąć, że tylko wynik Janusza mieści się w przedziale wyników charakterystycznych dla tej grupy. Michał uzyskał wynik powyżej średniej dla badanej grupy sześciolatków, a Jarek znalazł się poniżej przedziału wyników średnich dla tej grupy. Wyniki Jarka powinny zainteresować logopedę. Oczywiście uzyskany wynik testowy sam w sobie nie jest jeszcze diagnozą a jedynie informacją, na podstawie której logopeda może stawiać wstępną

diagnozę na temat sprawności językowych dziecka. W odniesieniu do Jarka mógłby postawić hipotezę, że jego sprawności językowe i komunikacyjne są słabiej rozwinięte niż u innych dzieci w tym wieku, wychowywanych w podobnym środowisku rodzinnym. Ta diagnoza stanowiłaby podstawę do dalszego poszukiwania przyczyn osiągnięcia przez badane dziecko słabych wyników w zakresie sprawności językowych i komunikacyjnych.

Pełna diagnoza oparta jest na skomplikowanym rozumowaniu uwzględniającym zarówno wyniki psychometryczne, jak i nie dające się sprowadzić do wymiernej postaci obserwacje, dane intuicyjne oraz dane zaczerpnięte z historii życia badanego. Znaczenia diagnozy testowej nie należy zatem przeceniać. Stanowi ona jednak ważny punkt odniesienia w procesie diagnozowania pozwalający na weryfikowanie hipotez stawianych przez badającego.

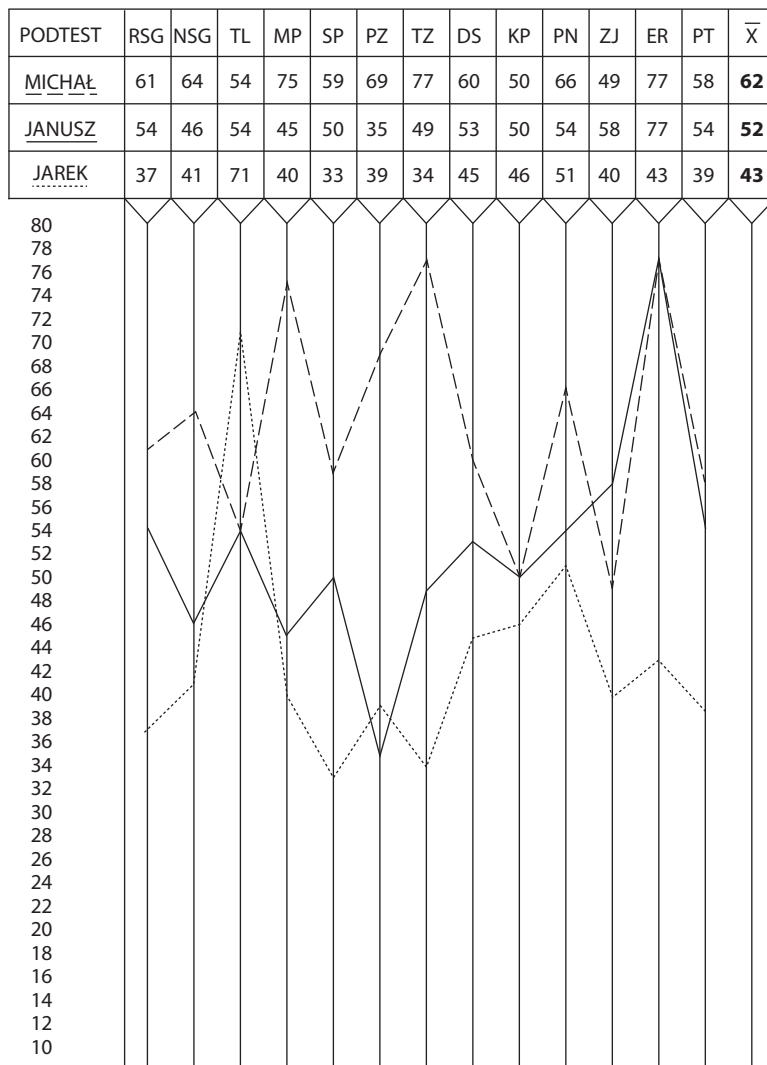
Diagnoza **profilowa** służy ukazaniu zróżnicowania cech, sprawności, zdolności jednostki. Diagnoza ta ma charakter intraindywidualny. Pozwala na analityczne potraktowanie poszczególnych badanych sfer. Podstawą diagnozy profilowej jest zwykle narzędzie składające się z kilku podtestów przy przyjęciu wspólnej skali odniesienia. Warunki takie spełnia przywołany wcześniej Test Sprawności Językowych Grimm i Schöler. Test ten składa się z kilku podtestów, a mianowicie: *struktura gramatyczna języka* (sprawdza: rozumienie struktury gramatycznej zdania w działaniu (RSG) oraz powtarzanie zdań (NSG)), *morfologia języka* (sprawdza: tworzenie liczby pojedynczej i mnogiej (TL), tworzenie wyrazów pochodnych (MP), tworzenie form stopniowania przymiotników (SP)), *rozumienie zdań* (sprawdza: poprawianie zdań niespójnych semantycznie (PZ), tworzenie zdań na podstawie podanych wyrazów (TZ)), *pole semantyczne* (sprawdza: wyszukiwanie wyrazów należących do grupy znaczeniowej (DS), klasyfikowanie pojęć na materiale obrazkowym (KP)), *interakcyjne znaczenie słów* (sprawdza: nazywanie osób pozostających w różnych relacjach społecznych (PN), dobieranie wypowiedzi zależnie od stanu emocjonalnego mówcy (ZI), nadawanie komunikatów z uwzględnieniem sytuacji i stanu emocjonalnego mówcy (ER)) oraz *stopień integracji zdolności językowych* (sprawdza: umiejętność rekonstrukcji tekstu wcześniej usłyszanego od badającego (PT)). W analizie profilu bierze się pod uwagę: rozproszenie (zwykle oparte na odchyleniu standardowym) lub rozstęp oraz kształt wyznaczony przez rangowy porządek wyników. Kształt profilu pokazuje, jakie wyniki są wysokie, a więc jakie sprawności są dobrze opanowane,

a jakie niskie, czyli w zakresie jakich sprawności wymagana jest korekta czy stymulacja. Oto profile trzech omawianych wcześniej chłopców. Nie tylko ich wyniki ogólne różnią się między sobą, lecz także różnią się układy relacji między poszczególnymi sprawnościami u każdego z nich. I tak, Janusz (wynik ogólny w normie) ma największe osiągnięcia w zakresie nadawania komunikatów z uwzględnieniem stanu emocjonalnego mówcy i sytuacji oraz zestawiania informacji werbalnej (komunikat) i niewerbalnej (mimika mówcy), zaś gorzej radzi sobie z tworzeniem wyrazów pochodnych oraz powtarzaniem zdań, a najgorzej wykonał zadanie polegające na poprawianiu zdań niespójnych semantycznie. Z kolei Michał (wynik ogólny powyżej normy) najlepiej radził sobie z nadawaniem komunikatów, uwzględniając stan emocjonalny mówcy i sytuację, oraz z tworzeniem zdań na podstawie podanych wyrazów, a najwięcej kłopotów sprawiało mu zestawianie informacji werbalnej i niewerbalnej. Najślabszy w badanej grupie Jarek (wynik ogólny poniżej normy) miał kłopoty z tworzeniem wyrazów pochodnych, rozumieniem struktur gramatycznych i poprawianiem zdań niespójnych semantycznie; nie sprawiało mu trudności tworzenie liczby pojedynczej i mnogiej rzeczowników. Na tej podstawie badający może postawić kolejną hipotezę o słabym rozwoju sprawności językowych Jarka, zwłaszcza w zakresie rozumienia wypowiedzi.

Stwierdzone w diagnozie profilowej zróżnicowanie może być spowodowane przez różne czynniki, takie jak: płeć, wiek, poziom rozwoju umysłowego, środowisko lokalne, wykształcenie rodziców i inne. Postawiona diagnoza profilowa wymaga zatem dalszych weryfikacji.

Diagnoza **modelowa** odwołuje się do modelu teoretycznego. W przypadku tego rodzaju diagnozy odnosimy funkcjonowanie danej jednostki do modelu funkcjonowania określonego jakościowo, co pozwala wskazać na różnicujące jednostkę cechy. Ten typ diagnozy wymaga od badającego bardzo dobrej znajomości teorii w danej dziedzinie. To właśnie do tej formy diagnozy odnosi się stwierdzenie, że najlepszą praktyką jest dobra teoria. Logopeda może stawiać diagnozę modelową, odwołując się do modelu funkcjonowania językowego (zasób słownikowy, wymowa, konstruowanie wypowiedzi) i komunikacyjnego (używanie form adresu, stosowanie różnych form wypowiedzi stosownie do sytuacji, sposób nawiązywania kontaktu, uczestniczenie w rozmowie) dziecka na określonym etapie rozwoju. Warto zaznaczyć, że tylko diagnoza jakościowa może stanowić dobrą podstawę dla korekcyjnych i stymulujących działań logopedy.

Rys. 1. Profile obrazujące wykonanie poszczególnych podtestów testu HSET przez trzech sześcioletnich chłopców: Michała, Janusza i Jarka



RSG – rozumienie struktur gramatycznych;
 NSG – naśladowanie struktur gramatycznych;
 TL – tworzenie liczby pojedynczej i mnogiej;
 MP – morfemy pochodne;
 SP – stopniowanie przymiotników;
 PZ – poprawianie zdań niespójnych gramatycznie;
 TZ – tworzenie zdań;

DS. – dobieranie słów;
 KP – klasyfikowanie pojęć;
 PN – płynność nazywania;
 ZI – zestawianie informacji werbalnej i niewerbalnej;
 ER – enkodowanie i rekodowanie informacji;
 PT – pamięć tekstu;
 X – średni wynik badanej osoby

Źródło: opracowanie własne

Postępowanie diagnostyczne w diagnozie modelowej

W postępowaniu diagnostycznym prowadzącym do diagnozy o charakterze jakościowym logopeda powinien przyjąć jakąś koncepcję rozwoju sprawności językowych i komunikacyjnych. Załóżmy, że przyjmuje on podejście rozwojowo-komunikacyjne. Zakłada zatem po pierwsze, że język jest narzędziem komunikacji i należy badać sprawności jednostki w posługiwaniu się nim do różnych celów interakcyjnych. Po drugie, że sprawności komunikacyjne są nabywane w ontogenezie i odznaczają się podatnością na zmiany pod wpływem zewnętrznych oddziaływań. Ważne więc jest, żeby nie tylko stwierdzić, co jednostka potrafi, lecz także co mogłaby osiągnąć przy pomocy innych (reedukatora, nauczyciela) i jaki jest zakres jej podatności na modyfikacje.

Za Lwem S. Wygotskim (1971) można mówić o ujęciu statycznym i dynamicznym osiągnięć dziecka. Badanie testowe daje obraz statyczny, dotyczący aktualnego czasu badania. Ujęcie dynamiczne wymaga spojrzenia na możliwości dziecka, a więc uwzględnienia potencjalnego poziomu rozwoju; tego co w dziecku dojrzewa, co jest w stanie osiągnąć przy pomocy innych, bardziej rozwiniętych jednostek: dorosłych lub rówieśników. Po trzecie, kompetencja komunikacyjna ma charakter złożony, co skłania logopedę do ujmowania poszczególnych sprawności w kontekście innych.

Logopeda dysponuje ponadto rozwojowymi opisami poszczególnych sprawności językowych i komunikacyjnych. Przywołajmy niektóre z nich:

- etapy rozwoju fonologicznego (Stark, 1980; Łobacz, 1996),
- etapy bogacenia się słownictwa (Przetacznikowa, 1967; Haman, 2013),
- etapy rozwoju gramatycznego – uniwersalne fazy w rozwoju języka dziecka (Kurcz, 1992); rozwojowe zmiany długości zdania (Przetacznikowa, 1967),
- etapy rozwoju umiejętności opowiadania (Bokus, 1991),
- etapy rozwoju umiejętności komunikacyjnych we wczesnej ontogenezie (Trevvarthen, 1979).

Podstawą diagnozy jakościowej jest indywidualizacja, czyli dostosowanie kolejnych kroków badającego do odpowiedzi badanego. Jest to diagnoza elastyczna; wymaga wiedzy i doświadczenia. Służy określeniu funkcjonowania jednostki w odniesieniu do modelowego zachowania.

Całe badanie logopedyczne jest formą dyskursu między badającym a badanym, stanowiąc okazję do obserwowania jego zachowań komunikacyjnych. Badający powinien zadbać o miejsce badania. Miejsce to winno umożliwić badanemu swobodne zachowanie się; winno być odizolowane, ciche, intymne. Przedmioty, jakie logopeda zgromadzi w tym pomieszczeniu, powinny być funkcjonalne: służyć po pierwsze, do nawiązywania kontaktu oraz po drugie, do wywoływania określonych reakcji badanego. Te pierwsze powinny być dostępne dla badanego i w niewielkiej ilości, by nie rozpraszać go, a raczej ośmielać. Dla małego dziecka dobre są przytulanki, które pełnią rolę obiektów przejściowych, na których dziecko może chwilowo zatrzymać doznania przywiązaniowe (do matki, opiekuna) i dzięki temu poczuć się pewnie w nowej sytuacji, jaką jest sytuacja badania. Zaś te drugie przedmioty winny być tak przygotowane, by zapewnić badającemu łatwy do nich dostęp w razie potrzeby. Ważna jest usytuowanie badanego i badającego względem siebie: w czasie rozmowy dziecko należy umieścić obok siebie; najlepiej przy schodzących się przyprostokątnych stołu, z lewej strony badającego. Takie usytuowanie pozwala na swobodną obserwację dziecka i niekrępujące sporządzanie notatek w czasie rozmowy (badania).

Ważnym momentem w badaniu jest nawiązanie kontaktu z dzieckiem. Przeprowadzone przez Stefana Frydrychowicza (1993) obserwacyjne badania dzieci 5–6-letnich pozwalają stwierdzić, że proces nawiązywania kontaktu ma charakter etapowy. Proces ten rozpoczyna nawiązanie kontaktu, potem następuje przejście do bliższego kontaktu i wejście w bliski kontakt z dzieckiem. Nawiązanie kontaktu rozpoczyna się od pojawienia się nowej osoby w otoczeniu dziecka, nawiązania kontaktu wzrokowego poprzez wymienienie spojrzeń oraz wzbudzenie u dziecka zaufania poprzez uśmiechanie się do niego i pozostawienie mu czasu na oswojenie się z nową osobą. Dopiero potem możemy przejść do bliższego kontaktu z dzieckiem. W tym celu dostosowujemy się do dziecka. Dostosowywanie to ma charakter polimodalny i obejmuje: dostosowanie w przestrzeni (np. zniżenie się do pozycji dziecka, przyjęcie podobnej postawy ciała), dostosowanie tempa aktywności, dostosowanie gestów, mimiki, słów. Teraz możemy już przejść do bliskiego kontaktu z dzieckiem. Należy pamiętać, że bezpośredni kontakt dotykowy zastępujemy na początku kontaktem poprzez przedmiot zakotwiczenia, na którym dziecko skupia uwagę. Tym przedmiotem może być zabawka lub jakikolwiek przedmiot znajdujący się przy dziecku, a nawet

jego ubranie. Sfinalizowanie kontaktu wyraża się w bezpośrednim dotykowym kontakcie i podążaniu za dzieckiem w zabawie. Warto pamiętać, że pominięcie którejkolwiek sekwencji w nawiązywaniu kontaktu może prowadzić do zaburzenia interakcji i w konsekwencji wycofywania się dziecka z kontaktu.

Przygotowując się do badania, logopeda powinien opracować strategię postępowania badawczego i dobrać odpowiednie metody. Uważa się, że dla diagnozy modelowej najbardziej odpowiednia jest metoda kliniczna Jeana Piageta (Kielar-Turska, 1997). Metoda ta włącza elementy badania testowego i obserwacji, a jej podstawą jest rozmowa z dzieckiem. Badający ustala cel rozmowy i jej rozpoczęcie. Chodzi więc o opracowanie sytuacji początkowej oraz opracowanie ogólnego schematu rozmowy, która pozwoliłaby odsłonić sposób rozwiązywania problemu przez dziecko. Pytania stawiane dziecku winny być dostosowane do jego możliwości rozwojowych; najlepiej jeśli będą przypominać pytania stawiane przez dziecko dorosłym. Każde następne pytanie powinno być dostosowane do poprzedniej odpowiedzi dziecka. Badający powinien stawiać wielokrotnie pytanie dotyczące jakiegoś problemu, by upewnić się co do stałości wypowiedzi dziecka. Istotne są pytania o uzasadnienie sądów, które pozwalają odkryć sposób rozumienia danego problemu przez dziecko.

Badający przygotowuje zestaw materiału pozwalający na stawianie pytań zarówno w formie werbalnej, jak i niewerbalnej. Z materiału tego będzie korzystał w rozmowie z dzieckiem. Ważne by badający opracował dla siebie zestaw pomocy do rozmowy z dzieckiem, a więc zestaw materiałów obrazowych, jak i słownych (w postaci słów, zdań), które będzie wykorzystywał przy badaniu poszczególnych sprawności językowych i komunikacyjnych. Przygotowanie tego rodzaju materiałów jest równie ważne jak zaopatrzenie gabinetu logopedy w testy.

Badanie będące podstawą diagnozy modelowej wymaga od badającego przyjęcia określonej postawy. Jest to postawa obserwującego, słuchającego, sprawdzającego hipotezy. Należy odrzucić postawę podpowiadającego i oceniającego (zamiast: dobrze – mówić: tak, rozumiem, hm, tak myślisz). Należałoby raczej zwracać uwagę na to, **jak** dziecko coś robi, niż **czy** wykonuje zadanie dobrze. Badający powinien zwrócić szczególną uwagę na rodzaje błędów popełnianych przez dziecko. Do przyjęcia takiego podejścia w badaniach rozwojowych zachęcali tacy znawcy rozwoju dziecka, jak Jean Piaget czy Stefan Szuman.

Przedmiotem obserwacji logopedy winny być zarówno zachowania werbalne dziecka, jak i jego zachowania niewerbalne. Im dziecko młodsze i im słabsza komunikacja werbalna, tym częściej używa ono środków niewerbalnych w zastępstwie środków werbalnych; do 13. miesiąca życia dominują gesty wskazujące, które służą wyrażaniu odczuć i wpływaniu na rozmówcę, a od 14. miesiąca nasilają się gesty reprezentujące, służące komentowaniu obserwowanych obiektów. W wieku przedszkolnym dzieci raczej zastępują gestem komunikat werbalny, a w późnym dzieciństwie gest służy jedynie uzupełnianiu komunikatu słownego. Wraz z wiekiem zwiększa się liczba gestów modyfikujących semantycznie wypowiedź słowną, a zmniejsza się liczba gestów pełniących funkcję autonomicznych reprezentacji.

W toku badania modyfikujemy zadania, które sprawiają trudność badanemu, przechodząc na inną płaszczyznę (ze słownych do obrazkowych) lub inny poziom zadań (od trudniejszych do łatwiejszych). Modyfikowanie zadań ma charakter udzielania pomocy badanemu. W ten sposób możemy zbadać potencjalny poziom rozwoju. Budując wspomagające dziecko rusztowanie, dorosły może przekonać się, ile pomocy potrzebuje dziecko i w jakim stopniu potrafi z niej skorzystać. Ta orientacja będzie stanowić dla logopedy podstawę przy ustalaniu ćwiczeń rozwijających.

W toku rozwiązywania przez dziecko zadań logopeda może zadawać pytania ukierunkowujące, proponować analogie, udzielać informacji zwrotnych. Ważne jest zachęcanie dziecka do analizowania warunków zadania, dzięki czemu może ono opanować wyższego typu strategie rozwiązywania zadania. Prowadzenie z dzieckiem treningu w rozwiązywaniu zadań pozwala badającemu zorientować się w podatności dziecka na uczenie; jest zatem częścią procesu diagnozowania.

Uwagi końcowe

Trafność sądów diagnostycznych może być zachwiana przez różne wpływy. Przede wszystkim przez oczekiwania samego badającego, który zwykle oczekuje raczej potwierdzenia swoich pierwszych przypuszczeń, utwierdzenia się w swoich przeświadczeniach, niż skłonny jest do ich odrzucenia. Badający może chcieć utrzymać pozytywny obraz badanego (mamy wówczas do czynienia z *efektem Galatei*) lub podtrzymać swój negatywny obraz badanej osoby (*efekt Golema*). Wiele badań wskazuje, że

to, czego jeden człowiek oczekuje po zachowaniu się drugiego, może stać się samospełniającym proroctwem (Rosenthal, 1991). Zjawisko to zwane efektem Pigmaliona zostało stwierdzone zarówno w warunkach laboratoryjnego eksperymentu, jak i w naturalnych warunkach kontaktów interpersonalnych nauczyciel – uczeń w klasie szkolnej. Wydaje się, że na wystąpienie tego efektu narażone jest także diagnostyczne badanie logopedyczne. Warto zatem zwrócić uwagę na czynniki pośredniczące w występowaniu samospełniającego się proroctwa. Dotychczasowe badania dotyczące interakcji nauczyciel – uczeń doprowadziły do ustalenia następujących czynników w kontaktach z uczniami ocenianymi pozytywnie: stwarzanie przez nauczyciela cieplejszego klimatu emocjonalno-społecznego, częstsze odpowiadanie na reakcje tych uczniów, proponowanie im większej liczby ćwiczeń i stwarzanie okazji do częstego wypowiadania się. Wyniki tych badań mogą zostać pozytywnie wykorzystane przez logopedę do kształtowania sprzyjających rozwojowi relacji rodzice – dziecko.

Warto zwrócić także uwagę na problem związany z tym, w jakim momencie rozwoju dziecka została postawiona diagnoza. Niekiedy jest to problem przedwczesnej i pochopnej diagnozy. W takim przypadku badający opiera się na wstępnych przypuszczeniach, niewielu danych z badań, a także nie uwzględnia perspektywy rozwojowej. Wyrażona diagnoza może mieć negatywne skutki dla dalszego rozwoju dziecka, zarówno jeśli jego opiekunowie otrzymując „etykietkę” dla dziecka stwierdzą, że niewiele można dla niego zrobić, bo i tak będzie zaburzone, jak i wówczas, gdy otoczą je z racji problemów rozwojowych nadmierną opieką i pomocą.

Niekorzystna dla rozwoju dziecka będzie także diagnoza zbyt późna. Wczesna diagnoza umożliwia bowiem zastosowanie wczesnej interwencji rehabilitacyjnej. Wieloletnie badania Theodora Hellbrugge i jego uczniów (1994) wskazują na potrzebę wczesnej diagnozy rozwojowej.

Bibliografia

- Bokus, B. (1991). *Tworzenie opowiadań przez dzieci*. Warszawa: Energeia.
- Brzeziński, J. (1996). *Metodologia badań psychologicznych*. Warszawa: WN PWN.
- Frydrychowicz, S. (1993). Na co w procesie interakcji komunikacyjnej mogą sobie pozwolić dzieci, a na co nie powinny sobie pozwolić osoby dorosłe. *Zeszyty Naukowe WSP Bydgoszcz, Studia Psychologiczne*, 9, 31–42.

- Gesell, A., Amatruda, C.S. (1941). *Developmental diagnosis: Normal and abnormal child development*. New York: Paul B. Hoeber.
- Gierulanka, D. (1962). O rozumieniu tekstu. W: *taż, Zagadnienia swoistości poznania matematycznego*. Warszawa: PWN.
- Grimm, H., Schöler, H. (1978). *Heidelberger Sprachentwicklungs Test. Händanweisung für die Auswertung und Interpretation*. Braunschweig: Georg Westermann Verlag.
- Haman, E. (2013). *Słowotwórstwo dziecięce w badaniach psycholingwistycznych*. Piaseczno: LEXEM.
- Hellbrugge, T., Lajosi, F., Menara, D., Schamberger, R., Rautenstrauch, T. (1994). *Monachijaska funkcjonalna diagnostyka rozwojowa*. Kraków: Antykwia.
- Kielar, M. (1989). Sprawność językowa dzieci wiejskich u progu szkoły. W: M. Kielar, M. Radochoński (red.), *Rozwój i wychowanie dziecka wiejskiego* (s. 191–203). Rzeszów: Wydawnictwo WSP.
- Kielar-Turska, M. (1997). Hermeneutyka a psychologia rozwojowa. W: A. Gałdowa (red.), *Hermeneutyka a psychologia* (s. 19–30). Kraków: Wydawnictwo UJ.
- Kielar-Turska, M. (2015). Testy sprawności językowych i komunikacyjnych w diagnozie logopedycznej. W: S. Milewski, K. Kaczorowska-Bray (red.), *Metodologia badań logopedycznych z perspektywy teorii i praktyki* (s. 213–227). Gdańsk: Harmonia Universalis.
- Konopnicki, J. (1961). *Problem opóźnienia w nauce szkolnej*. Wrocław: Zakład narodowy im. Ossolińskich.
- Kurcz, I. (1992). *Język a psychologia*. Warszawa: WSiP.
- Łobacz, P. (1996). *Polska fonologia dziecięca*. Warszawa: Energeia.
- Maczak, A. (1994). *Diagnoza intelektu*. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN.
- Przetacznikowa, M. (1967). *Rozwój psychiczny dzieci i młodzieży*. Warszawa: PZWS.
- Rosenthal, R. (1991). O społecznej psychologii samospełniającego się proroctwa. W: J. Brzeziński, J. Siuta (red.), *Społeczny kontekst badań psychologicznych i pedagogicznych* (s. 341–387). Poznań: Wydawnictwo UAM.
- Sillamy, N. (1994). *Słownik psychologii*. Katowice: Wydawnictwo Książnica.
- Stark, R.E. (1980). Stages of speech development in the first year of life. W: G.H. Yeni-Komshian, G.H. Kavanagh, C.A. Ferguson (red.), *Child Phonology* (s. 73–92). New York: Academic Press.
- Tarkowski, Z. (1993). Ocena rozwoju mowy dziecka. W: T. Gałkowski, Z. Tarkowski, T. Zaleski (red.), *Diagnoza i terapia zaburzeń mowy*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Trevarthen, C. (1979). Communication and cooperation in early infancy: a description of primary intersubjectivity. W: M. Bullowa (red.), *Before Speech* (s. 321–347). Hillsdale, New York: Erlbaum.
- Wójtowiczowa, J. (1993). Jak skonstruować dobry test językowy, uczy nas HSET. W: *Opuacula logopedica in honorem Leonis Kaczmarek* (s. 122–137). Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Wygotski, L.S. (1971). Problem nauczania i rozwoju umysłowego w wieku szkolnym. W: *tenże, Wybrane prace psychologiczne* (s. 531–547). Warszawa: PWN.

Danuta Emiluta-Roza

Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie
Zakład Logopedii i Lingwistyki Edukacyjnej

KLASYFIKACJE ZABURZEŃ MOWY I ICH PRZYDATNOŚĆ PRAKTYCZNA – NIEUSTAJĄCY PROBLEM DYSKUSJI LOGOPEDYCZNEJ

STRESZCZENIE

Celem artykułu jest omówienie możliwości praktycznego zastosowania klasyfikacji zaburzeń mowy. Mogą one służyć logopedycznej diagnozie różnicowej oraz planowaniu i realizacji terapii osób z zaburzeniami mowy. Takie cele przyjęły współautorki *Zestawienia form zaburzeń mowy* (Mierzejewska, Emiluta-Roza, 1997; Emiluta-Roza, 2008). W *Logopedycznej klasyfikacji zaburzeń mowy* Stanisława Grabiasa (1997, 2012, 2015) kryterium wyodrębniania zaburzeń mowy są procedury postępowania terapeutycznego, które zostały im przypisane. Obie typologie powstawały na użytek praktyki logopedycznej. Różnią się nie tylko podstawą wyszczególnienia zaburzeń mowy, lecz także wskazaniem istoty niektórych zaburzeń, co w konsekwencji wytycza odmienne działania terapeutyczne.

Słowa kluczowe: klasyfikacje zaburzeń mowy, kryteria klasyfikacji zaburzeń mowy: zakresy objawów zaburzeń mowy, patomechanizmy zaburzeń mowy, procedury postępowania logopedycznego

ABSTRACT

The article aims to discuss possibilities to use speech disorders classifications in practice. They can be used in differential diagnosis and in planning and administering therapy for people with speech disorders. Such objectives were established by the coauthors of *Zestawienie Form Zaburzeń Mowy* [List of speech disorders forms] (Mierzejewska, Emiluta-Roza, 1997; Emiluta-Roza, 2008). In *Logopedyczna Klasyfikacja Zaburzeń Mowy* [Speech-therapy classification of speech disorders] by Stanisław Grabias (1997, 2012, 2015), therapeutic procedures that were assigned to given speech disorders are the criterion for distinguishing speech disorders. Both typologies were developed to be used in speech-therapy practice. They differ not only in the basis for distinguishing speech disorders but also indicate the essence of some disorders differently, which consequently delineates different therapeutic interventions.

Key words: speech disorders classifications, criteria for classifying speech disorders: scopes of speech disorders symptoms, pathomechanisms of speech disorders, speech-therapy procedures

Objawem samodzielności i żywotności każdej dziedziny nauki jest wymiana poglądów i dyskusowanie proponowanych rozwiązań przez osoby teoretycznie i/lub praktycznie uprawiające daną dziedzinę nauki.

Logopedia w moim przekonaniu jest nauką samodzielną i żywą – stąd ten artykuł. Jego celem jest omówienie możliwości praktycznego zastosowania klasyfikacji zaburzeń mowy. Temat ten jest na tyle obszerny, że skoncentruję się głównie na klasyfikowaniu rozwojowych zaburzeń mowy, co nie oznacza całkowitego pominięcia problemu zaburzeń nabytych. Jako współautorce jednej z typologii zaburzeń mowy ważne wydają mi się pytania wstępne: jaki jest cel tworzenia klasyfikacji zaburzeń mowy, jakie mogą mieć one zastosowanie praktyczne? W teorii mają przede wszystkim porządkować terminologię i charakterystyki różnych zaburzeń w językowym porozumiewaniu się. W praktyce powinny stać się podstawą diagnozowania logopedycznego, planowania i realizacji działań terapeutycznych, odpowiednio do wyników diagnozowania logopedycznego (Mierzejewska, Emiluta-Rozya, 1997). W tym miejscu dodałabym jeszcze jeden cel – mogłyby stać się pomocne podczas orzekania o przyznawaniu dzieciom z zaburzeniami mowy prawa do korzystania z odpowiednich dla nich placówek oświatowych (integracyjnych lub specjalnych) oraz otrzymywania dodatkowych form pomocy specjalistycznej.

Różne procedury diagnostyczne w logopedii, zmierzające do rozpoznania trudności w mowie (diagnozy logopedycznej), zawierają najczęściej następujące czynności: rejestrację niezgodnych z normą zjawisk w komunikacji danej osoby (językowych i niejęzykowych) ze szczegółowym określeniem trudności w mowie (dotyczących czynności rozumienia i tworzenia wypowiedzi słownych), określenie ich zakresu, zawsze w zestawieniu z normatywnymi zachowaniami mownymi (w przypadku dzieci także z uwzględnieniem zjawisk rozwojowych). W diagnozowaniu bardzo ważne jest pytanie o przyczyny i patomechanizmy obserwowanych zaburzeń mowy, które m.in. mogą mieć (i nierzadko mają) podłoże biologiczne. Podane wcześniej wstępne założenia diagnozy logopedycznej uwzględnialiśmy 20 lat temu w Zestawieniu form zaburzeń mowy (por. Mierzejewska, Emiluta-Rozya, 1997; Emiluta-Rozya, 2008). Za przyczyny trudności w mowie uznaliśmy negatywne czynniki biologiczne (umownie określone wewnątrzpochodnymi) lub/i środowiskowe (zewnątrzpochodne), które mogą zakłócać rozwój mowy albo funkcjonowanie mowne człowieka (po okresie przyswojenia mowy) w podejmowanych przez niego

aktach komunikacji. Patomechanizmami trudności w mowie są w naszej interpretacji procesy zakłócające przebieg rozwoju czynności mownych przed ich pełnym opanowaniem lub – po przyswojeniu mowy – mechanizmy zaburzające komunikację językową danej jednostki. Logopeda określa więc, jakie są trudności w mowie, jaka jest ich przyczyna i istota oraz dlaczego dana osoba nie osiąga stanu normy w zakresie mowy. Odpowiedź na pytanie *dlaczego* jest możliwa po przeanalizowaniu wywiadu z rodzicami (opiekunami), wyników badań specjalistycznych (medycznych, psychologicznych i innych) oraz po obserwacji zachowań mownych danej osoby, poczynionych przez logopedę wraz z zastosowaniem przez niego różnych prób badania logopedycznego (Emiluta-Rozya, 2013). Wszystkie te działania służą podstawowemu celowi, jakim jest uzyskanie poprawy w zakresie językowego porozumiewania się danego pacjenta, dzięki właściwie zaplanowanej i przeprowadzonej terapii. W usprawnianiu (a wcześniej w jego programowaniu) zawsze uwzględniamy działania ukierunkowane na likwidację lub osłabienie wpływu patomechanizmów zaburzeń mowy na rozwój lub funkcjonowanie mowne danej osoby oraz na poprawę jego zachowań językowych poprzez usunięcie lub zminimalizowanie objawów zaburzeń w komunikacji językowej. Wiadomo, że może być różna siła oddziaływania danej przyczyny (patomechanizmu), co z kolei wpływa na różny stopień nasilenia danego zaburzenia mowy i uwidacznia się w zróżnicowanych zakresach występujących objawów. Określenie zakresu objawów, a więc czy zaburzenia w mowie dotyczą tylko artykulacji (w różnych formach dyslalii) (Mierzejewska, Emiluta-Rozya, 1997; Emiluta-Rozya 2008), czy obejmują czynności mowne, czyli oddychanie podczas mówienia, fonację, artykulację i wtórnie prozodię (w dyzartrii) (Duffy, 2005; Jauer-Niworowska, 2012), czy, jak w zaburzeniach programowania zachowań językowych (w alalii¹ lub w afazji) wskazują na ograniczenia w przyswajaniu/wykorzystywaniu wszystkich struktur systemu językowego – jest niezmiernie istotną podstawą planowania odpowiedniej terapii logopedycznej. Programowanie terapii jest więc etapem w działaniu logopedycznym możliwym do podjęcia dopiero po dokonaniu rozpoznania.

¹ Termin *alalia* stosowany jest we współczesnych publikacjach logopedycznych przez wielu autorów, m.in. Jolantę Panasiuk (2015). W Zestawieniu form zaburzeń mowy na określenie zaburzeń mowy „uniemożliwiających wykształcenie się w odpowiednim czasie programów zachowań językowych stosujemy termin *niedokształcenie mowy pochodzenia korowego*” (Mierzejewska, Emiluta-Rozya, 1997; Emiluta-Rozya, 2008).

Diagnozę logopedyczną rozumiem zatem jako podsumowanie szczegółowo przeprowadzonego badania logopedycznego, określenie formy zaburzenia mowy przez użycie odpowiedniej jednostki nozologicznej z typologii zaburzeń mowy, którą posługuje się dany logopeda. Oczywiście jest to, że logopeda w swojej pracy powinien przyjąć jedną określoną klasyfikację, którą będzie stosować w odniesieniu do nienormatywnego stanu mowy u różnych swoich pacjentów. Klasyfikacja ma umożliwić postawienie diagnozy różnicowej. Widzę więc konieczność takiego „porządkowania” zaburzeń mowy, które uwidoczni wyraźne granice między nimi.

W bogatym piśmiennictwie logopedycznym (oraz dyscyplin pokrewnych, bez których zajmowanie się patologią mowy byłoby niemożliwe) jest wiele klasyfikacji zaburzeń w językowym porozumiewaniu się. Stosowane w nich kryteria różnicowania zaburzeń mowy są następujące: kryterium objawowe, kryterium przyczynowe i kryterium łączone przyczynowo-objawowe. Można je odnaleźć w klasyfikacjach wielu autorów (Grabias, 1997, 2012).

Odmienne kryterium przyjął w swojej klasyfikacji Grabias (1997, 2012, 2015), którą zatytułował Logopedyczna klasyfikacja zaburzeń mowy. Zaburzenia są tam wyodrębnione na podstawie przypisanych im rodzajów procedur postępowania logopedycznego.

Każde nowe spojrzenie na porządkowany fragment rzeczywistości jest warte zwrócenia uwagi. Takim novum w polskiej logopedii jest właśnie idea Grabiasa, żeby naczelnym kryterium klasyfikacji był typ procedury terapeutycznej, która *a priori* jest przypisana pewnym typom zaburzeń mowy uwarunkowanym określonymi przyczynami bio-, psycho- lub socjojęzykowymi. Sama idea jest wielce kusząca dla logopedów. Typy procedur zostały określone dość ogólnie. I tak, w zależności od wyodrębnionych trzech grup zaburzeń, będzie to: 1) „budowanie kompetencji językowej, komunikacyjnej i poznawczej (kulturowej), usprawnianie realizacyjne staje się procedurą wtórną” (Grabias, 2015, s. 30), albo 2) „usprawnianie realizacji różnych poziomów systemu komunikacyjnego” (tamże, s. 31), albo 3) „stabilizowanie rozpadu, a niekiedy odbudowa wszystkich typów kompetencji i usprawnianie realizacji” (tamże, s. 33). Sama w sobie ogólność kryteriów klasyfikacji nie dziwi. Klasyfikacja to rodzaj uogólnienia. Jest wiele typów zaburzeń mowy, przy których wskazanie ogólne procedury terapii jest możliwe. I o tym nie mówię w swoim artykule. Są jednak takie zaburzenia mowy objawowo tożsame, które mają różne uwarunkowania

(patomechanizmy), ponadto ten sam patomechanizm może wywoływać różne zakresy zaburzenia mowy (Mierzejewska, Emiluta-Rozya, 1997; Emiluta-Rozya, 2008). Zaklasyfikowanie ich arbitralnie do określonego, nawet bardzo ogólnie, typu procedury terapeutycznej jest trudne bądź budzące wątpliwości – a więc z praktycznego punktu widzenia jest niemożliwe do zastosowania. Właśnie na te fragmenty omawianej klasyfikacji zwracam uwagę w tym artykule.

Logopedyczna klasyfikacja zaburzeń mowy zawiera kilka podstawowych założeń: 1) to utożsamienie mowy i komunikacji językowej, 2) „ogłądanie zaburzeń mowy z trzech perspektyw jednocześnie, z perspektywy biologicznej, umysłowej i społecznej” (Grabias, 2012, s. 49), 3) „Aby człowiek mógł bez przeszkód uczestniczyć w komunikacji językowej, musi mieć do dyspozycji pewnego rodzaju kompetencje oraz pewnego typu sprawności [...], które stanowią dwie strony tego samego zjawiska. Wzajemnie się warunkują tak, że kompetencje, które są wiedzą, nie mogą się pojawić w umyśle ludzkim bez określonych sprawności. Pewne sprawności zaś, przynajmniej te, które przyjmują postać realizacyjnych umiejętności, nie ujawniają się bez nabytej wcześniej kompetencji” (tamże, s. 51).

Wynika stąd prosty wniosek, z którym nie można się nie zgodzić, że warunkiem prawidłowego funkcjonowania człowieka w grupie społecznej jest posiadanie trzech typów kompetencji: językowej, komunikacyjnej, poznawczej. Spośród dwóch typów niezbędnych dla komunikacji człowieka sprawności „Pierwsze z nich (sprawności biologiczne) przyjmują postać procesów percepcyjnych i realizacyjnych. Nazwałem je już, z przekonaniem o stosowności tego pojęcia, *sprawnościami formacyjnymi*, gdyż konstruują ludzki umysł i decydują o sposobie istnienia pojedynczego człowieka w świecie” (Grabias, 2012, s. 52). Każdy logopeda przyjmuje w pełni to zdanie, że „Człowiek, obdarzony określonymi sprawnościami biologicznymi, zdobywa kompetencje komunikacyjne od grupy społecznej, w której się pojawił [...]” (tamże, s. 53). Druga grupa sprawności, czyli „komunikacyjne czynności umysłowe są sprawnościami realizacyjnymi” (tamże, s. 52), do których zalicza autor umiejętność budowania zdań gramatycznie poprawnych (sprawność językowa) oraz umiejętność posługiwania się językiem w różnych sytuacjach życia społecznego (sprawność komunikacyjna). I tu pojawiają się pewne wątpliwości. Z wcześniejszego cytatu można by wnosić, że od sprawności umysłowych zależy jedynie realizacja komunikatów werbalnych. Jak tłumaczyć więc trudności w odbiorze ze

zrozumieniem wypowiedzi słownych u osób niepełnosprawnych intelektualnie? Istotą tych zaburzeń są właśnie ich niepełne zdolności umysłowe, utrudniające proces szeroko pojętego uczenia się (m.in. Clarke, Clarke, 1969; Kostrzewski, 1997; Bobińska, Pietras, Gałęcki, 2012; Morrison, 2016), także i nabywania systemu językowego z powodu uszkodzonego (niewykształconego prawidłowo) podłoża biologicznego, jakim jest mózg ludzki. Rozdzielenie tej „sprawności formacyjnej” i „sprawności umysłowych” staje się tym bardziej niejasne, gdy do układu percepcyjnych i realizacyjnych sprawności biologicznych (będących procesami – tak określa je autor) zostały zaliczone (wymienione kolejno): „sprawny słuch fizyczny, właściwie funkcjonujący słuch fonetyczny i fonematyczny, właściwie funkcjonujący słuch prozodyczny, mobilny mózg i wydolna pamięć, właściwie funkcjonujący obwodowy układ nerwowy i działające bez zakłóceń mięśniowe i kostne układy narządów mowy” (Grabias, 2012 s. 52–53). W tym miejscu rodzi się kolejne pytanie: czy zasadne jest wymienienie/wskazanie „mobilnego mózgu” (a nawet wyodrębnienie w domyśle procesów zachodzących w ludzkim mózgu) wśród innych sprawności uwarunkowanych biologicznie, takich jak słuch fonetyczny, fonematyczny i prozodyczny oraz pamięć? Funkcje te są organicznie i czynnościowo powiązane z działaniem centralnego układu nerwowego, w skład którego wchodzi mózg i rdzeń kręgowy. Niejasne są także powiązania pomiędzy poszczególnymi słuchowymi sprawnościami biologicznymi w przyjętym przez Grabiasa ich układzie. Wymienione sprawności są funkcjami narządu słuchu na różnych poziomach jego organizacji: od części przewodzącej dźwięki poprzez część odbiorczą obwodową, centralne struktury aż do wchodzących w ich skład płatów skroniowych obu półkul mózgowych. Brakuje w omawianej klasyfikacji – z punktu widzenia neuropsychologii – wskazania także innych sprawności umożliwiających nabywanie pełnych umiejętności percepcyjnych w zakresie mowy (a w konsekwencji zawsze i umiejętności realizacyjnych), prowadzących do rozumienia odbieranych przez człowieka treści wypowiedzi, jak chociażby sprawności związanych z rolą pól trzeciorzędowych, dzięki którym możliwe jest m.in. percypowanie zależności pomiędzy wyrazami w wypowiedzi zdaniowej (Łuria, 1976; Pąchalska, Kaczmarek, Kropotov, 2014). Wręcz konieczne wydaje się także zróżnicowanie treści odwołujących czytelnika do niektórych sprawności biologicznych potraktowanych łącznie jako „właściwie funkcjonujący obwodowy układ nerwowy i działające bez zakłóceń mięśniowe i kostne układy narządów

mowy” (Grabias, 2012, s. 53). Potrzebne z punktu widzenia terapeutycznej praktyki logopedycznej jest uwzględnienie różnicy pomiędzy działaniem mięśniowych układów narządów mowy uwarunkowanych wpływem centralnego lub obwodowego układu nerwowego (zróżnicowane będą skutki zaburzeń w tych przypadkach) a sprawnością tychże mięśni, zależną również w znacznym stopniu od ich budowy anatomicznej oraz odpowiedniego wykorzystywania podczas codziennych czynności życiowych, jakimi są funkcje przyjmowania pokarmów. Do zakłóceń pracy mięśni narządów artykulacyjnych może dojść przecież z powodu zaburzeń napięcia mięśni uwarunkowanych uszkodzeniami różnych struktur układu nerwowego, ale również wskutek zmian morfologicznych z przyczyn mechanicznych, np. uszkodzenia zespołu mięśni z powodu wad wrodzonych lub wad nabytych (jako pooperacyjnych lub pourazowych) albo wywołanych – co jest częste u dzieci w wieku przedszkolnym – dysfunkcjami m.in. oddychania i połykania.

Grabias (2012, s. 53) uzupełnia wyjaśnienia podstaw swojej typologii następująco: „Aby zbudować logopedyczną klasyfikację zaburzeń mowy, trzeba, uznając prawdziwość przedstawionego już obrazu uwarunkowań procesu komunikacji językowej, mieć do dyspozycji jeszcze dwa pojęcia: «procedury postępowania logopedycznego» i »strategii postępowania logopedycznego». Na procedurę postępowania logopedycznego składa się całokształt zabiegów logopedycznych (terapeutycznych) stosowanych w określonym postępowaniu”. Tu autor wyróżnia: budowanie kompetencji (językowej, komunikacyjnej, poznawczej), usprawnianie realizacji, stabilizowanie kompetencji i jej odbudowa. W tym miejscu nasuwa się kolejne pytanie: czy dla przejrzystości zróżnicowanych działań terapeutycznych nie można byłoby oddzielić dwóch ostatnich procedur, czyli stabilizowania kompetencji (np. w przypadkach, kiedy podopieczny wymaga zajęć jedynie wspomagających rozwój kompetencji), od wyraźnego w swym znaczeniu pojęcia jej/ich „odbudowy”, co w domyśle przywołuje działanie logopedyczne w stanach utraty kompetencji po jej wcześniejszym przyswojeniu, np. przywracanie kompetencji językowej u pacjentów z afazją. Warto zauważyć, że pacjenci z afazją nie tracą kompetencji komunikacyjnej, ponieważ wiedzą, jakich środków przekazu mają użyć, np. różnicują intonację, gdy pytają, proszą o pomoc lub nakazują wykonanie ich polecenia. Uszczegółowieniem działań usprawniających w ramach danej procedury będą więc dobrane indywidualnie strategie postępowania logopedycznego,

określone jako rodzaj „takiego dokonywanego w ramach danej procedury postępowania, które wynika z percepcyjnych i realizacyjnych możliwości osoby dotkniętej zaburzeniami mowy” (tamże, s. 53–54), ale także i – co chciałabym tu dodać – z wykorzystaniem umiejętności, które u pacjenta zostały zachowane.

W Logopedycznej klasyfikacji zaburzeń mowy (Grabias, 1997, 2012, 2015) wyróżnione zostały następujące grupy zaburzeń: 1) zaburzenia mowy związane z niewykształconymi sprawnościami percepcyjnymi, 2) zaburzenia mowy związane z brakiem lub niedostatecznym wykształceniem sprawności realizacyjnych (przy zdobytych kompetencjach), 3) zaburzenia mowy związane z rozpadem kompetencji językowej i komunikacyjnej.

Po przeanalizowaniu przedstawionych w tej klasyfikacji zaburzeń w rozwoju komunikacji językowej rodzi się następne pytanie: czy uwzględnione zostały w niej te wszystkie zaburzenia rozwoju mowy (i ich uwarunkowania), które są poznane dotychczas i rozpoznawane przez logopedów pracujących z dziećmi? Do zaburzeń mowy związanych z niewykształconymi sprawnościami percepcyjnymi zostały przez niego zaliczone:

„1.1. głuchota i niedosłuch [...], 1.2. alalia i dyslalia [...], 1.3. oligofazja [...], 1.4. autyzm [...], 1.5. padaczki dziecięce [...]” (Grabias, 2015, s. 30–31).

Warto zauważyć, że wymienione przez autora terminy odnoszą się nie tylko do zaburzeń mowy (alalia i dyslalia oraz oligofazja), lecz także do możliwych przyczyn niektórych zaburzeń (głuchota i niedosłuch, autyzm, padaczki dziecięce). Wskazaną przez autora procedurą w wymienionych zaburzeniach mowy jest „budowanie kompetencji językowej, komunikacyjnej i poznawczej (kulturowej); usprawnianie realizacyjne staje się procedura wtórna” (tamże, s. 30). Zapewne autor pisząc *głuchota*, *niedosłuch*, *autyzm*, *padaczki dziecięce*, ma na myśli zaburzenia mowy wywołane tymi patologiami. Dla studentów przyswajających wiedzę logopedyczną różnicowanie uwarunkowań zaburzeń mowy i samych zaburzeń nie jest wcale takie oczywiste.

Kolejne uwagi dotyczą wymienionych w tej klasyfikacji zaburzeń w zakresie poszczególnych „sprawności formacyjnych” wywołujących nieprawidłowości w mowie. Niedosłuch, jak wiadomo, może być różnego typu, określonego ze względu na: stopień ubytku słuchu, lokalizację uszkodzenia w narządzie słuchu (z czym wiąże się także głębokość niedosłuchu i charakterystyka ograniczeń w odbiorze bodźców słuchowych, w tym

werbalnych) oraz czas zadziałania czynnika, który go wywołał (Mueller-Malesińska, Skarżyński, 2012)². Dla logopedy istotna jest oprócz wyniku badania audiologicznego ocena słyszenia funkcjonalnego, czyli w jakim stopniu, mimo stwierdzonego ubytku słuchu, podopieczny korzysta z kanału słuchowego w odbiorze bodźców dźwiękowych, przede wszystkim – sygnałów mowy. Kazimiera Krakowiak (2012) w Logopedycznej typologii uszkodzeń słuchu uwidacznia wyraźne zróżnicowanie możliwości słuchowych dzieci z wadą słuchu i w konsekwencji wskazuje na różny poziom ich kompetencji: językowej, komunikacyjnej i poznawczej. Píše: „Osoby, które z użyciem aparatu słuchowego słyszą w sposób pozwalający na dokładne rozpoznawanie sygnałów mowy, należy uznać za funkcjonalnie słyszące, niezależnie od stopnia ubytku słuchu ustalonego audiologicznie. Mogą one wychowywać się i kształcić w pełnej integracji ze słyszącymi, w warunkach ogólnodostępnych placówek edukacyjnych” (tamże, s. 234). Uwyrażnianie zależności pomiędzy stopniem ubytku słuchu a możliwościami wypracowania słyszenia funkcjonalnego i przyswojenia trzech typów kompetencji przez dziecko nawet z głębokim niedosłuchem jest szczególnie ważne współcześnie, a właściwie od 2003 r., czyli od momentu wprowadzenia w Polsce przesiewowych badań słuchu u noworodków. Dokonywanie wczesnej diagnostyki audiologicznej i, co za tym idzie, wczesnego aparatownia lub planowania zabiegu implantacji ślimakowej u małego dziecka z wadą słuchu, diametralnie zmieniło uwarunkowania rozwoju komunikacji językowej w tej grupie dzieci (por. Emiluta-Rozya, 2017). Ich tak zwany „wiek słuchowy” (wiek liczony od momentu skutecznego zaaparatowania dziecka) przypada od kilkunastu lat w Polsce na czwarty miesiąc życia dziecka, co oznacza w praktyce, że surdologopedzi rzadko nazywają swoich podopiecznych *dziećmi głuchymi*. Termin „głuchota” nie może więc być obecnie uogólniany w stosunku do dzieci z uszkodzonym narządem słuchu, funkcjonuje jedynie w tradycyjnym nazewnictwie lub bywa stosowany do określania osób obecnie dorosłych, które nie przyswoiły kompetencji językowej (systemu języka polskiego). Posługują się one językiem migowym, tworzą społeczność Głuchych.

² Surdologopedzi korzystają z najnowszej wiedzy audiologicznej. Dzięki jej rozwojowi coraz bardziej dokładna staje się diagnostyka zaburzeń słuchu (np. centralnych zaburzeń słuchu) oraz wytyczane są sposoby usprawniania osób ze zróżnicowanymi trudnościami w odbiorze bodźców słuchowych występujących łącznie lub bez nieprawidłowej czułości słuchu (m.in. Senderski, 2014).

Uszkodzenie narządu słuchu zaburza słuch fizyczny i staje się przyczyną, która może opóźnić lub zaburzać rozwój mowy, w zależności od wpływu różnych czynników, m.in. od wczesnego zaoparatowania małego dziecka, właściwie prowadzonego usprawniania, wpływu środowiska dziecka (faktu wychowywania się w rodzinie słyszących albo niesłyszących, możliwości współdziałania rodziców w terapii, akceptacji dziecka niepełnosprawnego, zrozumienia istoty terapii) oraz współwystępujących z wadą słuchu innych zaburzeń rozwojowych (Emiluta-Rozya, 2016). Obecnie w populacji dzieci z uszkodzonym narządem słuchu (u których wcześniej wymienione uwarunkowania rozwoju mowy są pozytywne) diagnozujemy częściej opóźniony rozwój mowy z powodu niedosłuchu niż zaburzenia mowy pod postacią jej niedokształcenia o zróżnicowanym nasileniu. Wśród naszych podopiecznych jest już wiele dzieci, które przyswoiły kompetencję językową i komunikacyjną na poziomie ich rówieśników. „Opóźnienie rozwoju mowy może albo nie wystąpić w ogóle (w sprzyjających warunkach rodzinnych) albo być niedostrzegalne dla otoczenia” (Krakowiak, 2012, s. 234). Jeżeli dziecko przyswaja system językowy zgodnie z normą rozwojową mimo wady słuchu, a skutkiem ograniczeń funkcji słuchowej są zaburzenia artykulacji, diagnozą będzie w tym przypadku dyslalia słuchowa, wymagająca jedynie pracy nad wywołaniem i utrwaleniem nieprawidłowo wymawianych głosek. Bywa też i tak, że analiza stanu mowy dziecka z niedosłuchem i jej uwarunkowań pokazuje nam – logopedom większą siłę oddziaływania innych czynników niż słuchowego, co niekiedy wywołuje zaskoczenie, np. diagnozą może być dyslalia funkcjonalna (z powodu dysfunkcji oddychania i połykania); niedosłuch (stwierdzony audiologicznie) nie wpływa na stan mowy i artykulacji. Jedynie w przypadkach niedokształcenia mowy z powodu niedosłuchu konieczne jest oczywiście budowanie kompetencji, o których pisze Grabias.

Widzę więc potrzebę zaznaczenia w logopedycznej klasyfikacji, że zaburzenia mowy w przypadkach niedosłuchu charakteryzują się znacznym zróżnicowaniem ich nasilenia; stwierdzenie wady słuchu u dziecka nie jest równoznaczne z „niewykształceniem się lub wykształceniem się kompetencji w stopniu niewystarczającym do prawidłowej realizacji wypowiedzi” i w konsekwencji koniecznością ich budowania u każdego dziecka z wadą słuchu.

W punkcie 1.4. Logopedycznej klasyfikacji zaburzeń mowy jest zamieszczony „autyzm”. Autyzm nie jest zaburzeniem mowy i nie może być

diagnozą logopedyczną. Jest to rozpoznanie pozostające w gestii zespołu psychiatryczno-psychologicznego z dodatkowym udziałem logopedy. Prawdopodobnie autor zasygnalizował tu problem zaburzeń w komunikacji językowej u osób z autyzmem. W literaturze specjalistycznej podkreśla się konieczność stosowania terminu *spektrum autyzmu* (ASD), ponieważ jest to niejednorodne zaburzenie neurorozwojowe o bardzo różnym stopniu nasilenia i różnych manifestacjach, objawiających się współwystępowaniem zaburzeń w funkcjonowaniu społecznym i zaburzeń komunikacji (w tym komunikacji językowej) oraz sztywnych wzorców aktywności i zachowań (Morrison, 2016). Ważne i w pełni wartościowe jest podkreślenie przez Grabiasa (2015) w jego typologii, że w przypadkach autyzmu nie wykształcają się lub wykształcają się swoiście omawiane tu kompetencje.

Analiza punktu 1.5. Logopedycznej klasyfikacji zaburzeń mowy rodzi potrzebę dodatkowych wyjaśnień. Wymienienie tu padaczek dziecięcych zapewne nie jest – w intencji autora – nazwą zaburzeń mowy, lecz jedną z ich możliwych przyczyn. Tak rozumiem cytat: „W zależności od czasu ujawnienia się padaczki może ona prowadzić do opóźnionego rozwoju mowy (w okresie prelingwalnym) lub do zanikania wcześniej zdobytych sprawności umysłowych (w wypadku padaczki postlingwalnej)” (tamże, s. 31). Taki sposób stawiania problemu padaczki stwarza pewne niebezpieczeństwo. Niedoświadczony logopeda czytając dokumentację medyczną dziecka, w której zapisana jest *padaczka*, będzie poszukiwał charakterystycznych dla tych przypadków zaburzeń mowy. „Należy pamiętać, że padaczka nie jest jednostką chorobową, lecz zespołem objawów somatycznych, wegetatywnych i psychicznych, który może występować na podłożu różnych zmian morfologicznych i metabolicznych w mózgu” (Szczudlik, Jędrzejczak, Mazurkiewicz-Bełdzińska, 2012, s. 14). Specjaliści badający dzieci z padaczką stwierdzają: „Ostro postawiona teza, że padaczka powoduje zaburzenia językowe, byłaby krzywdząca dla osób z padaczką, które mają sukcesy szkolne, rodzinne, zawodowe [...]. Jednakże padaczka zaburza działanie mózgu” (Kozłowska, Chruścińska-Krawczyk, 2012, s. 407), co może prowadzić do okresowych (np. objawiających się niepełnością mówienia lub podobnych do dyzartrycznych) lub trwałych trudności w mowie, ale nie są one typowe tylko dla dzieci z padaczką. Niektóre rodzaje padaczki prowadzą jednocześnie do postępujących zaburzeń funkcji OUN – encefalopatii padaczkowych, a te z kolei zakłócają procesy neurobiologiczne, mogą zaburzać więc rozwój funkcji poznawczych, nie tylko

rozwój mowy. W opisach różnych typów padaczki wyodrębnia się zespół padaczkowy Landaua-Kleffnera, charakterystyczny z powodu występowania nabytych zaburzeń afatycznych percepcyjnych. Po leczeniu różny jest obraz mowy (Szczudlik, Jędrzejczak, Mazurkiewicz-Bełdzińska, 2012). W tych przypadkach dochodzi do rozpadu kompetencji językowej, jednym z pierwszych objawów są nagle pojawiające się (wcześniej nieobserwowane) zaburzenia w rozumieniu wypowiedzi słownych. Diagnozowanie logopedyczne dzieci ze stwierdzoną padaczką powinno odbywać się więc według standardów postępowania typowych dla dzieci z zaburzeniami OUN, z uwzględnieniem ich funkcjonowania poznawczego i społecznego. W zależności od występujących objawów oraz uzasadniających je patomechanizmów logopeda podejmuje zróżnicowane działania usprawniające. Trudno jest u dzieci ze zdiagnozowaną epilepsją określić jednoznaczną procedurę logopedyczną w postaci budowania kompetencji, usprawniania realizacji różnych poziomów systemu komunikacyjnego lub odbudowy wszystkich typów kompetencji.

Odnosnie do punktu 1.2., czyli alalii i dyslalii, nasuwają się kolejne uwagi. Autor pisze, że „Alalia dotyczy niedokształcenia wszystkich kompetencji języka i ujawnia się w postaci opóźnienia rozwoju mowy, w dyslalii zaś niedokształcona jest tylko struktura fonologiczna języka. Nieprawidłowość ta prowadzi do zaburzeń wymowy” (Grabias, 2015, s. 30). W logopedii – jak wiadomo – różne są interpretacje używanych terminów. Nazewnictwo ma zawsze charakter umowny. Grabias (1997, 2012, 2015) przyjmuje za Ireną Styczek, że dyslalia to wycofujące się stadium alalii. Oba te zaburzenia mowy różni więc (podążając tym tokiem myślenia i przyjmując znaczenie przedrostków „a-” oraz „dys-”) zakres objawów ujawniających się w mowie. I ta informacja jest dla mnie klarowna, mimo że przyjmuję odmienny punkt widzenia tych zaburzeń mowy. Niejasne jednakże wydaje mi się podanie przez autora w pierwszej wersji Logopedycznej klasyfikacji zaburzeń mowy jedynej przyczyny alalii, którą jest niewłaściwie funkcjonujący słuch fonematyczny (Grabias, 1997). Wydaje się, że zbyt słabo zaznaczona została konsekwencja ewentualnych zaburzeń tej podstawowej funkcji dla rozwoju mowy. Skutkiem zaburzeń słuchu fonematycznego są głębokie ograniczenia w językowym porozumiewaniu się wynikające z niemożności nabywania umiejętności rozumienia wypowiedzi słownych (system językowy nie kształtuje się w umyśle dziecka), co może prowadzić także do błędnych diagnoz psychologicznych – dziecko

nierozumiejące poleceń do niego kierowanych bywa oceniane jako niepełnosprawne intelektualnie. W wersjach najnowszych tej typologii (Grabias, 2012, 2015) autor pisze, że w przypadkach alalii i dyslalii „kompetencje nie wykształcają się w ogóle lub wykształcają się w stopniu niewystarczającym do prawidłowej realizacji wypowiedzi w związku z centralnymi zaburzeniami przetwarzania słuchowego, w wyniku których powstają trudności w rozpoznawaniu dźwięków (zaburzenia słuchu fonetycznego i fonologicznego)” (2015, s. 30). Uznając wartość biologicznych podstaw zaburzeń mowy (zarówno Grabias, jak i wielu innych autorów, m.in. pisząca ten rozdział, wskazują ich wagę, szczególnie diagnostyczną), wśród nich także i wpływu stanu różnych funkcji słuchowych, m.in. roli słuchu fonemowego związanego z substratem korowym wyspecjalizowanego w tym zakresie obszaru lewej półkuli (Łuria, 1976; Walsh, Darby, 2008) nie mogą przyjąć bez słowa uwagi zrównania zaburzeń tej bazowej funkcji dla rozwoju mowy z CAPD (*Central Auditory Processing Disorders*) u dzieci. Zaburzenia przetwarzania słuchowego są zespołem objawów, które wynikają z różnego typu dysfunkcji w obrębie ośrodkowej części układu słuchowego i występują pomimo prawidłowej czułości słuchu. Występowanie zaburzeń przetwarzania słuchowego można podejrzewać, jeżeli pomimo prawidłowej inteligencji dziecko prezentuje m.in. objawy: trudności w rozumieniu mowy w niekorzystnych warunkach akustycznych, trudności z rozumieniem mowy w pomieszczeniach o dużym pogłosie, np. w klasie mylenie podobnie brzmiących wyrazów, problemy z określeniem kierunku, z którego dobiega dźwięk, problemy w dłuższym utrzymaniu uwagi na zadaniu wymagającym słuchania, zwłaszcza w przypadkach obecności bodźców rozpraszających, trudności ze rozumieniem złożonych poleceń lub przyswojeniem treści dłuższej wypowiedzi lub opowiadania (Senderski, 2014). Jakkolwiek termin *przetwarzanie słuchowe* odwołuje nas do ważnych funkcji centralnego układu nerwowego z punktu widzenia ich wpływu na rozwój i funkcjonowanie dziecka/człowieka dorosłego (zaburzenia przetwarzania słuchowego oddziałują negatywnie m.in. na uwagę słuchową i przez to na procesy uczenia się, na zachowania człowieka i na jego umiejętności komunikacyjne, szczególnie w otoczeniu innych dźwięków), nie może być traktowany jako synonim *przetwarzania fonologicznego* (m.in. ASHA, 2005; Musiek, Chermak, 2013).

Podobnie trudno zgodzić się z podanymi przez Grabiasa objawami alalii wywołanej dysfunkcjami słuchu fonematycznego jako opóźnienia

rozwoju mowy. W tych przypadkach ujawniają się wyraźne zaburzenia rozwoju mowy w zakresie umiejętności percypowania wypowiedzi (zaburzenia w rozumieniu wypowiedzi wywołane niemożnością prawidłowego różnicowania fonemów), które nie zapowiadają wyrównania się trudności w mowie do stanu normy. W większości przypadków będą one utrudniały danej osobie językowe porozumiewanie się także w życiu dorosłym, należy podkreślić – z różnym nasileniem – niekiedy dyskretnym (możliwym do uchwycenia dopiero we wnikliwym badaniu wykonanym przez doświadczoną logopedę), ale częściej uwidaczniającym się w wielu aktach komunikacji językowej.

W Logopedycznej klasyfikacji zaburzeń mowy Grabias (1997, 2012, 2015) pisze tylko o słuchowych przyczynach alalii. Praktyka logopedyczna wyraźnie pokazuje, co potwierdzają także badacze funkcji słuchu fonemowego (Rocławski, 1994), że zaburzenia słuchu fonemowego zdarzają się rzadko, częste zaś są nadużycia tego terminu w diagnozach. W omawianej tu typologii nie umiejscowiono drugiego typu alalii, częściej niż typ percepcyjny rozpoznawanego u dzieci – alalii motorycznej. Zaburzenie to jest opisywane przez wielu autorów (m.in. Kordyl, 1968; Styczek, 1980; Kowszykow, 1985; Kaczmarek, 1986; Parol, 1989; Panasiuk, 2015; Kurowska, 2016)³. W tych przypadkach konieczne jest przeprowadzenie szczegółowego rozpoznania logopedycznego i w konsekwencji podjęcie intensywnej terapii uwzględniającej przede wszystkim działania stabilizujące korowe wzorce ruchowe struktur językowych w celu umożliwienia dziecku nadawania komunikatów werbalnych przy prawidłowym ich rozumieniu.

Wyrażenie poglądu przez Grabiasa (2012), że logopedia jest nauką o biologicznych uwarunkowaniach zaburzeń mowy, rodzi oczekiwania uwzględnienia w programowaniu terapii logopedycznej nie tylko budowania kompetencji, lecz także intensywnej pracy nad likwidowaniem lub minimalizowaniem wpływu patomechanizmów na rozwój mowy lub funkcjonowanie językowe człowieka, który umiejętność tę wcześniej przyswoił.

³ Wymienieni autorzy przyjmują co prawda zróżnicowaną terminologię wobec omawianego w tym miejscu zaburzenia mowy, ale z jego opisów wynika, że chodzi tu o tę samą logopedyczną jednostkę nozologiczną (niedokształcenie mowy o typie afazji ekspresyjnej = alalia ekspresyjna = niedokształcenie mowy pochodzenia korowego o typie ruchowym). Panasiuk wyraźnie różnicuje alalię, niedokształcenie mowy o typie afazji oraz afazję dziecięcą ze względu na czynnik temporalny, „który określa zarówno stopień specjalizacji strukturalno-czynnościowej układu nerwowego, jak też stopień opanowania języka w czasie uszkodzenia mózgu” (Panasiuk, 2015, s. 315).

Jako współautorka jednej z klasyfikacji, dydaktyk i praktyk w zakresie logopedii wciąż poszukuję coraz lepszych rozwiązań w opisie i klasyfikowaniu zaburzeń mowy, uściślam i precyzuję⁴ naszą klasyfikację (Mierzejewska, Emiluta-Rozya, 1997). Śledzę z uwagą i zainteresowaniem pomysły i rozwiązania innych autorów.

Zdaję sobie sprawę, że nasza typologia nie spełnia wielu oczekiwań logopedów praktyków. Brakuje w niej zróżnicowania typów niektórych form zaburzeń mowy: dyzartrii, niedokształcenia mowy pochodzenia korowego i afazji. Wyodrębnienie to nie zmieniłoby jednak ani wskazywanego w zestawieniu zakresu objawów tych zaburzeń, ani ich patomechanizmów. W niedokształceniu mowy pochodzenia korowego bez względu na jego rodzaj: percepcyjny (słuchowy) czy ekspresyjny (ruchowy) szerokość pola objawów pozostaje ta sama. Są nimi zakłócenia w przyswajaniu wszystkich struktur systemu językowego. Dopiero określenie w toku badania logopedycznego zaburzonych czynności mownych: rozumienia wypowiedzi słownych albo ich tworzenia (przy prawidłowej percepcji treści) wymusza dalsze działania diagnostyczne, służące wyjaśnieniu poszczególnych patomechanizmów i dzięki temu wskazanie podtypu NMPK. Zasadniczym celem opracowania naszej typologii było zróżnicowanie głównych form zaburzeń mowy poprzez jednoczesne pokazanie różnic zakresu objawów w wymienionych zaburzeniach (w postaci graficznej jako poszerzające się „pola objawów”) w zestawieniu z wywołującymi je przyczynami (patomechanizmami). Widzę jednakże potrzebę uszczegóławiania opisów zaburzeń mowy uwzględniających próby oceny stopnia ich nasilenia. Takie podejście budzi nadzieję na wypracowanie w przyszłości kryteriów właściwego kwalifikowania dzieci z różnymi zaburzeniami w językowym porozumiewaniu się do odpowiednich dla nich placówek edukacyjnych. Stosowane obecnie w oświacie Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 24 lipca 2015 r. w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych, niedostosowanych społecznie i zagrożonych niedostosowaniem społecznym⁵ nie rozwiązuje problemów opieki nad osobami z zaburzeniami mowy. W przytoczonym tu akcie prawnym wskazuje się jedynie na określone niepełnosprawności,

⁴ Zestawienie form zaburzeń mowy zmodyfikowałam i opublikowałam w książce Porayskiego-Pomsty (2008). Przedruk pt. „Formy zaburzeń mowy” zamieszczono w książce Grabias, Kurkowski (2012).

⁵ Dziennik Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej Warszawa, dnia 7 sierpnia 2015 r., poz. 1113.

np. mowa jest o organizowaniu kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży m.in. niesłyszących, słabosłyszących, z niepełnosprawnością intelektualną, z autyzmem oraz z niepełnosprawnością ruchową. Spośród zaburzeń mowy wymieniona została jedynie *afazja* w połączeniu z niepełnosprawnością ruchową. Taki stan rzeczy pokazuje brak zrozumienia różnicowania ograniczeń rozwojowych dzieci z zaburzeniami w komunikacji językowej wywołanych podanymi w rozporządzeniu przyczynami. Przypuszczam, że jednym z powodów tych nieporozumień jest niejednoznaczność terminologii logopedycznej oraz różne klasyfikacje zaburzeń mowy stosowane w wielu ośrodkach akademickich w Polsce.

Zakończę ten artykuł pytaniami kierowanymi do logopedów. Czy i w jakim stopniu klasyfikacje zaburzeń mowy są wykorzystywane w ich codziennej pracy zawodowej? Czy klasyfikacje te pomagają im w rozpoznawaniu zaburzeń mowy oraz w planowaniu i podejmowaniu konkretnych działań terapeutycznych? Problem tu zasygnalizowany wciąż wymaga wspólnych dyskusji z udziałem zarówno badaczy mowy niezgodnej z normą, twórców teorii logopedycznych, jak i logopedów, którzy każdego dnia prowadzą diagnozowanie i usprawnianie osób z zaburzeniami mowy. Ostateczną instancją rozstrzygającą przydatność klasyfikacji zaburzeń mowy będzie właśnie praktyka logopedyczna.

Bibliografia

- American Speech-Language-Hearing Association – ASHA (2005). (Central) auditory processing disorders [Technical Report], <http://www.asha.org/docs/html/TR2005-00043.html>.
- Bobińska, K., Pietras, T., Gałęcki, P. (red.) (2012). *Niepełnosprawność intelektualna – etiopatogeneza, epidemiologia, diagnoza, terapia*. Wrocław: Continuo.
- Clarke, A.M., Clarke, A.D.B. (1969). *Upośledzenie umysłowe*. Warszawa: WN PWN.
- Duffy, J.R. (2005). *Motor Speech Disorders, Substrates, Differential Diagnosis and Management*. St. Louis, Missouri: Elsevier Mosby.
- Emiluta-Rozya, D. (2008). Modyfikacja zestawienia form zaburzeń mowy H. Mierzejewskiej i D. Emiluty-Rozya. W: J. Porayski-Pomsta (red.), *Diagnoza i terapia w logopedii*. Warszawa: Dom Wydawniczy Elipsa.
- Emiluta-Rozya, D. (2013). *Całościowe badanie logopedyczne*. Warszawa: Wydawnictwo APS.
- Emiluta-Rozya, D. (2016). Programowanie terapii na podstawie wyników badania logopedycznego. *Studia Pragmalingwistyczne, VIII*.

- Emiluta-Rozya, D. (2017). *Surdologopedia dawniej i obecnie*. W: M. Kurowska, J. Zawadka (red.), *Język i komunikacja – w normie i w zaburzeniu*. Warszawa: Dom Wydawniczy Elipsa.
- Grabias, S. (1997). Mowa i jej zaburzenia, *Audiofonologia*, X, 9–36.
- Grabias, S. (2012). Teoria zaburzeń mowy. Perspektywy badań, typologie zaburzeń, procedury postępowania logopedycznego. W: S. Grabias, M. Kurkowski (red.), *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Grabias, S. (2015). Postępowanie logopedyczne. Standardy terapii. W: S. Grabias, J. Panasiuk, T. Woźniak (red.), *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Jauer-Niworowska, O. (2012). Etapy opanowywania wzorców ruchowych mowy w modelu strukturalno-funkcjonalnym. *Poradnik Językowy*, 10, 18–32.
- Kaczmarek, B.L.J. (1986). Z zagadnień kształtowania mowy u dzieci z dysfunkcjami ośrodkowego układu nerwowego. *Zagadnienia Wychowawcze a Zdrowie Psychiczne*, 5–6.
- Kordyl, Z. (1968). *Psychologiczne problemy afazji dziecięcej*. Warszawa: PWN.
- Kowszykow, W.A. (1985). *Ekspresywna alalija*. Leningrad: Instytut Herzena.
- Kostrzewski, J. (1997). Ewolucja poglądów AAMR dotyczących niedorozwoju umysłowego. W: J. Pańczyk (red.), *Pedagogika specjalna*. Warszawa: WSPS.
- Kozłowska, M., Chruścińska-Krawczyk, M. (2012), Padaczka. Zaburzenia językowe u dzieci z padaczką. W: S. Grabias, M. Kurkowski (red.), *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Krakowiak, K. (2012). Typologia uszkodzeń słuchu i osób nim dotkniętych. W: S. Grabias, M. Kurkowski (red.), *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Kurowska, M. (2016). *Kształtowanie się zachowań komunikacyjnych u dzieci z uszkodzeniami i/lub dysfunkcjami ośrodkowego układu nerwowego*. Warszawa: Dom Wydawniczy Elipsa.
- Łuria, A.R. (1976). *Podstawy neuropsychologii*. Warszawa: PZWL.
- Mierzejewska, H., Emiluta-Rozya, D. (1997). Projekt zestawienia form zaburzeń mowy. *Audiofonologia*, X, 37–48.
- Morrison, J. (2016). *DSM-5 bez tajemnic. Praktyczny przewodnik dla klinicystów*. Kraków: Wydawnictwo UJ.
- Mueller-Malesińska, M., Skarżyński, H. (2012). Klasyfikacja zaburzeń słuchu. W: S. Grabias, M. Kurkowski (red.), *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Musiek, F.E., Chermak, G.D. (2013). *Handbook of Central Auditory Processing Disorder. Volume I, Second Edition*. San Diego: Auditory Neuroscience and Diagnosis.
- Panasiuk, J. (2015). Postępowanie logopedyczne w przypadkach alalii i niedokształcenia mowy o typie afazji. W: S. Grabias, J. Panasiuk, T. Woźniak (red.), *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Parol, U. (1989). *Dziecko z niedokształceniem mowy*. Warszawa: WSiP.
- Pąchalska, M., Kaczmarek, B.L.J., Kropotov, J.D. (2014). *Neuropsychologia kliniczna od teorii do praktyki*. Warszawa: WN PWN.

- Porayski-Pomsta, J. (red.) (2008). *Diagnoza i terapia w logopedii*. Warszawa: Dom Wydawniczy Elipsa.
- Rocławski, B. (1994). *Słuch fonemowy i fonetyczny. Teoria i praktyka*. Gdańsk: Glottispol.
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 24 lipca 2015 r. w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych, niedostosowanych społecznie i zagrożonych niedostosowaniem społecznym. Dz.U. 2015, poz. 1113.
- Senderski, A. (2014). Rozpoznawanie i postępowanie w zaburzeniach przetwarzania słuchowego u dzieci. *Otolaryngologia*, 13(2), 77–81.
- Styczek, I. (1980). *Logopedia*. Warszawa: PWN.
- Szczudlik, A., Jędrzejczak, J., Mazurkiewicz-Bełdzińska, M. (red.) (2012). *Padaczka*. Poznań: Termedia.
- Walsh, K., Darby, D. (2008). *Neuropsychologia kliniczna*. Gdańsk: GWP.

Mirosław Michalik

Instytut Pedagogiczny PWSZ w Nowym Sączu

METODYKA POSTĘPOWANIA NEUROLINGWISTYCZNEGO W DIAGNOZIE I TERAPII LOGOPEDYCZNEJ ZABURZEŃ MOWY BĘDĄCYCH SKUTKIEM WCZESNYCH USZKODZEŃ MÓZGOWIA

STRESZCZENIE

W artykule dokonano prezentacji powiązań wybranych zagadnień neurolingwistycznych z niektórymi problemami logopedii. Płaszczyzną porównania uczyniono zaburzenia mowy będące wynikiem wczesnych uszkodzeń ośrodkowego układu nerwowego.

Słowa kluczowe: neurolingwistyka, logopedia, zaburzenia mowy pochodzenia korowego

ABSTRACT

The article presents the relationship between selected neurolinguistic issues and several logopedic problems. Speech disorders which result from early trauma to the central nervous system have been chosen as the basis for the comparison.

Key words: neurolinguistics, logopedics, speech disorders resulting from cerebral cortex trauma

Wprowadzenie

Jeśli przyjmiemy, że logopedia jest lingwistyką stosowaną, której przedmiot dotyczy biologicznych uwarunkowań rozwoju i zaburzeń mowy (Grabias, 2012a, 2012b), neurolingwistyka, kontaminująca tematy lingwistyczne, psycholingwistyczne i neurobiologiczne (Mazurkiewicz-Sokołowska, 2006, s. 16), wydaje się być szczególnie predestynowana do realizowania celów poznawczych i aplikacyjnych związanych z językowym funkcjonowaniem osób dotkniętych wczesnymi uszkodzeniami mózgowia.

Rozwój medycyny (neurologii, psychiatrii), biologii, psychologii, ale również i humanistyki, wraz z konkretyzacją oczekiwań społecznych stawianych nauce, skutkuje koniecznością redefiniowania poszczególnych specjalności i dyscyplin naukowych. Proces ten objął również neurolingwistykę, która po pierwsze rozszerzyła swój zakres tematyczny, po drugie pogłębiła treści badawcze mieszczące się w jej nowych granicach. Wymiernym efektem tego zjawiska jest objęcie badaniami neurolingwistycznymi problemów językowych dzieci, u których stwierdza się nie tylko uszkodzenia OUN, lecz także jego dysfunkcje. Wpływ na ostatnią zmianę postrzegania neurolingwistyki mają: ugruntowanie się wiedzy logopedycznej w zakresie zaburzeń mowy będących wynikiem wczesnych uszkodzeń i dysfunkcji mózgowia, rozwój technik neuroobrazowania OUN, wyniki badań dotyczących plastyczności OUN, osiągnięcia psychologii i psycholingwistyki w zakresie takich zjawisk, jak funkcjonalne badania pamięci, rutynizacja, werbalizacja. Wymienione sfery wchodzi w skład neurolingwistycznego instrumentarium metodycznego, przy czym metodykę należy rozumieć jako praktyczne zastosowanie metod, które powinny być zweryfikowane na drodze metodologii badań (Hamerlińska-Latecka, 2017)¹.

¹ Metodologia (gr. *methodos* – ‘badanie’, *logos* – ‘słowo’, ‘nauka’) to nauka o metodach działalności naukowej, obejmująca sposoby przygotowywania i prowadzenia badań naukowych oraz opracowywania ich wyników, budowy systemów naukowych oraz utrwalania w mowie i piśmie osiągnięć nauk. Ze względu na zakres stosowania wyróżnia się metodologię ogólną, która zajmuje się ogólnymi problemami metod i systemów naukowych, oraz metodologię szczegółową badającą metody i systemy wybranych nauk (Okoń, 1998, s. 234–235; por. także Hamerlińska-Latecka, 2017).

Neurolingwistyka – (re)definiowanie dyscypliny

Neurolingwistyka jako lingwistyka stosowana dokonuje deskrypcji i interpretacji językowego funkcjonowania człowieka w odniesieniu do aktywności jego struktur mózgowych i umysłu. Będąc jedną z dziedzin ludzkiego poznania – realizuje cele epistemiczne, będąc zaś nauką stosowaną – poprzez rozwijanie wiedzy, która ma służyć zmianom rzeczywistości – wdraża cele transferencyjne i realizuje cele praktyczne (Panasiuk i in., 2015, s. 7–14).

Tradycyjne ujęcia neurolingwistyki ograniczały tę dyscyplinę do opisu – sposobami językoznawczymi – zakłóceń komunikacji językowej powstałych w wyniku uszkodzeń kory mózgowej. Współcześnie nie należy jednak sprowadzać neurolingwistyki do patolingwistyki (Kurcz, Okuniewska, 2011, s. 17–18; Herzyk, 2005). Neurolingwistyka bada bowiem językowe funkcjonowanie każdego człowieka w odniesieniu do aktywności jego struktur mózgowych i pracy umysłu, posługując się przy tym metodami eksperymentalnymi, elektrofizjologicznymi, neuroobrazowymi, a także instrumentarium metodologicznym wyrosłym z naukowego paradygmatu teorii lingwistycznych. Wszystko to ma służyć wyodrębnieniu, opisaniu i zrozumieniu neurobiologicznych determinant rozwoju i zaburzeń mowy, mechanizmów kontrolujących rozumienie i tworzenie wypowiedzi (Mazurkiewicz-Sokołowska, 2010, s. 135–136; Panasiuk i in., 2015, s. 10).

W sensie metodologicznym neurolingwistykę pojmować można transdyscyplinarnie. By zrealizować swe cele poznawcze, transferencyjne i praktyczne, m.in. poprzez poszukiwanie wzajemnych zależności między zjawiskami, warto łączyć w szerokich ramach wiedzę i sprawności badawcze innych dyscyplin, specjalności, a nawet dziedzin, jednocześnie je unifikując (Panasiuk i in., 2015, s. 10). Główną ideą patronującą transdyscyplinarnemu interpretowaniu odkrywanych faktów i ich wzajemnych implikacji, czyli *de facto* przedmiotu badań, jest dążenie do umiejscowienia ich wewnątrz nowego, pełnego i jednocześnie otwartego systemu ciągle tworzącej się wiedzy. Tylko stworzenie i wdrożenie zunifikowanej przestrzeni wiedzy, mającej znamiona dynamicznego procesu, znoszącej – m.in. dzięki poziomowi abstrakcji – izolacjonizm niższych (mono, multi- i interdyscyplinarnych) pułapów refleksji metodologicznej, może być gwarantem

powodzenia teoriopoznawczego – epistemologicznego (gnoseologicznego) oraz praktycznego neurolingwistyki (Kita, 2012, s. 22).

Ścisłe wyznaczenie przedmiotu neurolingwistyki przeczy w pewnym sensie hołdowanej idei transdyscyplinarności. Unifikacja (homogenizacja) i procesualność instrumentarium metodologicznego może być użyteczna w opisie i interpretacji wielu, nawet odległych od siebie i cechujących się różnym poziomem abstrakcji zjawisk w przestrzeni poznania. Labilny, *in statu nascendi*, obszar badawczych eksploracji rozpościera się między i wokół takich bytów, jak *mózg – umysł – mowa*. Opieramy się przy tym na rozumieniu *mózgu* jako najbardziej skomplikowanego obiektu materialnego we wszechświecie (Edelman, 1998, s. 32), *umysłu* jako świadomości wyższej, sumy zdolności takich, jak: intencjonalność, uważność, percepcja, emocje, osobowość, wola, myślenie, pamięć, uczenie się, kategoryzacja (Kövecses, 2011, s. 20 –21) oraz *mowy* jako zespołu czynności, jakie przy udziale języka wykonuje człowiek, poznając rzeczywistość i przekazując jej interpretację innym uczestnikom życia społecznego (Grabias, 2012b, s. 15).

Neurolingwistykę trzeba traktować aplikacyjnie. Jej aplikacyjność można wywodzić z następującej interpretacji lingwistyki stosowanej autorstwa Franciszka Gruczy (1983, s. 470): „[...] lingwistyka stosowana (w tym przypadku neurolingwistyka – M.M.) jest przynajmniej o tyle «nauką teoretyczną», o ile polega ona np. na derywowaniu wiedzy aplikatywnej z wiedzy teoretycznej i jej testowaniu, i o ile zajmuje się z jednej strony uzasadnieniem lingwistycznej wiedzy teoretycznej, a z drugiej – teoretycznym eksplikowaniem lingwistycznej wiedzy praktycznej”. Aplikacyjność to także sposoby diagnozowania poszczególnych poziomów przyswojenia mowy, jej używania we wszystkich aspektach lub utraty (Rittel, 1994).

Uszkodzenia i dysfunkcje ośrodkowego układu nerwowego u dzieci – perspektywa logopedyczna

Wczesne uszkodzenia i dysfunkcje OUN są w polskiej tradycji logopedycznej dzielone na prenatalne, perinatalne oraz postnatalne. Do czynników ryzyka uszkodzenia mózgowia należą: 1. czynniki działające ze strony matki, tu: przewlekłe choroby (siniczne wady serca, cukrzyca, padaczka, choroby tkanki łącznej, przewlekłe choroby płuc), stałe przyjmowanie

leków, narażenie na promieniowanie rentgenowskie, palenie papierosów, picie alkoholu, zakażenia w czasie ciąży (toksoplazmoza, cytomegalia, ospa, różyczka, wirus opryszczki), niedożywienie, obciążający wywiad ginekologiczno-położniczy, wiek rodziców, czynniki genetyczne; 2. czynniki związane z przebiegiem ciąży: nieprawidłowa budowa łożyska, przedwczesne oddzielanie się łożyska, ciąża wielopłodowa, zatrucie ciążowe, konflikt serologiczny w zakresie czynnika Rh, krótki czas trwania ciąży; 3. czynniki występujące w okresie perinatalnym: niedotlenienie okołoporodowe, urazy okołoporodowe związane z nieprawidłowym przebiegiem porodu; 4. czynniki stwierdzone w okresie noworodkowym: zaburzenia oddychania, niewydolność oddechowa, niewydolność krążenia, zakażenia, hiperbilirubinemia (Pilarska, 2014; por. także Michalik, 2016).

Zespoły kliniczne powstałe na skutek uszkodzeń mózgu w okresie przed- i okołoporodowym, czyli encefalopatie, w efekcie mogą doprowadzać do późniejszych zaburzeń procesów poznawczych: 1. elementarnych, do których zalicza się: uwagę i świadomość, kontrolę poznawczą, percepcję, pamięć i czynności pamięciowe; 2. złożonych: myślenia i rozumowania, rozwiązywania problemów, wydawania sądów i podejmowanie decyzji, języka i mowy (Nęcka, Orzechowski, Szymura, 2006).

Logopedia, będąc nauką o biologicznych uwarunkowaniach rozwoju i zaburzeń mowy (Grabias, 2012a, 2012b), z samej definicji zajmuje się biologicznymi, głównie neurologicznymi determinantami nabywania mowy w normie rozwojowej i jej zaburzeniach, a samą mowę ujmując jako zespół czynności, jakie przy udziale języka wykonuje człowiek, poznając świat i przekazując jego interpretację innym uczestnikom życia społecznego (Grabias, 2012b). W związku z tym w centrum jej zainteresowań lokuje się refleksja na temat zaburzeń mowy będących wynikiem wczesnych uszkodzeń i dysfunkcji ośrodkowego układu nerwowego. Do najczęstszych, którym jednocześnie w dyskursie logopedycznym poświęca się najwięcej miejsca (por. np. Grabias, Panasiuk, Woźniak, 2015), należy zaliczyć: alalię prolongatę²,

² Alalię prolongatę, za *Standardami postępowania logopedycznego* (Grabias, Panasiuk, Woźniak, 2015), należy rozumieć jako dysfunkcję językową i komunikacyjną niebędącą konsekwencją innych ograniczeń zdolności psychofizycznych dziecka, tj. uszkodzeń w obrębie OUN, defektów narządów zmysłu, nieprawidłowości w budowie i funkcjonowaniu aparatu mowy, całościowych zaburzeń rozwojowych, np. autyzmu, niepełnosprawności intelektualnej. Omawiając jej etiologię, mówi się o: braku uchwytej przyczyny opóźnień, czynnikach dziedzicznych, opóźnieniu dojrzewania OUN w obrębie obszarów korowych lewej półkuli mózgu związanych z mową, chorobach dziecka z okresu pre-, peri- i postnatalnego do 1., 2. r.ż., niedostatecznej stymulacji językowej. Objawia się:

alalię³, niedokształcenie mowy o typie afazji⁴, oligofazję⁵, dyzartrię o podłożu mózgowego porażenia dziecięcego⁶ (por. Michalik, 2016).

późnym startem mowy, przyjmowaniem postaci całkowitego braku języka lub przekraczania granic wiekowych rozwoju prawidłowego, występowaniem nieprawidłowości w zakresie któregoś lub wszystkich podsystemów języka (por. także Stasiak, 2008).

³ Alalia to zaburzenie komunikacji językowej będące wynikiem uszkodzeń mózgowia w okresie pre-, peri-, postnatalnym do końca 1. r.ż. Uszkodzenia te są najczęściej wywołane: chorobami matki, wstrząsami psychicznymi, krwawieniami w I połowie ciąży, zatruciami środkami chemicznymi, urazami okołoporodowymi, zaburzeniami krążenia płodu. Mowa takiego dziecka od początku nie rozwija się prawidłowo, stąd obserwuje się zaburzenia na każdej płaszczyźnie opisu języka. Dodatkowo mogą współwystępować zakłócenia w rozwoju innych wyższych funkcji psychicznych. Stwierdza się ponadto brak zdolności narracyjnych. Objawia się zaburzeniami ekspresji, percepcji lub mieszanymi, od całkowitej niemożności porozumiewania się do nieprawidłowości w rozwoju poszczególnych sprawności językowych. Zakłócenia artykulacyjne są wynikiem zaburzeń kinestezji artykulacyjnej. Jeśli chodzi o rokowania, to w uszkodzeniach mózgu nabytych w okresie prenatalnym rozwój zdolności językowych jest powolny i mowa zazwyczaj nie osiąga normalnego poziomu rozwoju (Panasiuk, 2008).

⁴ Niedokształcenie mowy o typie afazji jest zaburzeniem komunikacji językowej o charakterze postnatalnym, którego przyczyną są uszkodzenia kory mózgowej powstałe między 2. a 6. r.ż. Są one powodowane chorobami wirusowymi (grypą, ospą wietrzną, zapaleniem ślinianek przyusznych, zapaleniem opon mózgowych), chorobami bakteryjnymi (zakażenia gronkowcowe i paciorkowcowe), chorobami wirusowymi z zakażeniami bakteryjnymi, urazami czaszki, operacjami, guzami, krwawkami. Przypadki niedokształcenia mowy o typie afazji rozpoznaje się wówczas, gdy w pewnym okresie życia dziecka obserwowano prawidłowy rozwój sprawności językowych, a zaistniały epizod neurologiczny, doprowadzając do uszkodzenia mózgu, spowodował regres rozwoju mowy i utrzymujące się trudności w jej ponownym opanowaniu. Podobnie jak w przypadku alalii możliwe są zaburzenia ekspresji, percepcji lub mieszane, od całkowitej niemożności porozumiewania się do nieprawidłowości w rozwoju poszczególnych sprawności językowych w ramach poszczególnych podsystemów. Tu również zakłócenia artykulacyjne są wynikiem zaburzeń kinestezji artykulacyjnej. Mimo wykształconych anatomiczno-fizjologicznych podstawy prawidłowej artykulacji, występuje: mylenie głosek, niekonsekwentne substytucje, metatezy głosek i sylab, epentezy i elizje. Przebieg terapii i rokowania lepsze niż w alalii. Zależą od: lokalizacji patologii mózgu, wieku dziecka, stopnia opanowania przez nie języka w chwili wystąpienia zaburzenia. U niektórych dzieci, mimo szybkiego wycofywania się zaburzeń językowych, utrzymują się trudności w wykonywaniu zadań wymagających umiejętności syntaktycznych i leksykalnych (Panasiuk, 2008).

⁵ Oligofazja to zaburzenie mowy będące wynikiem niewykształcenia się kompetencji językowej, komunikacyjnej i kulturowej na skutek niepełnosprawności intelektualnej. U osób takich na skutek obniżenia mobilności ośrodkowego układu nerwowego kompetencje nie wykształcają się w ogóle lub wykształcają się w stopniu niewystarczającym do prawidłowej realizacji wypowiedzi. To zaburzenie komunikacji językowej osób, które gorzej w stosunku do normy budują i wykorzystują struktury pojęciowe, dokonując utrudnionej i zaburzonej eksploracji rzeczywistości. Zakłócenia komunikacji językowej, uwidaczniające się na każdej płaszczyźnie opisu języka, zubażają proces wyrażania znaczeń, ujmowania myśli i docierania do rzeczywistości. Oligofazja może być spowodowana uszkodzeniem lub niedorozwojem ośrodkowego układu nerwowego, zaburzeniami zmysłów, zaburzeniami w zakresie motoryki dużej i małej (Michalik, 2011).

⁶ Dyzartria o podłożu mózgowego porażenia dziecięcego, w przeciwieństwie do wcześniej opisanych zaburzeń, będących najczęściej wynikiem uszkodzeń lub niedokształcenia mózgowia na po-

Wszystkie wymienione zaburzenia komunikacji językowej, będące wynikiem wcześniej zaistniałych uszkodzeń i dysfunkcji OUN, mimo różnej etiologii, skutkują w znacznym stopniu podobnymi nieprawidłowościami rozwojowymi. Zaliczyć do nich można: zaburzenia myślenia pojęciowego (zredukowana zdolność do wyodrębniania cech istotnych przedmiotu), spowolnienie myślenia, obniżenie zakresu uwagi, zakłócenia procesów wolicjonalno-motywacyjnych, zaburzenia pamięci, opóźnienia i zaburzenia rozwoju psychoruchowego, funkcji wzrokowych i słuchowych, zaburzenia koordynacji i integracji ruchowej, wzrokowo-ruchowej, słuchowo-ruchowej, zakłócenia w ujmowaniu stosunków przestrzennych, zaburzenia lateralizacji, zaburzenia procesów emocjonalnych i zachowania. Ponadto każde z tych zaburzeń związane jest ściśle z niewykształconą kompetencją językową (umiejętność budowania zdań gramatycznie poprawnych), komunikacyjną (wiedza na temat wzorców zachowań językowych stosowanych w życiu społecznym) oraz poznawczą, kulturową (wiedza o świecie i sobie samym). Tym samym wymagają one wdrożenia jednej prognostycznej procedury postępowania logopedycznego – budowania wszystkich lub niektórych kompetencji (Grabias, 2012a, 2012b).

Metodyka neurolingwistyki a podstawowe działania logopedyczne⁷

W związku z faktem, że opisane zaburzenia mowy są po pierwsze wynikiem uszkodzeń i dysfunkcji w obrębie OUN oraz, po drugie, doprowadzają

ziomie kory mózgowej, jest skutkiem defektów w strukturach podkorowych towarzyszących mózgowemu porażeniu dziecięcemu (mpd.). Zaburzenie to, będąc wynikiem uszkodzenia ośrodków i dróg unerwiających aparat mowy, powodujących zakłócenia oddechowo-fonacyjno-artykulacyjne, jest jednocześnie funkcją zaburzeń motoryczno-posturalnych, zmysłowych i intelektualnych. Zważywszy na uszkodzenia poszczególnych ośrodków kontroli ruchu w OUN, należy wyróżnić trzy typy dyzartrii o podłożu mpd: 1. spastyczny, wiążący się z deprywacjami w obrębie układu piramidowego; 2. dyskinetyczny, powstający w wyniku uszkodzeń układu pozapiramidowego; 3. ataktyczny, będący skutkiem uszkodzenia mózdkowego ośrodka koordynacji mowy. Nieprawidłowości rozwojowe zachodzące na skutek uszkodzenia OUN w okresie najintensywniejszego jego rozwoju mają później negatywny wpływ na proces wyrażania znaczeń, ujmowania myśli i docierania do rzeczywistości (Michalik, 2015, 2016).

⁷ Rozdział artykułu jest poszerzoną i zmodyfikowaną wersją rozdziału zatytułowanego *Нейролингвистические основы логопедических действий – общие места нейролингвистики и логопедии*, stanowiącego część studium *Нейролингвистические основы логопедической*

do zaburzeń elementarnych i złożonych procesów poznawczych, możliwa jest dwuaspektowa perspektywa ich oglądu. Pierwszą wyznacza logopedia i jej zainteresowania biologicznymi determinantami rozwoju i zaburzeń mowy, drugą – neurolingwistyka, analizująca językowe funkcjonowanie człowieka w odniesieniu do aktywności jego struktur mózgowych i pracy umysłu, posługująca się metodami eksperymentalnymi, elektrofizjologicznymi, neuroobrazowymi, a także instrumentarium metodologicznym wyrosłym z językoznawstwa. Konkretnie, wyznaczając wspólne miejsca tych dwóch dyscyplin naukowych, należy bez wątpienia wykazać użyteczność następujących sfer badawczych neurolingwistyki w procesie diagnozy i terapii logopedycznej: technik neuroobrazowania OUN, badań dotyczących plastyczności OUN, analiz takich zjawisk, jak pamięć, rutynizacja, werbalizacja.

Neuroobrazowanie OUN a praktyka logopedyczna. Techniki radiologiczne (rentgenowskie) informują jedynie o stanie struktur kostnych, np. czaszki. Tomografia komputerowa (CT – *Computer Assisted Tomography*) oraz nuklearny rezonans magnetyczny (NMR – *Nuclear Magnetic Resonance*) pozwalają oceniać strukturę poszczególnych warstw tkanki mózgowej, natomiast komputerowa tomografia emisyjna pojedynczego fotonu (SPECT – *Scan, Single Photon Emission Computerized Tomography*), a także tomografia pozytronowa emisyjna (PET – *Scan, Positron Emission Tomography*) dostarczają m.in. danych o metabolizmie tkanki mózgowej. Z kolei czynnościowa tomografia rezonansu magnetycznego (f-MRI – *Functional Magnetic Resonance Imaging*) umożliwia rejestrację zachodzących w czasie zmian biochemicznych i fizjologicznych (Herzyk, 2005; Mazurkiewicz-Sokołowska, 2006). Inną, wielce obiecującą z diagnostycznego, ale i terapeutycznego punktu widzenia metodą jest przezczaszkowa stymulacja magnetyczna (TMS – *Transcranial Magnetic Stimulation*), która została rozpowszechniona w połowie lat 90. XX w. Polega ona na wykorzystaniu impulsów silnego pola magnetycznego do stymulacji różnych okolic kory mózgowej człowieka. Początkowo TMS wykorzystywane było jako narzędzie diagnostyki neurologicznej do badania przewodnictwa w drogach ruchowych. Nieco później podjęte zostały badania nad wykorzystaniem TMS w terapii niektórych zaburzeń

диагностики и коррекции при ранних повреждениях центральной нервной системы, zamieszczonego w drugim numerze czasopisma Дефектология z 2016 r. (por. Michalik, 2016).

neurologicznych czy psychicznych (depresja, choroba Parkinsona) (Zyss, 2013; por. także Michalik, 2016).

W logopedycznej praktyce diagnostycznej techniki neuroobrazowania mogą być kluczowe w przypadku: różnicowania alalii prolongaty i alalii, rozpoznawania określonego typu dyzartrii o podłożu mpd⁸, oceny zmian niedotlenieniowo-niedokrwiennych mózgowia, analizy zmian strukturalnych i funkcjonalnych na poziomie kory mózgowej informujących m.in. o biologicznym profilu niepełnosprawności intelektualnej dziecka dotkniętego oligofazją (por. Michalik, 2015, 2016).

Badania nad plastycznością OUN. Programowanie terapii każdego pacjenta dotkniętego zaburzeniami rozwojowymi powinno uwzględniać procesy związane z neuroplastycznością mózgu. Nie inaczej rzecz przedstawia się w przypadku dzieci dotkniętych wczesnymi uszkodzeniami OUN. Z kilku typów neuroplastyczności wyróżnianych ze względu na mechanizm aktywizujący procesy plastyczności w mózgu – rozwojowej, kompensacyjnej (pouszkodzeniowej), wywołanej wzmożonym doświadczeniem, związanej z uczeniem się i pamięcią, występującej przy powstawaniu uzależnień, patologicznej, czyli np. przy epileptogenezie, bólu neuropatycznym (Panaśkiuk, 2014) – podczas programowania terapii neurologopedycznej zaburzeń pre- lub perilingwalnych, do których zalicza się opisane zaburzenia mowy, powinien być uwzględniany profil neurobiologicznych zależności wynikający przede wszystkim ze wzmożonego doświadczenia oraz uczenia się i pamięci. Organizując proces szeroko rozumianej edukacji dziecka z uszkodzeniami OUN, na pewno należy odwoływać się do zjawiska neuroplastyczności wywołanej wzmożonym doświadczeniem, w którego wyniku dochodzi do przekształceń w obrębie uszkodzonego mózgu pod wpływem doświadczeń czuciowych lub ruchowych. Na skutek ciągle powtarzanych działań terapeutycznych ulegają wzmocnieniu szlaki neuronalne (tamże). Natomiast skupiając się na samym programowaniu terapii logopedycznej, kluczowa wydaje się plastyczność związana z uczeniem się i pamięcią,

⁸ Przykładowo, asymetria komórek mózgowych stwierdzana jest w spastycznym niedowładzie połowicznym oraz w obustronnym niedowładzie kurczowym, czyli typach spastycznych, zaś wodogłowiowe poszerzenie komórek mózgu obserwuje się w niedowładzie czterokończynowym (obustronnym niedowładzie połowicznym). Rezonans magnetyczny (MRI), przydatny w ocenie zmian niedotlenieniowo-niedokrwiennych mózgowia, może pomóc w prognozowaniu postaci podkorowej (atetotycznej) oraz obustronnego niedowładu kurczowego. Ponadto stwierdzone w badaniu uszkodzenie jąder podkorowych (częściej występujące u dzieci z epilepsją) zwiększa ryzyko wystąpienia niepełnosprawności intelektualnej (Kuślak, Sobaniec, 2015).

czyli zdolność zdrowego lub uszkodzonego mózgu do tworzenia nowych ścieżek neuronalnych w wyniku powtarzania czynności i ich utrwalania (tamże). Ten typ plastyczności, szczególnie w aspekcie sprawności językowych, należy łączyć ze zjawiskiem rutynizacji, zwanej też automatyzacją lub tworzeniem nawyku poznawczego, czyli procesem tworzenia jednostek językowych na skutek dużej liczby powtórzeń. Plastyczność rozwojowa, czyli zdolność rozwijającego się mózgu do tworzenia wielu nowych połączeń nerwowych w związku z przyswajaniem różnych umiejętności, np. opanowywaniem umiejętności chodzenia, rozwojem mowy itd., która zapewnia dostosowanie się młodego organizmu do środowiska w wyniku interakcji z nim, w przypadku dzieci z wczesnymi uszkodzeniami mózgowia posiada wymiar patologiczny. Wynika to z dwóch faktów: 1. utrudnionego przyswajania nowych umiejętności. Deprywacje, np. w sferze rozwoju posturalnego, motorycznego, intelektualnego czy językowego, są najczęściej tak duże, że nowe połączenia nerwowe nie spełniają funkcji im przynależnych lub skutkują dysfunkcjami (proweniencja endogenna); 2. zaburzonych interakcji dziecka z uszkodzeniami OUN ze środowiskiem (proweniencja egzogenna). Reasumując, badania nad plastycznością OUN są szczególnie pomocne podczas programowania i realizowania procesu terapii neurologopedycznej dzieci dotkniętych wczesnymi uszkodzeniami mózgowia (por. Michalik, 2016).

Pamięć i rutynizacja. Pamięć (funkcja psychiczna, neuropoznawcza będąca zdolnością do kodowania, przechowywania oraz wydobywania informacji, zachodząca dzięki funkcji OUN polegającej na tworzeniu oraz magazynowaniu śladów uprzednich doświadczeń) i rutynizacja (automatyzacja, kształtowanie nawyku poznawczego) wywierają bezpośredni wpływ na nabywanie języka (Mietz, 2016). Przykładowo ta ostatnia może dotyczyć zarówno nawyków artykulacyjnych, jak i stałych związków formy oraz znaczenia, które decydują o symbolicznej naturze języka (Bierwiaczonek, 2006). Pamięć i rutynizacja są zagadnieniami neurolingwistycznymi, gdyż: po pierwsze mają swoją lokalizację mózgową (przede wszystkim formacja hipokampa, kora przedczołowa), po drugie są zależne od plastyczności OUN. Z kolei za dopisaniem ich w poczet problemów logopedycznych przemawiają następujące argumenty: po pierwsze zalicza się je do biologicznych determinant rozwoju mowy (Grabias, 2012a, 2012b); po drugie ich zaburzenia współtowarzyszą wielu zakłóceniom komunikacji językowej (oligofazji, afazji, pragnozji, niedokształceniu mowy o typie afazji, alalii,

zakłóceniom porozumiewania się będących skutkiem chorób neurodegeneracyjnych, psychicznych, epilepsji); po trzecie niemożliwe wydaje się prowadzenie terapii logopedycznej, np. w zakresie programowania językowego, bez uwzględnienia specyfiki tych dwóch procesów. Przeprowadzone w Zakładzie Neurolingwistyki Uniwersytetu Pedagogicznego w latach 2014/2015 eksperymenty neurolingwistyczne badające pamięć i rutynizację upoważniają do postawienia następujących wniosków: po pierwsze, wraz z kolejnymi powtórzeniami zwiększa się ilość zapamiętanych elementów; po drugie, szybkość zapamiętywania uzależniona jest od rodzaju materiału stanowiącego przedmiot uczenia się (badane osoby najlepsze rezultaty uzyskały w przypadku uczenia się ciągu cyfr, gorsze w wypadku sylab, największe trudności sprawiało im natomiast przyswajanie szeregu asemantycznych słów); po trzecie, szybkość uczenia się przez powtarzanie u dzieci wzrasta wraz z wiekiem (Mietz, 2016). Reasumując: zaburzenia pamięci i ograniczona możliwość kształtowania nawyków poznawczych, jako zjawiska neurolingwistyczne mające związek ze strukturalnym podłożem, mogą być konsekwencją wczesnych uszkodzeń OUN. Jednocześnie są jedną z cech specyficznych wymienionych zaburzeń mowy o proveniencji mózgowej – alalii, niedokształcenia mowy o typie afazji, oligofazji, dyzartrii o podłożu mpd (Michalik, 2016).

Werbalizacja. Kodowanie pamięciowe jest zbiorem operacji, które wiążą się z przekształceniem informacji w formę właściwą dla danego systemu pamięciowego (por. Szperlak, 2016). Występuje ono na różnych stopniach przetwarzania informacji i wiąże się zazwyczaj z pewną selekcją, organizowaniem oraz dopasowaniem informacji do danych wcześniej zmagazynowanych w pamięci. Chcąc zakodować dane informacje, wykorzystuje się pewnego rodzaju formy aktywności, wśród których istotna jest werbalizacja, czyli nadawanie określeń słownych postrzeganym treściom niewerbalnym (przedmiotom, sytuacjom, obrazom itp.); nazywanie, opisywanie (Chlewiński i in., 1997). Werbalizacja wpływa na zjawisko wybiórczości pamięci – zapamiętane jest to, co było wcześniej nazwane, inaczej mówiąc, spełnia ona funkcję wyodrębniającą. Rozważając zjawisko werbalizacji, nie można pominąć faktu, że ta forma aktywności może spełniać zarówno pozytywną, jak i negatywną rolę w procesie zapamiętywania. W przypadku zgodności desygnatów słów z przedmiotem spostrzeżenia obrazowego werbalizacja spełnia zazwyczaj rolę pozytywną, w jej następstwie efekt procesów pamięci ulega podwyższeniu. Jeśli natomiast

utrwalone w doświadczeniu osobnika ogólne obrazy desygnatów określeń nie są zgodne z przedmiotem spostrzeżenia, to następujące w procesach pamięci deformacje zachodzą często w kierunku wyznaczonym treścią słów (Włodarski, 1968). Badania wpływu werbalizacji na procesy pamięciowe przeprowadzone w 2015 r. w Zakładzie Neurolingwistyki Uniwersytetu Pedagogicznego w Krakowie wykazały, że włączenie do eksperymentu formy aktywności, jaką jest werbalizacja, powodowało lepsze wyniki zapamiętywania materiału niewerbalnego u dzieci w każdej grupie wiekowej (por. Szperlak, 2016). Ponadto najlepsze wyniki uzyskano w próbach z użyciem obrazków w negatywie i pozytywie, w przeciwieństwie do obrazków kolorowych. Dodatkowo trzeba wspomnieć, że uzyskane wyniki wpisały się w rozwojowy model pamięci u dzieci. Najślabiej radziły sobie pięciolatki, które nie mają jeszcze opanowanych strategii pamięciowych, natomiast u trzecio- i piątoklasistów różnice nie są już aż tak znaczące. Wynika z tego, że to właśnie przedszkolaki najbardziej potrzebowały werbalizacji, aby ich zapamiętywanie było efektywniejsze, natomiast u dzieci starszych niewątpliwie jest ona pomocna, ale nie wydaje się konieczna (tamże). Reasumując: przeprowadzone neurolingwistyczne eksperymenty potwierdzają znaczenie werbalizacji w pamięciowym przetwarzaniu informacji. Zważywszy na fakt, że terapia logopedyczna jest terapią słowem mówionym, werbalizowanym, warto włączyć wyniki badań neurolingwistycznych w tym zakresie w prognostyczną, logopedyczną procedurę terapeutyczną (por. Michalik, 2016; Szperlak, 2016).

Podsumowanie

Neurolingwistyka i logopedia to subdyscypliny lingwistyki stosowanej. Obie za jeden z przedmiotów swych zainteresowań uczyniły mowę będącą funkcją OUN. Każda z nich wykorzystuje uzyskiwane wyniki badań do innych celów. Pierwsza dąży przede wszystkim do realizacji celów poznawczych, druga – stara się o najskuteczniejsze aplikowanie wiedzy dotyczącej zaburzeń mowy. Bez wątplenia zagadnieniem interesującym obie dyscypliny są językowe i poznawcze skutki wczesnych uszkodzeń OUN. W interpretacji takich zaburzeń mowy, jak alalia, oligofazja, niedokształcenie mowy o typie afazji, dyzartria o podłożu mpd, może okazać się pomocne instrumentarium metodyczne neurolingwistyki. Zakładając, że

metodyka jest praktycznym zastosowaniem metod (Hamerlińska-Latecka, 2017), metody diagnostyczne neurolingwistyki otwierają nowe i skuteczniejsze możliwości niwelowania skutków zaburzeń mowy wynikających z wczesnych uszkodzeń mózgowia u dzieci.

Bibliografia

- Bierwiazzonek, B. (2006). O języku ucieleśnionym. W: O. Sokołowska, D. Stanulewicz (red.), *Językoznawstwo kognitywne III* (s. 444–479). Gdańsk: Wydawnictwo UG.
- Chlewiński, Z., Hankała, A., Jagodzińska, M. i inni (1997). *Psychologia pamięci. Leksykon*. Warszawa: Wydawnictwo Wiedza Powszechna.
- Edelman, G.M. (1998). *Przenikliwe powietrze, jasny ogień. O materii umysłu*. Warszawa: PIW.
- Grabias, S. (2012a). O ostrość refleksji naukowej. Przedmiot logopedii i procedury logopedycznego postępowania. W: S. Milewski, K. Kaczorowska-Bray (red.), *Logopedia. Wybrane aspekty historii, teorii i praktyki* (s. 56–69). Gdańsk: Harmonia Universalis.
- Grabias, S. (2012b). Teoria zaburzeń mowy. Perspektywy badań, typologie zaburzeń, procedury postępowania logopedycznego. W: S. Grabias, M. Kurkowski (red.) *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy* (s. 15–71). Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Grabias, S., Panasiuk, J., Woźniak, T. (red.) (2015). *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego*. Lublin: UMCS.
- Grucza, F. (1983). *Zagadnienia metalingwistyki. Lingwistyka – jej przedmiot, lingwistyka stosowana*. Warszawa: PWN.
- Hamerlińska-Latecka, A. (2017). Metodyka logopedyczna w przypadku osób po laryngektomii całkowitej. *Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis* 225, *Studia Logopaedica*, VI. 89–100.
- Herzyk, A. (2005). *Wprowadzenie do neuropsychologii klinicznej*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Kita, M. (2012). Razem. Konsiliencja, interdyscyplinarność, transdyscyplinarność. W: M. Kita, M. Ślawska (red.), *Transdyscyplinarność badań nad komunikacją medialną*, t. 1: *Stan wiedzy i postulaty badawcze* (s. 11–30). Katowice: UŚ.
- Kövecses, Z. (2011). *Język, umysł, kultura. Praktyczne wprowadzenie*. Kraków: Universitas.
- Kułak, W., Sobaniec, W. (2015). *Mózgowe porażenie dziecięce – standardy postępowania*, http://www.imed.pl/index.php?PAGE=telegram&TEL_CUR_ID=226&return=archives, dostęp: 8.07.2015.
- Kurcz, I., Okuniewska, H. (2011). Wstęp. W: I. Kurcz, H. Okuniewska (red.), *Język jako przedmiot badań psychologicznych. Psycholingwistyka ogólna i neurolingwistyka*. Warszawa: Wydawnictwo Academica.
- Mazurkiewicz-Sokołowska, J. (2006). *Transformacje i strategie wiązania w lingwistycznych badaniach eksperymentalnych*. Kraków: Universitas.

- Mazurkiewicz-Sokołowska, J. (2010). *Lingwistyka mentalna w zarysie. O zdolności językowej w ujęciu integrującym*. Kraków: Universitas.
- Michalik, M. (2011). *Kompetencja składniowa w normie i w zaburzeniach*. Kraków: UP.
- Michalik, M. (2015). *Mózgowe porażenie dziecięce w teorii i praktyce logopedycznej*. Gdańsk: Harmonia Universalis.
- Michalik, M. (2016). Nejrolingvističeskie osnovy logopedičeskoj diagnostiki i korekcii pri rannih povreždeniâh central'noj nervnoj sistemy. *Defektologîa*, 2, s. 60–68.
- Mietz, K. (2016). *Pamięć, rutynizacja a nabywanie języka – eksperyment psycholingwistyczny*. *Neurolingwistyka Praktyczna* 2, 52–72.
- Nęcka, E., Orzechowski, J., Szymura, B. (2006). *Psychologia poznawcza*. Warszawa: WN PWN.
- Okoń, W. (1998). *Nowy słownik pedagogiczny*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak.
- Panasiuk, J. (2008). Standard postępowania logopedycznego w przypadku alalii i niedokształcenia mowy o typie afazji. *Logopedia*, 37, 69–88.
- Panasiuk, J. (2014). Terapia zaburzeń mowy u chorych neurologicznie a mechanizmy neuroplastyczności. W: M. Michalik (red.), *Diagnoza i terapia logopedyczna osób dorosłych i starszych* (s. 41–65). Kraków: Collegium Columbinum.
- Panasiuk, J., Zyss, T., Michalik, M., Ryszka-Kurczab, M. (2015). Przedmiot neurolingwistyki. *Neurolingwistyka Praktyczna*, 1, 7–14.
- Pilarska, E. (2014). Neurologiczne podstawy zaburzeń mowy u dzieci. W: S. Milewski, J. Kuczkowski, K. Kaczorowska-Bray (red.), *Biomedyczne podstawy logopedii* (s. 68–82). Gdańsk: Harmonia Universalis.
- Rittel, T. (1994). *Podstawy lingwistyki edukacyjnej. Nabywanie i kształcenie języka*. Kraków: Wydawnictwo Naukowe WSP.
- Stasiak, J. (2008). Standard postępowania logopedycznego w przypadku alalii prolongaty. *Logopedia*, 37, s. 39–57.
- Szperlak, M. (2016). Czy werbalizacja materiału o charakterze niewerbalnym ma wpływ na jego zapamiętanie? – ujęcie badawcze. *Neurolingwistyka Praktyczna*, 2, 73–91.
- Włodarski, Z. (1968). *Rola werbalizacji w procesach pamięci u dzieci*. Wrocław: Ossolineum.
- Zyss, T. (2013). Historia badań nad mózgową lateralizacją funkcji językowych. W: M. Michalik, A. Siudak, H. Pałowska-Jaroń (red.), *Nowa Logopedia*, t. 4: *Interakcyjne uwarunkowania rozwoju i zaburzeń mowy* (s. 43–65). Kraków: Collegium Columbinum.

Justyna Żulewska

Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie
Zakład Logopedii i Lingwistyki Edukacyjnej Instytut Wspomagania Rozwoju Człowieka i Edukacji

Małgorzata Nowis-Zalewska

Szpital Grochowski im. dr. med. Rafała Masztaka w Warszawie
Oddział Terapii i Rehabilitacji Neurologicznej

NAZYWANIE A UMIEJĘTNOŚĆ WYKORZYSTANIA NAZW W POROZUMIEWANIU SIĘ PACJENTÓW Z AFAZJĄ RUCHOWĄ

STRESZCZENIE

Jednym z najczęstszych objawów związanych z uszkodzeniem lewej półkuli mózgu oraz afazją jest anomia. Przejawia się ona brakiem reakcji w sytuacji, kiedy trzeba użyć określonej nazwy lub problemami ze znalezieniem odpowiedniego słowa w mowie swobodnej. Autorki przedstawiły umiejętność wykorzystania ćwiczonych podczas terapii logopedycznej nazw w porozumiewaniu się z otoczeniem pacjentów z afazją ruchową. Zainteresowanie tym zagadnieniem wynika z obserwacji zachowań językowych tej grupy chorych. Zauważono, że pacjenci są często w stanie przywołać nazwę przedmiotu na podstawie prezentowanego obrazka lub w odpowiedzi na zadawane pytania, jednak podczas swobodnej rozmowy lub w sytuacji komunikacyjnej nie są w stanie zaktualizować odpowiedniej nazwy w celu przekazania informacji językowej rozmówcy.

Słowa kluczowe: udar, afazja, anomia, zaburzenia nazywania

ABSTRACT

One of the most common symptoms connected with the damage of the left hemisphere and aphasia is anomia. It displays itself in the lack of reaction in the situation when one needs to use a specific name or in case of problems with finding a suitable word in the casual talk. In their presentation the authors tackled the ability to use the names practiced during speech therapy in the communication with the patients suffering from motor aphasia. The interest in this issue results from the observations of language behaviours displayed by this patient group. It was noticed that the patients are often able to recall the name of the item on the basis of the presented picture or as the reply to the question which was asked; however, during a casual conversation or in a communication situation they fail to update a given name in order to convey the language information to the interlocutor.

Key words: stroke, aphasia, anomia, naming disorders

Deficyty w zakresie nazywania obserwuje się u wszystkich pacjentów z afazją. Przejawiają się one brakiem reakcji w sytuacji, kiedy trzeba użyć określonej nazwy w zadaniach nazywania oraz problemami ze znalezieniem odpowiedniego słowa w mowie spontanicznej i dialogowej. W przypadku głębokich zaburzeń nazywania chory nie jest w stanie podać żadnej nazwy, widoczny jest brak reakcji, sygnalizowanie nazwy bądź trudności w jej przywołaniu gestem i/lub dźwiękiem. Przy mniejszych trudnościach deficyty nominacyjne mogą przejawiać się w różnorodny sposób. Mariusz Maruszewski (1966) wyróżnił cztery typy zaburzeń czynności nazywania w afazji:

1. Niemożność znalezienia nazwy, która może przejawiać się gestem lub wyrażeniem stanu emocjonalnego, co świadczy o tym, że przedmiot został rozpoznany.
2. Omówienia – zamiast podania nazwy pokazanego przedmiotu chory wypowiada liczne sformułowania dotyczące różnych jego cech, zastosowania, osobistych wspomnień dotyczących tego przedmiotu itp.
3. Parafazje werbalne – zamiast podania nazwy pokazanego przedmiotu pojawia się inne słowo, będące nazwą innego przedmiotu. Wśród parafazji werbalnych Maruszewski (tamże) wyróżnia parafazje semantyczne (pacjent podaje nazwę przedmiotu należącego do tej samej kategorii ogólniejszej, bądź powiązanego z przedmiotem sytuacyjnie, funkcjonalnie itp.), persewercje (pacjent podaje nazwę przedmiotu poprzednio pokazanego lub wypowiedzianego) oraz takie parafazje werbalne, w których pacjent podaje nazwę o podobnym wzorcu słuchowo-ruchowym do nazwy właściwej lub przypadkowe słowo, które nie ma związku z nazwą właściwą.
4. Zniekształcenia wzorca słuchowo-ruchowego nazwy. W tym wypadku w podawanych przez pacjentów słowach następuje zamiana właściwych głosek na inne (parafazje głoskowe), pojawiają się dodatkowe głoski, opuszczenia głosek, poszukiwanie prawidłowego brzmienia nazwy oraz wypowiedzianie słów nieistniejących w języku polskim.

Jak zostało już zaznaczone, trudność w aktualizacji nazw widoczna jest podczas zadania nazywania, ale również w sytuacji, gdy chory ma wypowiadać całe zdania – w dialogu lub opowiadaniu. W prezentowanej pracy została poddana analizie umiejętność wykorzystania ćwiczonych podczas terapii logopedycznej nazw w porozumiewaniu się z otoczeniem pacjentów z afazją ruchową. Zainteresowanie tym zagadnieniem

wynikało z obserwacji zachowań językowych tej grupy chorych. Autorki pracują w szpitalu na Oddziale Terapii i Rehabilitacji Neurologicznej, gdzie mają możliwość obserwowania zachowań komunikacyjnych pacjentów nie tylko podczas prowadzonej terapii logopedycznej, lecz także podczas innych aktywności i sytuacji – ćwiczeń rehabilitacyjnych, posiłków, odwiedzin bliskich. Mają również możliwość konsultowania spostrzeżeń z personelem medycznym oraz osobami odwiedzającymi pacjenta. Zaobserwowano, że pacjenci są w stanie przywołać nazwę przedmiotu na podstawie prezentowanego obrazka lub w odpowiedzi na zadawane pytania, jednak podczas swobodnej rozmowy lub w sytuacji komunikacyjnej nie są w stanie zaktualizować odpowiedniej nazwy w celu przekazania informacji językowej swojemu rozmówcy. Zjawisko to zaobserwowano przede wszystkim w przypadku afazji ruchowej. Na oddziale szpitalnym, gdzie pracują autorki, przebywała pacjentka z afazją ruchową – pani Maria. Chora początkowo nie była w stanie przywołać żadnej nazwy na podstawie prezentowanego obrazka lub w odpowiedzi na pytanie, co więcej, nie była w stanie powtarzać pojedynczych dźwięków ani krótkich wyrazów. W trakcie prowadzonej terapii logopedycznej udało się poprawić funkcję nazywania na tyle, że pacjentka była w stanie podawać nazwy wybranych przedmiotów z otoczenia, m.in. kiedy prezentowano jej właściwy obrazek oraz kiedy zadawano przygotowane pytanie odnoszące się do nazwy, była w stanie używać słowa *basen* (w odniesieniu do naczynia do załatwiania potrzeb fizjologicznych). Nigdy jednak nie zdarzyło się, aby chora użyła tej nazwy w sytuacji, kiedy chciała poinformować pielęgniarkę, aby podała jej basen, używała natomiast gestów naturalnych oraz wypowiadała embol. Słowo *basen*, które bez problemu pojawiało się podczas nazywania przedmiotu, nigdy nie zostało użyte do przekazania informacji w sytuacji komunikacyjnej. Podobne sytuacje zaobserwowano u innych pacjentów przebywających na oddziale. Autorki podjęły się badań nad trudnościami związanymi z nazywaniem, zwracając uwagę na pewien aspekt szerokiego zagadnienia, jakim jest czynność nazywania.

Jedną z ważniejszych prób do oceny ekspresji językowej, jakiej poddawani są pacjenci z afazją, jest próba nazywania. W trakcie badania pacjenci są proszeni o podawanie nazw obiektów przedstawionych na obrazkach. Możemy również spotkać się z próbami, kiedy oceniane jest nazywanie w odpowiedzi na zadawane pytanie, przykładowo: „Co służy do mierzenia czasu?”. Jeśli zatem obserwujemy poprawę w zakresie nazywania, mamy

nadzieję, że w spontanicznej ekspresji językowej zaobserwujemy tego ślad. Wiele pomocy książkowych do terapii afazji jest opartych właśnie na ćwiczeniach nazywania bądź w postaci nazywania obrazków, bądź odpowiedzi pojedynczym słowem na postawione pytania. Jeśli jednak obserwujemy poprawę w wykonywaniu tych zadań, ale bez przełożenia na poprawę mowy dialogowej chorego, to stosowanie jedynie tego rodzaju ćwiczeń jest nieefektywne, ponieważ nie prowadzi do wykorzystania umiejętności nazywania do komunikacji pacjenta. A właśnie takiej poprawy oczekują pacjenci z afazją oraz ich rodziny. Autorki prezentują wyniki obserwacji, jakiej poddani zostali pacjenci z afazją ruchową.

Materiał i metody

Celem obserwacji było przedstawienie umiejętności wykorzystania ćwiczonych podczas terapii logopedycznej nazw w porozumiewaniu się pacjentów z afazją ruchową. W badaniach uczestniczyło dziesięć osób (trzy kobiety i siedmiu mężczyzn) po udarze niedokrwiennym mózgu ze zdiagnozowaną afazją ruchową, w tym pięciu chorych z ogniskiem niedokrwiennym zlokalizowanym w płacie czołowym, czterech z ogniskiem niedokrwiennym w okolicy czołowo-ciemieniowej oraz jeden z patologią okolicy czołowo-skroniowej. Średnia wieku pacjentów wynosiła 58 lat (tabela 1). Należy zaznaczyć, że do obserwacji zakwalifikowano osoby z ciężkimi postaciami afazji ruchowej. W przeprowadzonej po przyjęciu na oddział próbie nazywania w postaci 31 obrazków z Bostońskiego Testu Nazywania siedmioro badanych nie nazywało ani jednego obrazka, jeden pacjent podał nazwy trzech obrazków, a dwoje pacjentów właściwie nazwało pięć

Tabela 1. Uczestnicy badania

Badani pacjenci	Lokalizacja ogniska niedokrwiennego		Średnia wieku	Płeć		
	płat czołowy	5		58	Kobiety	3
	okolica płata czołowo-ciemieniowego	4			Mężczyźni	7
	okolica płata czołowo- skroniowego	1				

obrazków. Jedynie u dwojga pacjentów ekspresja językowa była ograniczona do sporadycznego wypowiedziania pojedynczych słów, żaden z badanych nie posługiwał się formą zdania.

Pacjenci brali udział w terapii logopedycznej. Do przygotowanego planu terapii włączono zadania utrwalające nazywanie żywności, która jest podawana w szpitalu na śniadanie, oraz nazwy ubrań, które pacjent ma na sobie w trakcie pobytu w szpitalu oraz kiedy wychodzi na zewnątrz. Były to następujące słowa:

ŻYWNOSĆ: herbata, jajko, kanapka, kawa, masło, szynka, zupa mleczna

UBRANIA: buty, czapka, bluzka, kurtka, skarpety, spodnie, szalik.

Wyniki

Po około dwóch miesiącach terapii zaobserwowano, że pacjenci są w stanie podać nazwy prezentowanych obrazków. W przypadku nazw żywności zaobserwowano, że jedynie dwoje badanych miało kłopot z aktualizacją wyrazu *kanapka* oraz *masło*, a jeden badany nie nazwał obrazka przedstawiającego *szynkę*. Badani podali prawidłowe nazwy dla pozostałych desygnatów znajdujących się na obrazkach (tabela 2).

Tabela 2. Wyniki uzyskane w próbie nazywania obrazków (żywność)

	Prawidłowa nazwa	Brak nazwy
<i>Herbata</i>	10	–
<i>Jajko</i>	10	–
<i>Kanapka</i>	8	2
<i>Kawa</i>	10	–
<i>Masło</i>	8	2
<i>Szynka</i>	9	1
<i>Zupa mleczna</i>	10	–

W próbie nazywania obrazków, na których znajdowały się ubrania, każdy z badanych podał prawidłową nazwę dla obrazków przedstawiających *buty*, *czapkę*, *spodnie*. Trudności zaobserwowano w przypadku użycia nazw *skarpety*, *bluzka*, *szalik*, *kurtka* (tabela 3).

Tabela 3. Wyniki uzyskane w próbie nazywania obrazków (ubrania)

	Prawidłowa nazwa	Brak nazwy
<i>Buty</i>	10	–
<i>Czapka</i>	10	–
<i>Bluzka</i>	7	3
<i>Kurtka</i>	9	1
<i>Skarpety</i>	6	4
<i>Spodnie</i>	10	–
<i>Szalik</i>	8	2

Podczas kolejnych zajęć terapeuta próbował poprowadzić dialog z pacjentem. Zadawano choremu pytania, które dawały możliwość użycia ćwiczonych słów. Podczas kierowanej rozmowy pytano, co danego dnia było podane na śniadanie. Kierowano również pytanie na temat tego, jaki strój ma na sobie pacjent podczas ćwiczeń oraz kiedy wychodzi na dwór. W przypadku dialogu, którego tematem była żywność, nie oczekiwano, że każde z ćwiczonych słów zostanie wykorzystane, ponieważ danego dnia na śniadanie były jedynie określone produkty. U trojga pacjentów w dialogu pojawiło się słowo *zupa mleczna*, a u dwojga *herbata* i *kanapka*. Słowo *szynka* nie wystąpiło w dialogu u żadnego z chorych (tabela 4). W dialogu, w którym chory mógł wykorzystać ćwiczone słowa z kategorii ubrania, u czworga pacjentów pojawiło się słowo *buty*, u trojga zaobserwowano słowa *kurtka* i *spodnie*, a dwoje pacjentów przywołało nazwę *szalik* (tabela 5).

Tabela 4. Wyniki uzyskane w próbie dialogu (żywność)

	Nazwa użyta w dialogu	Brak nazwy w dialogu
<i>Herbata</i>	2	8
<i>Kanapka</i>	2	8
<i>Szynka</i>	0	10
<i>Zupa mleczna</i>	3	7
RAZEM	7	33

Tabela 5. Wyniki uzyskane w próbie dialogu (ubrania)

	Nazwa użyta w dialogu	Brak nazwy w dialogu
<i>Buty</i>	4	6
<i>Czapka</i>	0	10
<i>Bluzka</i>	0	10
<i>Kurtka</i>	3	7
<i>Skarpety</i>	0	10
<i>Spodnie</i>	3	7
<i>Szalik</i>	2	8
RAZEM	12	58

W dalszej części przytoczone są trzy dialogi pomiędzy terapeutą a pacjentem. Pogrubioną czcionką oznaczono oczekiwane, ćwiczone podczas zajęć logopedycznych słowa, które pojawiły się w dialogu.

PACJENT 1 (P1)

ŻYWNOSĆ

Terapeuta: Co było dziś na śniadanie?

Pacjent: **Chleb z masłem** i z tą, no men, mentos, nie, nie taka jakby, yyy, no taka (cisza).

Terapeuta: Czy to była szynka lub ser?

Pacjent: No coś takiego, tak jakby to było takie coś, no yyy.

Terapeuta: Czy to był ser?

Pacjent: Nie, nie, to była taka, ale to może taka była, coś takiego, yyy.

Terapeuta: Czy to była szynka?

Pacjent: Tak, to tak było.

Terapeuta: Coś jeszcze Pan jadł lub pił dziś rano?

Pacjent: Znaczy było ten, no yyy, no ten, no taki yyy, **herbatę** no.

UBRANIA

Terapeuta: Idzie Pan zaraz na rehabilitację, musi się Pan przebrać, co Pan założy?

Pacjent: Tutaj do mnie takie yyy (wskazuje spodnie) i te no yyy (wskazuje na swoje stopy), i te do tego yyy i do tego **buty**.

Terapeuta: Coś jeszcze Pan założy?

Pacjent: Tak, no te, te trzeba, no te yyy.

Terapeuta: Zanim Pan włoży buty, założy Pan bawełniane...

Pacjent: Pety, te no skalety, nie, to no yyy.

Terapeuta: Tak, założy Pan bawełniane...

Pacjent: Skan, nie skar, skarpety mnie przywiozła.

Terapeuta: Właśnie, skarpety trzeba założyć na stopy.

Pacjent: No i tego jeszcze, tego no, takie o (pacjent wskazuje na koszulkę, którą ma na sobie) yyy, to to tak właśnie, no yyy, no yyy yyy.

Terapeuta: To luźna, bawełniana...

Pacjent: Bluzka no. I te no te yyy **spodnie**.

Terapeuta: Tak. A jak będzie Pan wychodził ze szpitala, to już może być całkiem zimno, to co takiego jeszcze Pan na siebie założy?

Pacjent: O proszę Panią, nobek, znaczy ten nobek, nie wiem jak się nazywa, takie uszka co są yyy no te no takie jak tu jest, no yyy, no nie, no yyy (wskazuje na głowę).

Terapeuta: Tak. Na głowę przyda się ciepła, wełniana...

Pacjent: No taka, jak yyy, nie.

Terapeuta: To będzie cza...

Pacjent: Czapka to będzie no taka, yyy no i mam taką, mam od niej, taką, **kurtkę**, taką no.

Pacjent w próbie nazywania żywności oraz ubrań nazwał wszystkie prezentowane obrazki. W dialogu, którego tematem była żywność, pojawiły się jedynie dwa z oczekiwanych słów – *chleb z masłem* (kanapka) oraz *herbata*. W przypadku ubrań pojawiły się słowa: *buty*, *spodnie* oraz *kurtka* (tabele 6 i 7).

PACJENT 2 (P7)

ŻYWNOSĆ

Terapeuta: Co było dziś na śniadanie?

Pacjent: Dziecie, no, sene nana (cisza).

Terapeuta: Pewnie była jak zwykle zupa...

Pacjent: Mleczna.

Terapeuta: I z chleba zrobione...

Pacjent: Kulki.

Terapeuta: Kanapki, i na kanapkach był plasterek świeżej...

Pacjent: Many te.

Terapeuta: Plasterek świeżej szy...

Pacjent: Szynki.

Terapeuta: Tak, a do picia była ...

Pacjent: No, ze dy, no yyyy ma ... ta ... po ... (niezidentyfikowane dźwięki)

Terapeuta: Do picia była ziołowa ...

Pacjent: No.

Terapeuta: Ziołowa her...

Pacjent: Herbata.

UBRANIA

Terapeuta: Już niedługo wychodzi Pani ze szpitala, będzie już całkiem zimno. Co Pani założy na siebie, aby wyjść na dwór?

Pacjent: Do ... no ... wo... wie dy ki.

Terapeuta: Na pewno coś ciepłego Pani założy, bo jest zimno, czyli przyda nam się na pewno ciepła ...

Pacjent: Kura.

Terapeuta: Tak ciepła, kurtka.

Pacjent: No.

Terapeuta: Coś jeszcze?

Pacjent: Dy ... o.

Terapeuta: Przyda nam się jeszcze ciepła, wełniana ...

Pacjent: Czapka.

Terapeuta: Właśnie, a teraz na ćwiczenia co Pani założy?

Pacjent: Wa ... da ... ma.

Terapeuta: Na ćwiczenia musimy mieć wygodne, sportowe ...

Pacjent: Buty.

Terapeuta: Tak, założymy też wygodne, długie ...

Pacjent: Ta ... pa ... da.

Terapeuta: Długie dresowe...

Pacjent: Pa.

Terapeuta: Długie dresowe spo...

Pacjent: Spodnie.

Pacjent w próbie nazywania nazwał trzy obrazki z kategorii żywność oraz pięć obrazków z kategorii ubrania. W dialogu nie pojawiły się żadne

z oczekiwanych słów. Pacjent był w stanie przywołać nazwę jedynie wtedy, gdy terapeuta wprowadził kontekst, który wymusił użycie danego wyrazu lub podpowiedział sylabę nagłosową danego wyrazu (tabele 6 i 7).

PACJENT 3 (P8)

ŻYWNOSĆ

Terapeuta: Co było dobrego na śniadanie?

Pacjent: Tiwi towa, towa tiwi, tiwie towa, tywie tywie.

Terapeuta: Pewnie jak co dzień na śniadanie była zupa ...

Pacjent: Mleczna.

Terapeuta: Tak, jeszcze z chleba zrobione ...

Pacjent: Kluski.

Terapeuta: Nie. Były zrobione z chleba pyszne ka...

Pacjent: Kanapki.

Terapeuta: Tak. Kanapki były z czym?

Pacjent: Towa tiwie, tiwie.

Terapeuta: Czy kanapki były z szynką?

Pacjent: Tak, towa tiwie.

Terapeuta: A co było do picia?

Pacjent: Towa tiwie.

Terapeuta: Do picia była ...

Pacjent: Towa tiwie.

Terapeuta: Była ciepła ...

Pacjent: Herbata.

UBRANIA

Terapeuta: Kiedy wychodzi Pani na dwór na ławkę, co Pani zakłada?

Pacjent: **Buty.**

Terapeuta: Tak. Co jeszcze?

Pacjent: Towa towa, towa tiwie.

Terapeuta: Dobrze Pani pokazuje, zakłada Pani ciepłą wełnianą ...

Pacjent: Czapkę.

Terapeuta: I długi wełniany ...

Pacjent: Szal.

Terapeuta: Coś jeszcze?

Pacjent: Towa tiwie.

Terapeuta: Na dwór założy Pani ciepłą, puchową ...

Pacjent: Kurtkę.

Terapeuta: A na rehabilitację co Pani zakłada?

Pacjent: Towa tiwie.

Terapeuta: Tak, trzeba mieć wygodne dresowe ...

Pacjent: Spodnie, towa.

Terapeuta: I wygodną ...

Pacjent: Bluzkę.

Terapeuta: A na nogach wygodne ...

Pacjent: Towa tiwie.

Terapeuta: Na nogach trzeba mieć wygodne sportowe ...

Pacjent: Buty.

Pacjent w próbie nazywania nazwał trzy obrazki z kategorii żywność oraz sześć obrazków z kategorii ubrania. W dialogu pojawiło się jedno z oczekiwanych słów – *buty*. Pacjent był w stanie przywołać nazwę jedynie wtedy, gdy terapeuta wprowadził kontekst, który wymusił użycie danego wyrazu lub wypowiedział sylabę nagłosową danego wyrazu (tabele 6 i 7).

Na podstawie przeprowadzonych prób można zaobserwować dużą dysproporcję między wynikami uzyskanymi w próbie nazywania desygnatów przedstawionych na obrazkach a używaniem owych nazw w mowie dialogowej. W przypadku kategorii żywność chorzy łącznie nazwali 37 obrazków (na 40 możliwych), natomiast w dialogu związanym z tą kategorią pojawiło się jedynie siedem nazw. U pięciorga pacjentów żadna nazwa nie pojawiła się w mowie dialogowej, a u trojga z nich jedynie jedna nazwa (tabela 6). W przypadku kategorii ubrania chorzy nazwali łącznie 60 obrazków (na 70 możliwych), natomiast w dialogu związanym z tą kategorią pojawiło się jedynie 12 nazw. Należy również podkreślić, że u pięciorga pacjentów ani jedna nazwa nie pojawiła się w dialogu, a u dwojga zaledwie jedna (tabela 7).

Tabela 6. Porównanie wyników uzyskanych przez badanych w próbie nazywania oraz próbie dialogu (żywność)

	P1		P2		P3		P4		P5		P6		P7		P8		P9		P10		Razem		
	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	
1. Herbata	+	+	-	-	+	+	-	-	+	+	+	+	+	-	-	+	+	-	-	+	-	10	2
2. Kanapka	+	+	-	-	+	+	-	-	+	+	-	-	+	-	-	-	-	+	+	+	-	8	2
3. Szywnka	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	-	-	+	-	+	-	-	+	-	9	0
4. Zupa mleczna	+	-	+	+	+	-	+	-	+	+	+	-	+	-	-	+	-	+	+	+	-	10	3
RAZEM	4	2	4	1	4	0	4	0	4	2	3	1	3	0	3	0	4	1	4	0	37	7	

Tabela 7. Porównanie wyników uzyskanych przez badanych w próbie nazywania oraz próbie dialogu (ubrania)

	P1		P2		P3		P4		P5		P6		P7		P8		P9		P10		Razem		
	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	
1. Buty	+	+	+	+	-	-	+	+	+	+	+	+	+	-	+	+	+	-	-	+	-	10	4
2. Czapka	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	-	-	-	+	+	+	-	10	0
3. Bluzka	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	+	-	7	0
4. Kurtka	+	+	+	+	+	-	+	-	+	+	+	-	+	-	-	-	-	-	+	+	-	9	3
5. Skarpety	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	+	-	6	0
6. Spodnie	+	+	+	+	-	-	+	-	+	+	+	+	+	-	-	-	+	+	+	+	-	10	3
7. Szalik	+	-	+	+	-	-	+	-	+	+	+	+	+	-	-	-	+	+	-	-	-	8	2
RAZEM	7	3	6	3	6	0	7	0	7	4	5	0	5	0	6	1	5	1	6	0	60	12	

Wnioski

Zaburzenia nazywania u danego pacjenta mogą być wywołane przez różne przyczyny, poczynając od deficytów wzrokowych, poprzez zaburzenia uwagi, programowania fonetycznego, przetwarzania fonologicznego lub selekcji leksykalnej (Pąchalska, 1999). Badacze podkreślają również, że zarówno trudności w sytuacji, kiedy trzeba użyć określonej nazwy w zadaniach nazywania obrazków, jak również trudności ze znalezieniem odpowiedniego słowa w mowie spontanicznej i dialogowej uznaje się za objaw zaburzonego lub utrudnionego dostępu do słownika leksykalnego (Kertesz, 2010). Istniały zatem przypuszczenia, że usprawnienie procesu aktualizacji wyrazów w zadaniach nazywania wpłynie pozytywnie na możliwość przywołania nazw w mowie dialogowej. Zaprezentowane wyniki badań wykazują, że poprawa w zakresie nazywania desygnatów przedstawionych na obrazkach nie ma wpływu na możliwość aktualizacji wyrazów w mowie dialogowej u pacjentów z afazją ruchową.

Zaprezentowany materiał stanowi jedynie wstęp do badań, które autorki prowadzą nad czynnością nazywania. Biorąc jednak pod uwagę przedstawioną obserwację należy podkreślić, iż prawidłowe nazywanie na podstawie obrazka nie warunkuje tego, że w mowie dialogowej pacjent będzie używał określonych nazw. Oczywiście poprawa w zakresie nazywania desygnatów jest niewątpliwą oznaką poprawy ekspresji językowej, która była zniesiona lub głęboko zaburzona. Należy jednak pamiętać, że nabycie tej umiejętności nie wpływa w oczekiwanym stopniu na poprawę komunikacji językowej pacjenta, którego mowa spontaniczna nadal pozostaje ograniczona do wypowiedzania dźwięków, sylab bądź embolu.

Bibliografia

- Kertesz, A. (2010). Anomia. W: H.A. Whitaker (red.), *Concise Encyclopedia of Brain and Language* (s. 42). Amsterdam–Tokyo: Elsevier.
- Maruszewski, M. (1966). *Afazja, zagadnienia teorii i terapii*. Warszawa: PWN.
- Pąchalska, M. (1999). *Afazjologia*. Warszawa: WN PWN.

ROZWÓJ JĘZYKOWY DZIECI Z WADĄ SŁUCHU I JEGO WPŁYW NA ODBIÓR NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI PRZEZ MATKI – BADANIA LONGITUDINALNE

STRESZCZENIE

Uważa się, że stan psychiczny matki ma wpływ nie tylko na rozwój dziecka niepełnosprawnego i jego postępy w terapii, lecz także na postrzeganie przez nią niepełnosprawności jako uciążliwej. Przedmiotem prezentowanej pracy empirycznej była ocena związku pomiędzy poziomem zachowań komunikacyjnych dzieci z wadą słuchu a percepcją niepełnosprawności przez ich matki w okresie 10 lat. Badaniem objęto 30 diad (matka–dziecko). Uzyskane rezultaty wskazują na niski i średni poziom koncentracji na niepełnosprawności dziecka, z wyraźną tendencją do skupiania się „na dziecku”, a nie jedynie na jego zaburzeniach. Z badań wynika, że pomimo upływu lat matki dzieci z wadą słuchu nadal określają symptomy niepełnosprawności swojego dziecka jako kłopotliwe, natomiast wzrost umiejętności językowych łagodzi postrzeganie wady słuchu jako bardzo uciążliwej niepełnosprawności.

Słowa kluczowe: wada słuchu, niepełnosprawność, rodzice, komunikacja

ABSTRACT

It is believed that the mental state of mothers affects not only the development of a disabled child and his progress in therapy but also a perception by the mother of disability as burdensome. The subject of this work was to evaluate the empirical relationship between the level of communication behaviors of children with hearing impairments, and perception of disability by their mother within 10 years.

The study included 30 couples (mother–child). Obtained results indicate a low and medium level of concentration on the disability of the child, with a clear tendency to focus „on your child”, and not merely on his disorders. Research shows that, despite the passage of years, the mother of children with hearing impairments continue to determine the symptoms of disability of your child as a troublesome increase language skills relieves the perception of hearing defects as very burdensome.

Key words: hearing loss, disability, parents, communication

Wstęp

Sytuacja rodziców dzieci niepełnosprawnych ma bezpośredni wpływ na funkcjonowanie ich dzieci (por. Pisula, 1998). Wielokrotnie w badaniach udowodniono, że stan psychiczny matek koreluje bezpośrednio postęпами w terapii dziecka, jego rozwojem, a także postrzeganiem jego niepełnosprawności jako bardziej uciążliwej, a dziecka jako trudniejszego (np. Calderon, Greenberg, 1999; Pipp-Siegel, Sedey, Yoshinaga-Itano, 2002; Yoshinaga-Itano, 2003; Kobosko, 2016; Ramires, Branco-Barreiro, Peluso, 2016). Przedmiotem prezentowanej pracy empirycznej była ocena związku pomiędzy poziomem zachowań komunikacyjnych dzieci z wadą słuchu a percepcją niepełnosprawności przez ich matki. Zastosowane metody i techniki badań były zróżnicowane: posłużono się ilościową metodą oceny zjawisk (w tym przypadku kwestionariusz Skala Subiektywnej Oceny Funkcjonowania Dziecka z Objawami Niepełnosprawności) oraz obserwacją bezpośrednią zachowań komunikacyjnych dziecka (Karta Obserwacji Zachowań Komunikacyjnych, Kazimiery Krakowiak, Marii Panasiuk, 1992). Pierwsze postawione pytanie badawcze dotyczyło wpływu poziomu zachowań komunikacyjnych dzieci z wadą słuchu na wybrane aspekty funkcjonowania matek oraz ich zmiany po upływie 10 lat. Oceny tej zależności dokonano przy użyciu narzędzia szacującego poziom zachowań komunikacyjnych dzieci (KOZK), natomiast do oceny funkcjonowania matek posłużono się wcześniej wymienionym kwestionariuszem. Zadaniem KOZK (Krakowiak, Panasiuk, 1992) jest ustalenie aktualnych możliwości oraz trudności w zakresie porozumiewania się fonicznego i gestowo-mimicznego, dokonanie skategoryzowanego opisu i oceny zachowań dziecka z uszkodzonym słuchem, służących mu do porozumiewania się z otoczeniem. Oczekiwano, że poziom zachowań komunikacyjnych dzieci z wadą słuchu wpływa na wybrane cechy funkcjonowania psychospołecznego matek. Okazało się, że „ogólny poziom zachowań komunikacyjnych” oraz „zachowań fonicznych” dziecka znacząco wpływa na „koncentrację na niepełnosprawności”. Stwierdzona zależność ma charakter odwrotnie proporcjonalny, czyli im mniejsze natężenie cech „ogólny poziom zachowań komunikacyjnych” oraz „zachowania foniczne” dziecka, tym wyższy poziom danej zmiennej zależnej.

Percepcja dziecka przez matkę może mieć modyfikującą rolę w emocjonalnym dostrojeniu się do niego. Sposób, w jaki matka ocenia niepełno-

sprawność dziecka, bywa nieadekwatny do stopnia rzeczywistej choroby. Według Jarosława Roli (2004) istotne jest znaczenie niepełnosprawności dziecka dla matki, gdyż to, jak spostrzega ona swoje dziecko z niepełnosprawnością i siebie, jako matkę tego dziecka, może stanowić jeden z ważniejszych czynników odpowiedzialnych za fakt pojawienia się depresji.

Wpływ zaburzeń percepcji słuchowej na zachowania komunikacyjne dzieci

Wśród czynników warunkujących rozwój kompetencji językowej, komunikacyjnej i kulturowej wymienia się sprawności percepcyjne i sprawności realizacyjne. Do sprawności percepcyjnych należy zaliczyć przede wszystkim prawidłowo funkcjonujący słuch fizyczny, słuch muzyczny oraz słuch fonematyczny, dzięki którym odbieramy, utożsamiamy i rozumiemy docierające do nas dźwięki (Grabias, 1994). Sprawności percepcyjne są bazą do rozwoju wszystkich sprawności językowych, poprzedzając umiejętności realizacyjne. Zaburzenia w rozwoju funkcji słuchowych we wczesnych stadiach rozwoju dziecka mogą doprowadzić do powstania opóźnień w nabywaniu systemu językowego lub przejawiać się stanem niedokształcenia mowy. Powstałe opóźnienia występują najczęściej w zakresie samodzielnego tworzenia wypowiedzi i mają zarówno charakter ilościowy – słownik bierny i czynny jest poniżej wieku chronologicznego – jak i jakościowy – występują liczne i najczęściej różne zaburzenia (artykulacyjne, semantyczne, złe rozumienie poleceń).

Nieprawidłowości artykulacyjne przejawiają się niewłaściwym wymawianiem głosek. Do jakościowych objawów zaburzeń artykulacji głosek należy: mogilalia, paralalia, deformacja. Danuta Emiluta-Rozya (1994) stwierdziła, że u dzieci w młodszym wieku szkolnym (8–10 lat) z ubytkiem słuchu 30–80 dB obserwujemy najczęściej paralalie i deformacje (16–17%), a rzadziej mogilalie, często występuje nadmierne nosowanie. Trudności w realizacji dotyczą spółgłosek – 21%, rzadziej zaś samogłosek – 12%. Najmniej problemów stwierdzono w opanowaniu tych głosek, przy których realizacji możliwa jest kontrola wzrokowo-czuciowa. Są to samogłoski ustne oraz spółgłoski zwarte, artykułowane w przedniej części jamy ustnej. Językoznawcy twierdzą, że zwarcie w realizacji stopnia zamknięcia narządów mowy to cecha najłatwiej i najszybciej opanowywana przez

dzieci, również niesłyszące, ze względu na prosty i zauważalny mechanizm powstawania. Najtrudniejsze w realizacji są spółgłoski środkowojęzykowe, tylnojęzykowe i przedniojęzykowo-dziąsłowe ze względu na małą wyrazistość optyczną, podobieństwa obrazów artykulacyjnych oraz szybkość występowania po sobie ruchów artykulacyjnych (Kurkowski, 1996).

Problemy w różnicowaniu dźwięków mowy prowadzą do niewłaściwego ich artykułowania, ponieważ obraz akustyczny wyrazu jest niekształcony. Dziecko, które nie słyszy własnego głosu, nie kontroluje również słuchowo swoich wypowiedzi. Dotyczy to w szczególności używania takich elementów mowy, jak: tempo i melodia mówienia, rozmieszczenie akcentów. Dlatego też artykulację większości dzieci z głębokim uszkodzeniem słuchu, oprócz wymienionych objawów, charakteryzują następujące cechy (Gunia, 2006): asynchroniczna palatalizacja, tendencja do udźwięczniania (np. spółgłosek w wygłosie) lub ubezdźwięczniania, uproszczenia grup spółgłoskowych oraz brak upodobnień międzywyrazowych, nazalizacja głosek ustnych lub brak nosowości głosek nosowych, nieprawidłowości w akcentowaniu wypowiedzi, brak różnicowania sylab na akcentowane i nieakcentowane, wolniejsze i monotonne tempo mowy, dodatkowa artykulacja.

Często obserwuje się wśród osób z uszkodzonym słuchem liczne zaburzenia głosu (dysfonia audiogenna). Analiza foniatryczna (Maniecka-Aleksandrowicz, Szkielkowska, 1998, w: Skarżyński, Szuchnik, Muller-Maleśńska, 2004) wykazała, że głos osób niesłyszących bywa bezdźwięczny, matowy, twardo nastawiony. Zaburzona jest zdolność utrzymania fonacji na tym samym poziomie, jej czas jest skrócony. Tworzeniu głosu towarzyszy nadmierne napięcie, jego zakres jest zawężony. Przedstawiona charakterystyka cech głosu oraz cech suprasegmentalnych mowy osób ze znaczną i głęboką wadą słuchu wskazuje, że obniżenie progu wrażliwości słuchowej ma wpływ na fizjologię narządów mowy, w tym na funkcjonowanie aparatu oddechowego, fonacyjnego i artykulacyjnego (Trochymiuk, 2008).

Badania Alicji Rakowskiej (1992) na temat rozwoju systemu gramatycznego u dzieci niesłyszących wykazały, że w ich zasobie leksykalnym dominują wyrazy nazywające prymarne, czyli rzeczowniki (oznaczające osoby, rzeczy, rośliny, przedmioty i zwierzęta z najbliższego otoczenia) oraz czasowniki (obejmujące nazwy najczęściej wykonywanych czynności, w drugiej osobie). Obserwowane trudności w zakresie opanowania systemu leksykalnego obejmują wyrazy sekundarne (przymiotniki,

przysłówki), wskazujące (zaimki), szeregujące (liczebniki) oraz spójniki, partykuły i przyimki. Najczęściej używane przymiotniki to wyrazy oznaczające barwę, kształt, rozmiar i ciężar. Określają one cechy sensoryczne, odbierane przez wrażenia zmysłowe. Rzadko pojawiają się przymiotniki wartościujące i oceniające. Najwcześniej pojawiającymi się przysłówkami są zaimki określające miejsce: tu, tutaj, tam, oraz czas i sposób, w jakim czynność została wykonana. Wśród opanowywanych zaimków wymienia się zaimek osobowy „ja”, dzierżawczy „mój”, duże trudności występują przy użyciu zaimków wskazujących „ty”, „on”. Sporadyczne użycie spójników wynika z przewagi zdań prostych, zaś partykuły ograniczają się do „nie” i „czy”. Lidia Geppertowa i wsp. (1968) stwierdzili, że dzieci z głęboką wadą słuchu prawie nie uwzględniają przyimków w zdaniu. Zwróciła ona uwagę, że nadają przyimkom znaczenie rzeczowników, mają trudności w różnicowaniu znaczenia przyimków podobnych graficznie lub semantycznie (na, nad), mają problem z ujmowaniem przyimka jako określenia stosunku między dwoma przedmiotami; ujmują go jako znak stosunku między sobą a przedmiotem; nie rozumieją abstrakcyjnego znaczenia przyimków. Z badań Zdzisława M. Kurkowskiego (1996) wynika natomiast, że istnieje znaczne zróżnicowanie w opanowaniu słownictwa przez sześciolatek dzieci z uszkodzonym narządem słuchu. Wykazały one, że 11,5% dzieci nie używało w ogóle słów, a 7,7% wypowiadało jedynie formy cząstkowe wyrazów lub leksemę ekspresywno-onomatopeiczną. Kurkowski (2002) twierdzi, że żadne z badanych dzieci nie osiągnęło zasobu słownictwa biernego i czynnego charakterystycznego dla sześciolatka, a większość dzieci opanowała poziom rozwoju mowy trzylatka. Problemy w opanowaniu systemu językowego przez dzieci z głębokim uszkodzeniem narządu słuchu dotyczą również strony gramatycznej. Ograniczenia wynikające z wady słuchu mogą powodować zaburzenia w rozumieniu i budowaniu wypowiedzi, uogólnianiu, abstrahowaniu, rozumieniu przenośni i przysłów. Przeważają zdania proste, pojedyncze, nierozwinięte. Teoretyczna znajomość końcówek deklinacyjnych i koniugacyjnych, wypracowana w procesie terapii słuchu i mowy, nie wystarcza do prawidłowego posługiwania się nimi w mowie spontanicznej, dlatego wypowiedzi cechuje wiele agramatyzmów, błędów, nieprawidłowych konstrukcji.

Umiejętność abstrahowania i uogólniania jest specyficzną rolą mowy, prowadzącą do porządkowania i organizowania nieskończonej różnorodności świata. Uogólnianie należy do procesów myślowych ściśle związanych

z rozwojem mowy, dlatego różny jej poziom u dzieci słyszących i niesłyszących wyznacza odrębną specyfikę procesów myślowych, a w szczególności uogólniania. Myślenie pojęciowe to uogólnione odzwierciedlenie rzeczywistości. Słowa jako nośniki pojęć odgrywają pod tym względem zasadniczą rolę. Brakiem zdolności uogólniania jest konkretyzacja, czyli rozumienie słowa jako imienia jednego przedmiotu. Tego typu rozumienie często spotykamy u dzieci niesłyszących, gdyż nie wytwarzają one skojarzeń zgodnych ze znaczeniem słowa jako pojęcia, w którym reprezentowane by były istotne cechy przedmiotu (Stachyra, 2001). Podsumowując, za Kazimierą Krakowiak (2006), można wymienić najczęściej stwierdzane cechy charakterystyczne systemu językowego dzieci z głębokim, prelingwalnym niedosłuchem: uboższy słownik bierny i czynny, treść wyrazów ustalona na podstawie ograniczonego doświadczenia komunikacyjnego, zawężenie lub rozszerzenie treści i zakresu znaczeniowego słów, niedobory w zakresie słownictwa archaicznego, specjalistycznego, literackiego, niedobory w zakresie słownictwa abstrakcyjnego, skłonność do tworzenia neologizmów, neosemantyzmów o znaczeniu abstrakcyjnym, wynikająca z kompensacji niedoborów językowych, trudności w ustalaniu funkcji stylistycznej wyrazów, rozumienia ich barwy emocjonalnej i wartości ekspresywnej, trudności w rozumieniu wartości metaforycznej wyrazu, niewłaściwe rozumienie frazeologizmów oraz błędy gramatyczne w zakresie fleksji (trudności w doborze paradygmatów deklinacji i koniugacji, brak końcówek fleksyjnych, nieznanostwo wyjątków fleksyjnych i odmiany nieregularnej, trudności z odmianą zaimków), błędy gramatyczne w zakresie składni (zgody, rzędu), przewaga zdań pojedynczych i złożonych współrzędnie, trudności w budowaniu zdań złożonych, zwłaszcza podrzędnych, nadużywanie struktur o sztywnym szyku wyrazów, skróty myślowe wynikające z przewagi obrazowego ujmowania wiedzy o świecie, spowodowane przez dominację percepcji wzrokowej, trudności w zachowaniu czasowej spójności elementów tekstu (tamże).

Współczesne badania podkreślają znaczenie wczesnej interwencji leczniczej (aparaty, implanty) i jej wpływu na neuroplastyczność mózgu. Dzięki zastosowaniu urządzeń wspomagających słyszenie możliwy jest porównywalny przebieg oraz czas trwania etapów rozwoju umiejętności słuchowych i językowych dzieci niesłyszących i słyszących (Geers i in., 2002; Bienkowska i in., 2013). Podkreśla się jednak zarówno indywidualne różnice między dziećmi z wadą słuchu, jak i czynniki wpływające na ich rozwój. Wyniki

badań, które łączą wczesny wiek wszczepienia implantu ślimakowego z pozytywnymi wynikami rehabilitacji w zakresie rozwoju mowy i języka, pozwalają oczekiwać lepszych rezultatów w poziomie osiągnięć szkolnych dzieci wczesnie zaopatrzonych w implanty, gdyż mowa pozwala uczniowi przyswajać wiedzę (Zgoda i in., 2017). Wiek dzieci z głuchotą prelingwalną lub głębokim niedosłuchem w momencie wszczepienia implantu ślimakowego jest czynnikiem różnicującym poziom osiągnięć szkolnych na zakończenie nauki w szkole podstawowej (Zgoda i in., 2017; Geers i in., 2002).

Wielokrotnie udowodniono, że posiadane kompetencje komunikacyjne dziecka, niezależnie od tego, czy przyjmują formę gestową czy foniczną, okazują się prognostyczne dla jego pozytywnego rozwoju (por. Greenberg, Kusche, Speltz, 1991; Knoors, 2003; Mitchell, Quittner, 1996; Vostanis., 1997, w: Hintermair 2006),

Po przeanalizowaniu wielu badań C. Vaccari i M. Marschark (1997, s. 797) stwierdzili, że „udana, adekwatna wczesna komunikacja stanowi ważny składnik społeczno-emocjonalnego rozwoju niesłyszących dzieci”. Tymczasem rodzaj systemu komunikacyjnego (foniczny vs. migowy vs. komunikacja totalna) używanego do porozumiewania się dziecka z rodzicami nie pozostaje w związku z doświadczanym stresem; innymi słowy, wybór sposobu porozumiewania się nie wpływa modyfikująco na przeżywany przez matkę stres macierzyński (za: Hintermair, 2006). Okazuje się również, że im większe opóźnienie w rozwoju języka dziecka niesłyszącego, tym bardziej interakcje matka–dziecko są oceniane jako dysfunkcyjne, a dziecko jako trudne (Pipp-Siegel, Sedey, Yoshinaga-Itano, 2002).

Z kolei A. Kamińska (2003), która badała reprezentację dzieci niesłyszących, u ich słyszących rodziców stwierdziła modyfikujący wpływ rodzaju systemu językowego w postrzeganiu dziecka z wadą słuchu przez rodziców (za: Kobosko, 2007). Dla rodziców posługujących się językiem fonicznym, wada słuchu ich dziecka była „niepożądaną odmiennością mogącą spowodować, że dziecko zostanie odrzucone przez środowisko”. Podkreślali te cechy dziecka, które sprzyjały nawiązywaniu kontaktów z rówieśnikami, ich reprezentacja dziecka była nacechowana pozytywnie. Rodzice porozumiewający się systemem migowym również zwracali uwagę na zachowanie dziecka w kontaktach społecznych, brak było wyraźnego odniesienia do wady słuchu. Uważali, że nie decyduje ona o tym, jakie jest dziecko, jednak ich reprezentacja dziecka była nacechowana negatywnie. Zdaniem autorki rodzice dzieci „mówiących” idealizowali przeszłość dziecka

w przeciwieństwie do rodziców dzieci „migających”, mających problem z określeniem przyszłości swoich dzieci. Ciekawy wniosek powstał po analizie jakościowej odpowiedzi rodziców. Okazało się, że rodzice dzieci „mówiących” byli zorientowani na niepełnosprawność swojego dziecka, zaś rodzice dzieci „migających” na samo dziecko.

Wszystkie te wnioski potwierdzają wpływ poziomu opanowania języka dziecka z wadą słuchu na jego rozwój oraz relacje z matką. Zależność odwrotną wykazali R. Calderon i M. T. Greenberg (1999, za: Hintermair, 2006). Stwierdzili, że dobre radzenie sobie matek z niepełnosprawnością dziecka miało znaczący wpływ na jego rozwój. Im lepsze strategie radzenia sobie przyjmowały matki, tym lepiej rozwijała się wrażliwość emocjonalna dziecka, ale również, co ciekawe, umiejętność czytania i rozwiązywania problemów. Dzieci przejawiały także mniej impulsywne zachowanie, wyższą elastyczność poznawczą i lepsze kompetencje społeczne. Wszystkie cytowane wnioski wskazują na wzajemny wpływ i przenikanie się zachowań językowych dzieci z wadą słuchu na funkcjonowanie psychospołeczne ich matek.

Metoda

W celu oceny postrzegania dziecka przez pryzmat jego niepełnosprawności wykorzystano Skalę Funkcjonowania Dziecka z Objawami Niepełnosprawności, opracowaną przez Elżbietę Minczakiewicz. Składa się ona z 15 stwierdzeń, opisujących różne obszary życia dziecka takie, jak: samoobsługa, samodzielność, aktywność poznawcza, zdolność do wyrażania i rozumienia emocji, kontakty z rówieśnikami. Zadaniem matki jest ocena w pięciostopniowej skali (od „wcale nie utrudnia” do „utrudnia w bardzo wysokim stopniu”) funkcjonowania dziecka w danym obszarze. Celem analizy nie było uzyskanie szczegółowych informacji dotyczących funkcjonowania dziecka, lecz subiektywna, globalna ocena sytuacji, określenie kierunku koncentracji matki, na dziecku lub na jego niepełnosprawności i jej konsekwencjach. Maksymalny wynik kwestionariusza wynosi 75 punktów ($15 \times 5 = 75$) i oznacza najwyższy poziom koncentracji matki na niepełnosprawności dziecka (w tym przypadku oznaczająca postawę negatywną). Konstrukcja Skali Funkcjonowania Dziecka z Objawami Niepełnosprawności pozwala na wnioskowanie o dwóch zasadniczych typach

koncentracji matek: niskie wyniki świadczą o koncentracji na dziecku, wysokie – o koncentracji głównie na jego trudnościach i mogą oznaczać skupianie się na jego niepełnosprawności. Do oceny funkcjonowania językowego dziecka wykorzystano Kartę Oceny Zachowań Komunikacyjnych (KOZK) dziecka z uszkodzonym słuchem Krakowiak i Panasiuk (1992). Celem Karty jest dokonanie skategoryzowanego opisu i oceny zachowań dziecka z uszkodzonym słuchem, służących mu do porozumiewania się z otoczeniem społecznym w zakresie porozumiewania się fonicznego i/lub gestowo-mimicznego. Zawiera ona 30 kategorii zachowań komunikacyjnych, charakterystycznych dla systemu komunikacyjnego dziecka w okresie rozwoju porozumiewania się. Dwadzieścia cztery kategorie reprezentują ekwiwalentne wobec siebie lub komplementarne zachowania związane z używaniem znaków fonicznych (oralnych): przedjęzykowych i językowych oraz zachowania związane z użyciem znaków gestowo-mimicznych: „naturalnych”, czyli używanych przez wszystkich ludzi, i znaków języka migowego (po 12 kategorii). Pozostałe kategorie obejmują zachowania komunikacyjne, w których może być użyty jeden lub drugi rodzaj znaków, a także pismo. Każda z kategorii obejmuje pięciostopniowe kontinuum zadań, wyskalowane zgodnie z fazowym przebiegiem procesu nabywania przez dziecko kompetencji komunikacyjnej. Karta ma postać diagramu kołowego. Jej wypełnienie polega na zakreśleniu pól odpowiednich wycinków koła, oznaczających określone na skali umiejętności częściowe dziecka. Karta wypełniana jest na podstawie wnikliwej obserwacji zachowań dziecka. Ze względu na charakterystykę grupy badanej poddano analizie jedynie dzieci posługujące się językiem fonicznym.

Analiza statystyczna została wykonana w programie SPSS. W celu stwierdzenia istotnych różnic posłużono się t-testem. W celu stwierdzenia istotnego związku użyto korelację Cohen's D obliczaną z poprawką na niejednorodne wariancje. Do oznaczenia poziomu istotności przyjęto: $p < 05$.

Grupa badana

Jest to fragment badań longitudinalnych, których celem była pogłębiona analiza sytuacji rodzin dzieci z głęboką wadą słuchu na przestrzeni blisko 10 lat. Pierwotny projekt zakładał wykonanie baterii testów przez 100 matek dzieci z wadą słuchu oraz 50 matek dzieci słyszących, porównanie

wyników i sprawdzenie korelacji z rozwojem językowym małych dzieci (do 3. r.ż.) (Woźniak, 2011). Następnie badania powtórzono w 2016 r. (po upływie prawie 10 lat) na wybranej grupie 30 rodzin (będących pod opieką Stowarzyszenia Rodziców z Wadą Słuchu w Krośnie).

Wyniki

Średnia w grupie matek dzieci z głęboką wadą słuchu $\bar{x} = 30,84$, odchylenie standardowe $s = 11,12$, w grupie matek dzieci ze znaczną wadą słuchu $\bar{x} = 28,30$, $s = 10,48$. W celu stwierdzenia obecności statystycznie istotnych różnic między obu badanymi grupami matek w zakresie analizowanej zmiennej zastosowano t-test dla prób niezależnych. Analiza wykazała obecność istotnych statystycznie różnic $t(1,137)$; $p < 0,044$ w obszarze koncentracji matek na niepełnosprawności ich dzieci. Matki dzieci z głęboką wadą słuchu oceniały niepełnosprawność swojego dziecka jako nieco bardziej uciążliwą w porównaniu z matkami dzieci ze znaczną wadą słuchu. Dodatkowo, mimo efektu interakcji zmiennych „wada słuchu” i „koncentracja na niepełnosprawności” pomiędzy badanymi grupami matek, uzyskane wyniki wskazują, że w pięciostopniowej Skali Subiektywnej Oceny Funkcjonowania Dziecka z Objawami Niepełnosprawności matki dzieci z głęboką i znaczną wadą słuchu oceniały ten rodzaj upośledzenia jako utrudniający w małym lub średnim zakresie prawidłowe funkcjonowanie dziecka. Badanie powtórzono w 2016 roku. Analiza wyników wykazała różnicę na poziomie tendencji: w porównaniu do pierwszego pomiaru ($M = 2,31$, $SD = 0,91$), w drugim pomiarze „koncentracja na niepełnosprawności” matek była niższa ($M = 1,98$, $SD = 0,58$), $t(30) = 1,85$, $p \text{ value} = 0,075$, siła efektu Cohen's $D = -0,3328611$.

Następnie zadano pytanie, czy umiejętności w zakresie języka fonicznego (podkategorie B, C, D, E Karty Oceny Zachowań Komunikacyjnych) (Krakowiak, Pamnasiuk, 1992) wpływają na odbieranie niepełnosprawności dzieci jako bardziej uciążliwej (Skala Funkcjonowania Dziecka z Objawami Niepełnosprawności, Minczakiewicz). Biorąc pod uwagę „koncentrację na niepełnosprawności” jako sumę wszystkich pytań, obliczono korelację między tym wskaźnikiem a wynikiem KOZK „komunikacja foniczna”. W 2007 r. związek ten był istotny statystycznie: $r\text{-pearson} = -0,6033172$, $p \text{ value} = 0,0004168$. Uzyskane wyniki oznaczają, że

im wyższy poziom osiągnięty przez dzieci w podkategoriach „komunikacji fonicznej” KOZK, tym mniej niepełnosprawność oceniana była przez matki jako „uciążliwa”. W 2016 r. analogiczny związek był już nieistotny statystycznie: $r\text{-pearson} = -0,2022553$, $p\text{ value} = 0,283784$. Jako ostatnią czynność badawczą, porównano ze sobą różnice między pomiarami. Związek rozumiany jako „współzmiennność w czasie” jest istotny: $r\text{-pearson} = -0,5818575$, $p\text{ value} = 0,0007441$ i oznacza, że im wyższy poziom umiejętności w podkategoriach „komunikacja foniczna” (B, C, D, E Karty Oceny Zachowań Komunikacyjnych), tym bardziej maleje postrzeganie niepełnosprawności jako uciążliwej (Skala Funkcjonowania Dziecka z Objawami Niepełnosprawności).

Po jakościowym przeanalizowaniu Skali Koncentracji na Niepełnosprawności uzyskano informację, w którym z obszarów funkcjonowania dzieci z wadą słuchu matki widzą najwięcej trudności. Wyniki wskazują, że największe problemy, w ocenie matek, dzieci prezentują w obszarach związanych z komunikacją. W 2007 r. 31% matek dzieci z głęboką wadą słuchu oraz 36% matek dzieci ze znaczną wadą słuchu oceniło, że ten rodzaj niepełnosprawności utrudnia przeprowadzanie rozmów z innymi osobami (pyt. 5). Podobne wyniki uzyskano w zakresie nawiązywania i utrzymywania kontaktów z innymi ludźmi, kolejno: 32% i 30,3% matek uznało to jako „trudne dla ich dzieci” (pyt. 4). 36% matek dzieci z głęboką wadą słuchu i 27% matek dzieci ze znaczną wadą słuchu uznało jako trudne wykonywanie skomplikowanych czynności bez nadzoru (pyt. 11). Koncentrację na nauce oceniło jako trudną kolejno 40% i 27% matek (pyt. 10). Praca w grupie nad jakimś problemem została oceniona jako trudna przez 42,7% i 36,4% matek (pyt. 9). Prośzenie o pomoc (pyt. 7) oraz wyrażanie emocji (pyt. 12) zostały ocenione jako trudne przez matki dzieci z głęboką i znaczną wadą słuchu i przedstawiają się następująco, kolejno: 32,% i 18,2% oraz 21,3% i 15,2%. Według badanych matek, jak można było przewidzieć, wada słuchu wcale nie utrudnia: czynności samoobsługowych (pyt. 1) (56% i 63,3%), samodzielnego spożywania posiłków (pyt. 2) (84% i 87%), samodzielnego utrzymywania czystości i higieny osobistej (pyt. 3) (73,3% i 75,8%), zabaw z rówieśnikami (pyt. 6) (41,3% i 42,4%), bycia aktywnym ruchowo (pyt. 15) (58,7% i 63%).

Wnioski

Jak wynika z danych, matki uzyskały niskie i średnie wyniki, co świadczy o lepszym dostrojeniu się do swojego dziecka, nie postrzeganiu go jedynie przez pryzmat niepełnosprawności. Niższe wyniki w tej skali oznaczają bowiem, że rodzice potrafią lepiej wczuwać się w potrzeby dziecka, akceptując je i zaspokajając jego potrzeby psychiczne i emocjonalne. Jest to ważny wniosek z badań, biorąc pod uwagę fakt, że to dzięki ocenie, jaką werbalizuje rodzic, rzeczywistość nabiera dla dziecka konkretnego znaczenia (Rola, 2004). Spojrzenie rodziców wyraża ich myśli, odczucia, oczekiwania i fantazje, które składają się na umysłową reprezentację dziecka w umyśle matki i ojca, i którą, często nieświadomie, przekazują dziecku. Jeśli jest ona negatywna, może przyczynić się do formowania symptomów zaburzeń u dziecka z niepełnosprawnością.

Podsumowując, matki oceniały, że wada słuchu nie pozostaje bez wpływu na aktywność dzieci, utrudniając im funkcjonowanie w pewnych obszarach życia. Matki dzieci z wadą słuchu określiły symptomy niepełnosprawności swojego dziecka jako kłopotliwe, jednak uzyskane wyniki świadczą o niskim i średnim poziomie koncentracji na niepełnosprawności dziecka, z wyraźną tendencją do skupiania się „na dziecku”, a nie jedynie na jego zaburzeniach.

Najczęściej wymieniane obszary, w których matki obserwowały trudności wynikające z wady słuchu ich dzieci, dotyczyły szeroko rozumianej komunikacji: nawiązywania i podtrzymywania kontaktu, dialogu, wyrażania potrzeb i emocji, uczenia się. Najmniej kłopotu, w ocenie matek, sprawia samoobsługa, aktywność ruchowa oraz kontakty z rówieśnikami. Jest to spójne z obrazem niepełnosprawności, jaką jest wada słuchu, której najwyraźniejszym symptomem są trudności w nabywaniu języka, a także fakt, że w zakresie tego właśnie obszaru rodzice przejawiają najwięcej trosk i lęków, koncentrując swą aktywność na przeciwdziałaniu skutkom tego zaburzenia, niejednokrotnie, szczególnie w początkowych okresach, zatracając prawidłowe proporcje między „byciem matką” a „byciem terapeutą”. Taka postawa jest przypuszczalnie spowodowana trudnością w osiągnięciu „tożsamości matki” dziecka niepełnosprawnego, będąc procesem wymagającym czasu i pozostającym w dynamicznych zależnościach z różnymi czynnikami osobowościowymi, emocjonalnymi i rodzinnymi.

Podsumowanie

Celem całego projektu longitudinalnego było przyjrzenie się w sposób możliwie jak najdokładniejszy i wieloaspektowy funkcjonowaniu rodziny dziecka niesłyszącego, ze szczególnym akcentem na diadę słysząca matka – niesłyszące dziecko (Woźniak, Bieńkowska, Mężyk, 2017). Specyfika tej relacji polega bowiem na trudnościach w obszarze dotyczącym najbardziej typowej z ludzkich cech, czyli zdolności porozumiewania się. Wada słuchu ograniczająca lub utrudniająca zdobywanie kompetencji językowych przez dziecko może stanowić również barierę w tworzeniu prawidłowych relacji ze słyszącą matką, wpływając tym samym na jej funkcjonowanie psychospołeczne. Dobrane narzędzia badawcze umożliwiły empiryczną weryfikację postawionych w pracy hipotez oraz ocenę rzeczywistego stanu diady słysząca matka – niesłyszące dziecko, jak również zaproponowanie wniosków dotyczących indywidualnych właściwości uczestników tej relacji.

Poziom opanowania języka może wpłynąć na zmianę percepcji dziecka przez jego matkę. Niektórzy autorzy są zdania, że im większe trudności językowe dziecka, tym relacja matka – dziecko odbierana jest jako trudna, a samo dziecko jako bardziej dysfunkcyjne. Wydaje się to szczególnie istotne w przypadku dzieci niepełnosprawnych przy założeniu, że sposób postrzegania dziecka przez matkę może mieć wartość modyfikującą w emocjonalnym dostrojeniu się do niego. Odbiór dziecka przez opiekunów bywa „zafałszowany”, błędny, nie zawsze adekwatny w stosunku do rzeczywistego stopnia choroby.

Wykorzystaną w badaniu Skalę Funkcjonowania Dziecka z Objawami Niepełnosprawności zestawiono z Kartą Oceny Zachowań Komunikacyjnych. Uzyskano odwrotnie proporcjonalną zależność: im wyższy poziom zachowań językowych dzieci, tym niższa koncentracja na niepełnosprawności ich matek. Uzyskane niskie wyniki wskazują na koncentrację na dziecku, wysokie zaś na koncentrację głównie na jego trudnościach w funkcjonowaniu. Badane matki uzyskały wyniki, które nie wzbudzają nadmiernego niepokoju, świadczą bowiem o niewielkiej tendencji do koncentrowania się na deficytach dziecka. Natomiast jakościowa analiza ukazała pewien zakres, który zdominował percepcję badanych dzieci przez ich matki. Jak można było przewidzieć, dotyczy on trudności komunikacyjnych, będących istotą niepełnosprawności, jaką jest wada słuchu. Trudności komunikacyjne identyfikowano jako problemy z wyrażaniem, nazywaniem swoich

potrzeb, emocji, nawiązywaniem dialogu. Wchodzimy w tym miejscu na delikatny grunt oczekiwań, powinności, obowiązków, zadań, nadziei, rozgoryczenia i lęków pojawiających się niejednokrotnie w efekcie prowadzonej z dzieckiem terapii słuchu i mowy oraz zaburzonych proporcji w „byciu matką” i „byciu terapeutką” swojego dziecka. Zdarza się bowiem, że uczenie mowy staje się „celem samym w sobie”, a dziecko traktowane jest jako „obiekt nauczania mowy”. Komunikowanie się sprowadzone zostaje do poziomu tego, „jak mówić”, a nie tego, „co mówić”, pozbawione w ten sposób swej istoty. Trzeba mieć na uwadze, szczególnie należąc do grupy profesjonalistów udzielających wsparcia matkom, że „kształtowanie się tożsamości jest równoznaczne ze stawianiem się osobą wśród innych, a jej patologia polega na różnych formach trudności w osobowym istnieniu. To stawianie się osobą odbywa się w kontakcie interpersonalnym, na długo przedtem zanim będzie on kontaktem słownym” (Stern, 1985, za: Zalewska, 1998), a całkowite przekształcenie kontaktu z dzieckiem na sytuację „terapeutyczną” może spowodować utratę prawdziwego, własnego dziecka. Jedynie reorganizacja tożsamości macierzyńskiej może ten proces zatrzymać. Przez „reorganizację” rozumie się tu przekształcenie, dopasowanie, modyfikację tożsamości słyszającej matki, jako matki dziecka niesłyszącego (m.in.: Zalewska, 1998; Kobosko, 2007), „urzeczywistnienie” tej relacji, „bycia z” dzieckiem.

Bibliografia

- Ambrose, S.E. (2016). Gesture use in 14-month-old toddlers with hearing loss and their mothers' responses. *Am J Speech Lang Pathol.*, 25(4), 519–531. doi: 10.1044/2016.
- Bieńkowska, K., Antoniuk, R., Antosz, J., Bednarska, B., Błońska, E., Butkiewicz, A., Chłopecka, M., Gawłowska, M., Kasperska-Jachimiak, U., Kociemba, J., Kowalik, I., Krupa, G., Kuśmierczyk J., Leppert, K., Liwo, H., Magierska-Krzysztoń, M., Meyer, T., Szmyt, E., Tabaka, B., Wojnarowska, K., Zerbst, M. (2013). Wdrożenie wielośrodkowego programu oceny postępów rehabilitacji dzieci z implantem ślimakowym od 0–48 miesiąca życia. *Polski Przegląd Otolaryngologiczny*, 2(4), 203–209.
- Calderon, R., Greenberg, M.T. (1999). Stress and coping in hearing mothers of children with hearing loss: factors affecting mother and child adjustment. *American Annals of the Deaf*, 144(1), 7–18.
- Emiluta-Rozya, D. (1994). Relacje zakłóceń głośnych i pisemnych realizacji dźwięków języka polskiego u dzieci niedosłyszących. Niepublikowana praca doktorska. Warszawa: WSPS.

- Geppertowa L., Przetacznik-Gierowska M., Szuman S. (1968). *O rozwoju języka i myślenia dziecka*. Warszawa: PWN.
- Geers, A.E., Brenner, C., Nicholas, J., Uchanski, R., Tye-Murray, N., Tobey, E. (2002). Rehabilitation factors contributing to implant benefit in children. *Acta-Oto-Rhinolaryngol, Suppl.*, 189, 127–130.
- Grabias, S. (1994). Język w nauczaniu niesłyszących. Zasady programowania systemu komunikacyjnego. W: E. Minczakiewicz (red.), *Komunikacja – mowa – język w diagnozie i terapii zaburzeń rozwoju mowy u dzieci i młodzieży niepełnosprawnej*. Kraków: Wydawnictwo Naukowe AP.
- Gunia, G. (2006). *Terapia logopedyczna dzieci z zaburzeniami słuchu i mowy. Wybrane problemy teorii i praktyki surdologopedycznej*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Hintermair, M. (2006). Parental Resources, Parental Stress, and Socioemotional Development of Deaf and Hard of Hearing Children. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 11(4), 493–513.
- Kobosko, J. (2007). *Tożsamość macierzyńska matek słyszących młodzieży głuchej i jej znaczenie dla rozwoju osobowej tożsamości tej młodzieży* [niepublikowana rozprawa doktorska napisana pod kierunkiem prof. dr hab. M. Zalewskiej]. Uniwersytet Warszawski.
- Kobosko, J. (2016). Wsparcie emocjonalne dla rodziców dzieci głuchych i słabosłyszących w ramach terapii surdologopedycznej. *NowaAudiofonologia*, 5(1), 64–73.
- Krakowiak, K. (2006). *Szkice o wychowaniu dzieci z uszkodzeniami słuchu*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Krakowiak, K., Panasiuk, M. (1992). Umiejętności komunikacyjne dziecka z uszkodzonym słuchem. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Kurkowski, Z.M. (1996). *Mowa dzieci sześciolletnich z uszkodzonym narządem słuchu*. Komunikacja Językowa i Jej Zaburzenia, 13. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Kurkowski, Z.M. (2002). Rozwój funkcji słuchowych u małego dziecka. *Audiofonologia*, t. XXI, 23–32.
- Meadow-Orlans, K. (1993). Effects of infant hearing loss and maternal support on mother-infant interactions at 18 months. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 14, 407–426.
- Minczakiewicz, E.M. (red.) (2003). *Dziecko niepełnosprawne. Rozwój i wychowanie*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Pipp-Siegel, S., Sedey, A.L., Yoshinaga-Itano, C. (2002). Predictors of parental stress in mothers of young children with hearing loss. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 7(1), 1–17.
- Pisula, E. (1998). *Psychologiczne problemy rodziców dzieci z zaburzeniami rozwoju*. Warszawa: Wydawnictwa UW.
- Rakowska, A. (2003). Język, komunikacja, niepełnosprawność. Wybrane zagadnienia. Kraków: Wydawnictwo Naukowe AP.
- Ramires, C.M, Branco-Barreiro, F.C., Peluso, É.T. (2016). Quality of life related factors for parents of children with hearing loss. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(10), 3245–3252.

- Rola, J. (2004). *Melancholia rodzinna. Psychologiczne uwarunkowania zaburzeń depresyjnych u dzieci z niepełnosprawnością intelektualną*. Warszawa: Wydawnictwo APS.
- Skarżyński, H., Szuchnik, J., Mueller-Malesińska, M. (2004). *Implanty ślimakowe – rehabilitacja*. Warszawa: Stowarzyszenie Przyjaciół Osób Niesłyszących i Niedosłyszących „Człowiek Człowieki”.
- Stachyra, J. (2001). *Zdolności poznawcze i możliwości umysłowe uczniów z uszkodzonym słuchem*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Trochymiuk, A. (2008). *Wymowa dzieci niesłyszących. Analiza audytywna i akustyczna*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Yoshinaga-Itano, C. (2003). From screening to early identification and intervention: Discovering predictors to successful outcomes or children with significant hearing losses. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 8(1), 11–30.
- Woźniak, A., Bieńkowska, K.I., Mężyk, A. (2017). Satysfakcja rodziców dzieci z wadą słuchu z otrzymywanego wsparcia społecznego. *Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze*, LVII (557), 32–41.
- Woźniak, A. (2011). *Zachowania komunikacyjne dzieci z wadą słuchu a funkcjonowanie psychospołeczne ich matek*. Niepublikowana praca doktorska. Warszawa: APS.
- Zgoda, M., Lorens, A., Obrycka, A., Putkiewicz-Aleksandrowicz, J., Skarżyński, H. (2017). Osiągnięcia szkolne na zakończenie nauki w szkole podstawowej użytkowników implantów ślimakowych a wiek, w którym przeprowadzono operację. *Nowa Audiofologia*, 6(1), 43–51.
- Zalewska, M. (1998). *Dziecko w autoportrecie z zamalowaną twarzą. Psychiczne mechanizmy zaburzeń rozwoju tożsamości dziecka głuchego i dziecka z opóźnionym rozwojem mowy*. Warszawa: Wydawnictwo Jacek Santorski & Co.

Ilona Brzozowska-Misiewicz

Poradnia Wieloprofilowego Usprawniania PROVITA

Gabriela Lorens, Aleksandra Karwowska

Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie

Zakład Logopedii i Lingwistyki Edukacyjnej

UWARUNKOWANIA CAŁOŚCIOWEGO WSPARCIA DZIECKA Z WADĄ GENETYCZNĄ

STRESZCZENIE

W artykule autorki zwracają uwagę na konieczność wnikliwej, całościowej obserwacji małego pacjenta z wadą genetyczną. Uwzględnienie wszystkich kryteriów obserwacji pozwala terapeutce wyciągnąć wnioski konieczne do przygotowania programu terapii i włączenia jej w proces usprawniania pacjenta. Autorki przybliżają znaczenie dotyku, będącego jedną z najczęściej stosowanych technik terapeutycznych w koncepcji Castillo Moralesa. Odpowiednio dobrana stymulacja dotykowa pozwala na uzyskanie zamierzonego celu terapii.

Słowa kluczowe: wada genetyczna, dotyk, koncepcja Castillo Moralesa, obserwacja, program terapii, wczesna interwencja logopedyczna

ABSTRACT

In the article the authors point out the necessity of careful and comprehensive observation of a small patient with a genetic defect. The approach that includes all the criteria of observation allows the therapist to draw conclusions needed to prepare the therapy program and integrate it into the patient's improvement process. The authors explain the meaning of touch, one of the most commonly used therapeutic techniques in the concept of Castillo Morales. Properly selected tactile stimulation leads to the intended goal of therapy.

Key words: genetic defect, touch, Castillo Morales concept, observation, program of therapy, early logopedic intervention

Wstęp

Terapia dzieci obciążonych rzadkimi chorobami genetycznymi jest dużym wyzwaniem dla logopedy i całego zespołu terapeutycznego, a przede wszystkim dla rodziców. Nie można rozpatrywać pomocy logopedycznej wyłącznie w kategorii wsparcia komunikacyjnego (czy to z nastawieniem na mowę głośną, czy alternatywne formy komunikacji). Holistyczne podejście w terapii skłania do zwracania uwagi na różne składowe rozwoju małego dziecka. Podstawową metodą pozwalającą na ocenę stanu zdrowia jest obserwacja, umożliwiająca zbudowanie programu terapii, która powinna stanowić dobrze zaplanowany i zindywidualizowany system działań, zapewniający dziecku i jego rodzinie całościowe wsparcie. Istotą obserwacji jest obiektywne spostrzeganie objawów, różnego rodzaju zmian w zachowaniu, których nie można uzyskać za pomocą wywiadu, analizy dokumentacji czy pomiaru.

Większość chorób uwarunkowanych genetycznie o ciężkim i przewlekłym przebiegu to choroby rzadkie (Wastfelt, Fadeel, Henter, 2006; Schieppati i in., 2008). Większość zespołów genetycznych o różnej etiologii to choroby rzadkie, które dawniej były nazywane także chorobami sierocymi (*orphan diseases*), z uwagi na odczuwane przez pacjentów i ich rodziny uczucia opuszczenia, porzucenia, swoistego „osierocenia” przez system opieki zdrowotnej, społeczeństwo w ich codziennym życiu i walce z chorobą (tamże). Choroby rzadkie występują w populacji u 1 na 2000 osób. W 70% są wykrywane u dzieci przed ukończeniem 2. roku życia. Na jakość życia dziecka i jego rodziny ma wpływ opóźnienie psychoruchowe i intelektualne, często towarzyszące chorobie rzadkiej (Śmigiel, Łączmańska, 2012).

Wraz z postępem medycyny, zwiększającymi się możliwościami wczesnej diagnostyki, coraz to młodsi pacjenci trafiają po pomoc do logopedy. Otrzymanie wsparcia w zakresie wczesnej interwencji logopedycznej daje szansę nie tylko na usprawnienie czy też kształtowanie komunikacji, lecz także wpływa na poprawę jakości życia dziecka i jego rodziny. Wdrożenie działań mających na celu np. normalizację napięcia mięśniowego czy też usprawnianie pracy systemu somatosensorycznego daje szansę na poprawę sprawności oraz funkcji w obrębie aparatu oralnego.

Praca z małym dzieckiem wiąże się z wykorzystaniem wielu technik dotykowych niezbędnych do osiągnięcia założonych celów terapeutycznych.

Dzieci z wadami genetycznymi oraz wielowadziem często doznały zbyt dużo negatywnych doświadczeń dotykowych związanych z wczesną i długotrwałą interwencją medyczną. Niezwykle ważne jest więc to, by każdy terapeuta wykorzystujący dotyk w swojej pracy, posiadał wiedzę z zakresu rozwoju czucia oraz, by stosował się do zasady *minimal handling*, czyli ograniczenia agresywnego charakteru interwencji medycznej i terapeutycznej (Simpson, 2002). Dobierając rodzaj terapii, poza diagnozą medyczną, należy kierować się dobrem i potrzebami podopiecznego.

Znaczenie dotyku w procesie terapii dziecka z wyzwaniami rozwojowymi

Nieprawidłowe wykorzystanie bodźców dotykowych w zakresie wczesnej interwencji logopedycznej może przyczynić się do wtórnych zaburzeń dotyczących obszaru orofacjalnego oraz wpłynąć negatywnie na sferę emocjonalną dziecka. Wiedza z zakresu funkcjonowania sensomotorycznego pomoże właściwie zinterpretować sygnały wysyłane przez dziecko, dobrać odpowiedni rodzaj stymulacji dotykowej oraz zapobiec wszelkim nieprawidłowościom w tym zakresie (mechanizmy kompensacyjne, nieprawidłowe napięcie mięśniowe oraz nieprawidłowe wzorce ruchowe) (Lorens, Karwowska, 2017). Dlatego istotne wydaje się przybliżenie znaczenia zmysłu dotyku w procesie terapii dziecka z wyzwaniami rozwojowymi.

Zmysł dotyku, zwany również zmysłem pierwotnym, rozwija się najwcześniej ze wszystkich zmysłów, choć w chwili narodzin dziecka jest jeszcze daleki od pełnej dojrzałości (Maas, 1998).

Rozwój czucia:

- ok. 5,5 tygodnia od momentu zapłodnienia – zarodek zaczyna reagować na bodźce dotykowe w okolicach warg lub nosa;
- 9.–10. tydzień ciąży – wrażliwość dotykowa w okolicach szczęki i łożyska, rąk i nóg;
- 12. tydzień ciąży – zamknięcie warg w efekcie ich drażnienia oraz ruchy połykania (wstęp do odruchowej reakcji ssania) (Biancuzzo, 2001, s. 45–49);
- 11. tydzień życia płodowego – uwrażliwienie środkowej części twarzy (budowanie osi symetrii);

- 12.–14. tydzień – reakcja na dotyk prawie całą powierzchnią ciała;
- 17. tydzień – mięsień okrężny warg wykonuje ruchy podobne do motoryki ssania;
- 20. tydzień – dziecko ssie własny palec (ostatecznie kształtuje się postać odruchu wargowego);
- 28. tydzień – ukształtowana odruchowa reakcja ssania. Świadomość dotyku, a w tym własnego ciała, jest coraz większa pod wpływem rozwoju włókien czuciowych (Eliot, 2003, s. 183).

Trening motoryki oralnej rozpoczyna się również w trakcie połykania wód płodowych. Intensywność tych ruchów jest zależna od składu chemicznego wód płodowych oraz od poziomu odbioru bodźców czuciowych.

Odczuwanie bodźców dotykowych, ciepła, zimna i bólu zaczyna się w skórze, która stanowi doskonałą ochronę narządów wewnętrznych przed czynnikami zewnętrznymi oraz jest wrażliwym systemem sensorycznym, ponieważ to właśnie tam znajdują się receptory wychwytyjące różne rodzaje bodźców.

Dotyk dla niemowlęcia jest nośnikiem komunikacji ze światem zewnętrznym. Jest ona zależna od właściwego odbioru wrażeń dotykowych przez dziecko i nadawania im prawidłowego znaczenia. Odbierając bodźce dotykowe i słysząc komentarze od rodziców/opiekunów na temat tego, co dziecko robi i czego dotyka, kojarzy ono słowa z działaniami, częściami ciała, miejscami, ludźmi, emocjami. Funkcja mowy, która umożliwia uczenie się i integrację dziecka ze społeczeństwem, jest procesem złożonym, zachodzącym w obszarze kory mózgowej, aktywując aż 70% jej powierzchni (Czochańska, 1992, s. 53). W okresie prelingwalnym procesy reorganizacji w ośrodkowym układzie nerwowym (OUN) odnoszą się przede wszystkim do aktywności ruchowych jamy ustnej. Sposób podawania pokarmu, jego przyjmowania oraz doświadczenia dotykowe dostarczane dziecku stanowią trening motoryczny oraz sensoryczny tego obszaru, budując tym samym bazę dla rozwoju późniejszych złożonych czynności mownych. Jeśli doświadczenia dotykowe dziecka są ograniczone lub niewłaściwie interpretowane przez mózg, rozwój mowy nie będzie przebiegał w sposób prawidłowy. Nadwrażliwość lub podwrażliwość na bodźce dotykowe w obrębie jamy ustnej, nieprawidłowe napięcie mięśniowe zakłócają ten proces.

Dotyk stanowi jedno z pierwszych doświadczeń, jakiego doznajemy w łonie matki oraz tuż po przyjściu na świat. Potrzeba dotyku, jaką ma każde nowo narodzone dziecko, jest potrzebą pierwotną, instynktowną,

a jej zaspokojenie umożliwia normatywny rozwój. Dostarczanie noworodkowi wrażeń taktylnych w postaci pielęgnacji, pieszczot, masaży pozwala kształtować wrażliwość dotykową, wpływa pozytywnie na rozwój wszystkich układów wewnętrznych oraz przede wszystkim stanowi bodziec dla rozwoju układu nerwowego. To właśnie we wczesnym okresie życia proces tworzenia się nowych połączeń nerwowych jest najbardziej dynamiczny i podatny na działanie czynników zewnętrznych. W czuciowej korze mózgowej znajdują się reprezentacje wszystkich obszarów ciała człowieka. Największą część kory zajmują sfery odpowiedzialne m.in. za wargi oraz język. Niezmiernie duża liczba receptorów czuciowych, w które zostały wyposażone te narządy, sprawia, że zarówno wargi, jak i język przejawiają wyjątkową wrażliwość na bodźce dotykowe. Zdarza się, że dziecko nie akceptuje dotyku w obrębie twarzy, co może być spowodowane nadwrażliwością orofacjalną. Z tego względu bardzo ważne jest wykluczenie nadmiernej, nieadekwatnej do stanu i możliwości dziecka stymulacji zewnętrznej, tak aby ograniczyć stres i zapobiec konsekwencjom, które mogą zwiększać ryzyko późniejszych problemów neurologicznych i rozwojowych (Bednarczyk i in., 2014, s. 45; Maas, 1998; Jakóbiak, Lorens, 2015, s. 71–80).

Koncepcja Rodolfo Castillo-Moralesa

Dla Rodolfo Castillo-Moralesa podstawą prawidłowego funkcjonowania okolicy orofacjalnej jest nie tylko prawidłowe napięcie mięśniowe, lecz także właściwy odbiór bodźców czuciowych przez receptory zlokalizowane na ciele i w jamie ustnej, oraz pozycja ciała. Optymalna pozycja ciała dziecka uzyskana poprzez odpowiednio dozowaną stymulację dotykową wpływa na jakość oraz funkcje motoryki oralnej. Oczywista i nierozłączna jest korelacja pomiędzy motoryką dużą a rozwojem funkcji oralnych. Dlatego też każdy logopeda powinien posiadać wiedzę z zakresu określonych grup mięśni oraz ich funkcji i unerwienia. Przekłada się to na zrozumienie istoty problemu okolicy ustno-twarzowej, a tym samym odpowiednie dobranie technik terapeutycznych poprawiających funkcjonowanie mięśni, normalizujących wrażliwość orofacjalną, aktywujących i redukujących przetrwałe odruchy z twarzy (Lorens, Karwowska, 2017). W zrozumieniu tych szczególnych związków pomaga koncepcja Castillo-Moralesa, będąc jednocześnie znakomitym narzędziem terapeutycznym.

Działalność medyczna i naukowa argentyńskiego doktora Castillo-Moralesa (1941–2011) przyczyniła się do rozwoju nurtu w rehabilitacji i logopedii, który zyskał uznanie nie tylko w krajach Ameryki Południowej i Północnej, lecz także w Europie. Opracowana przez niego metoda została nazwana Koncepcją Rodolfo Castillo-Moralesa. W swojej pracy doktor szczególną opieką otaczał dzieci z obniżonym napięciem mięśniowym towarzyszącym zespołom genetycznym. Prowadził terapię metodami Vojty i NDT Bobath. Zaobserwował jednak, że te formy rehabilitacji są niewystarczające dla dzieci z hipotonią oraz dla pacjentów z zaburzeniami kompleksu ustno-twarzowego. Wtedy to zaczął opracowywać własną metodę rehabilitacji, w której główną techniką dotykową jest zmienna wibracja wpływająca na normalizację napięcia mięśniowego (Türk, Söhlemann, Rummel, 2012).

Przeznaczenie i cele koncepcji

Koncepcja Rodolfo Castillo-Moralesa jest stosowana u:

- pacjentów z zespołami uwarunkowanymi genetycznie i z obniżonym napięciem mięśniowym; pacjentów z zaburzeniami motorycznymi oraz z mózgowym porażeniem dziecięcym;
- dzieci z opóźnieniem rozwoju sensomotorycznego;
- dzieci i dorosłych z ośrodkowymi zaburzeniami ruchowymi i różnorodnymi upośledzeniami;
- noworodków z zaburzeniami funkcji ssania i połykania;
- dzieci przedwcześnie urodzonych;
- chorych z zaburzeniami strukturalno-funkcjonalnymi w obszarze ustno-twarzowym i czaszkowo-twarzowym;
- pacjentów z dysfagią;
- pacjentów z porażeniem nerwów obwodowych;
- pacjentów ze schorzeniami nerwowo-mięśniowymi;
- pacjentów po urazach czaszkowo-mózgowych.

Prowadzenie terapii opartej na koncepcji Castillo-Moralesa minimalizuje kompensacje i umożliwia osiągnięcie ruchu potrzebnego do uzyskania pożądanej funkcji. Należy jednak podkreślić, że założenia tej metody dopuszczają taką kompensację, która podnosi jakość życia pacjenta.

Celem terapii jest:

- rozszerzenie możliwości komunikacyjnych;

- wspomaganie rozwoju sensomotorycznego;
- regulacja napięcia mięśniowego oraz korekta postawy i ruchu;
- kształtowanie poprawnego sposobu jedzenia i picia;
- poprawa funkcji orofacialnych (tak by pacjent nie miał kłopotów ze ssaniem, z połykaniem, żuciem ani z kontrolą połykania śliny) (Brzozowska-Misiewicz, 2016).

Systematycznie realizowany proces terapeutyczny według koncepcji Castillo-Moralesa poprawia jakość funkcjonowania chorego zarówno w sferze fizycznej, jak i psychicznej. Korekta postawy ciała niesie za sobą umiejętność efektywniejszego poruszania się, panowania nad zakresem ruchu motoryki dużej i małej, a co się z tym wiąże – motoryki kompleksu ustno-twarzowego. Modyfikacja motoryki aparatu artykulacyjnego pozwoli na poprawę umiejętności spożywania pokarmów i usprawnienie komunikacji (tamże).

Obserwacja podstawą prawidłowej diagnozy oraz opracowania całościowego, zindywidualizowanego programu terapeutycznego

Funkcjonalna diagnoza osoby ze specjalnymi potrzebami, a taką jest osoba z chorobą rzadką, pozwala na znalezienie jej mocnych stron. Centralnym punktem obserwacji, a potem stawianej diagnozy, jest ocena samoobsługi realizowanej w różnych sytuacjach, pod wpływem reakcji równoważnych i napięcia mięśniowego. Zebranie wywiadu pozwala na wzbogacenie informacji służących dalszej diagnozie i prowadzonej terapii. Zdefiniowanie celu terapii następuje w porozumieniu z opiekunami i samym podopiecznym. Pełne szacunku i respektu traktowanie dziecka stanowi fundament pracy, a sam proces terapeutyczny jest jednocześnie diagnozowaniem. Castillo-Morales mówił: „Musimy się nauczyć, że w rehabilitacji nikt tej drogi nie przechodzi samotnie, ale potrzebny jest zespół, który ją przeprowadzi” (Türk, Söhleemann, Rummel, 2012, s. 6). Zgodnie z metodą Castillo-Moralesa w celu osiągnięcia lepszego efektu terapeutycznego istotne jest poznanie kryteriów obserwacji służących gruntownemu rozeznaniu potrzeb podopiecznego, jego mocnych stron, a dopiero w drugiej kolejności braków. Autor koncepcji zmodyfikował proces obserwacji, uznając ją za rodzaj

wielopłaszczyznowego spojrzenia, całościowo obejmującego stan pacjenta. Jakość obserwacji wpływa na trafność postawionej diagnozy, dlatego niezbędne jest dokładne poznanie pacjenta i jego otoczenia. Mogą to ułatwić określone przez Castillo-Moralesa jakościowe kryteria obserwacji, pogrupowane wokół dziewięciu stref podlegających ocenie.

Tabela 1. Jakościowe kryteria obserwacji

Jakościowe kryteria obserwacji	
UWAGA	<ul style="list-style-type: none"> • Jak wygląda pacjent w stanie czuwania? • Jaki jest stan koncentracji jego uwagi? Czy potrzebuje pauz, jak długich i częstych? • Czy pacjent przyjmuje leki, które wpływają na zmianę jego stanu? • W jakiej sytuacji lub pod wpływem jakich czynników zwiększa się jego uwaga? • Jaka pozycja ciała pacjenta sprzyja jego koncentracji?
MOTYWACJA	<ul style="list-style-type: none"> • Czy pacjent jest zainteresowany innymi ludźmi lub przedmiotami? • Czy samodzielnie wykazuje zainteresowanie, zaciekawienie, czy musi być przez kogoś motywowany? Jakiego rodzaju i jak silna musi być ta motywacja? • Czy umie dłużej zająć się jednym zagadnieniem, czy szybko traci zainteresowanie?
EMOCJONALNOŚĆ	<ul style="list-style-type: none"> • Czy pacjent podczas badania jest radosny, szczęśliwy, czy raczej pozbawiony chęci współpracy, niecierpliwy? Czy jest zrównoważony? • Czy barwa głosu badanego się zmienia? Od czego jest zależna?
INTENCJA WŁASNA	<ul style="list-style-type: none"> • Czy pacjent wykazuje inicjatywę do działania i ma wiele różnych pomysłów?
ZMENNOŚĆ	<ul style="list-style-type: none"> • Czy aktywności (zmiana pozycji, mimika itp.) są ujednoczone, czy zróżnicowane?
RYTM	<ul style="list-style-type: none"> • Czy pacjent funkcjonuje w stałym rytmie? • Jak podzielony jest rytm: aktywność – wyciszenie, dawanie – branie, samodzielność – pozwalanie innym na wykonanie czynności?
TEMPO	<ul style="list-style-type: none"> • Czy tempo funkcjonowania pacjenta jest szybkie, powolne czy zmienne?
ZDOLNOŚCI ADAPTACYJNE W ZMIENIAJĄCYCH SIĘ WARUNKACH	<ul style="list-style-type: none"> • Czy dorosły/dziecko umie dopasować się do zmieniających się warunków, czy też przychodzi mu to z trudnością?

Jakościowe kryteria obserwacji	
STRATEGIE NIEDOBORU	<ul style="list-style-type: none"> • Czy pacjent umie rozwinąć należne strategie, by samodzielnie rozwiązać problem? • Czy potrzebuje wsparcia i umie tę pomoc wykorzystać? • Jaki rodzaj pomocy jest mu niezbędny (pomysły, pomoc przy poruszaniu ręką, aprobata słowna itp.)?

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Türk, Söhlemann, Rummel, 2012, s. 78.

Doktor Castillo-Morales opracował również wytyczne dla terapeutów konieczne do przeprowadzenia skutecznej obserwacji sensomotoryki, komunikacji, jedzenia i picia, a także zabawy.

Tabela 2. Kryteria obserwacji sensomotoryki, komunikacji, jedzenia, picia i zabawy

KRYTERIA OBSERWACJI	
SENSOMOTORYKA	<ul style="list-style-type: none"> • Postawa i motoryka pacjenta. • Jak obrazuje się ruch pacjenta? • Jak dziecko oddycha w ruchu? • Jak dziecko się bawi i jakie pozycje ciała przyjmuje w zabawie? • Jak mobilizuje się do ruchu (stabilizacja ruchu, cisza i odpoczynek)? • Jaka jest jego aktywność ruchowa? • Jakie są strategie ruchu dziecka? • Jakimi innymi strategiami dysponuje? • Jak zachowuje się kompleks ustno-twarzowy pacjenta w ruchu?
KOMUNIKACJA	<ul style="list-style-type: none"> • Jak komunikuje się dziecko (mowa ciała, wzrok, mimika, gestykulacja, oddychanie, głos, reakcje wegetatywne, mowa werbalna, wokalizacja)? • Jakie jest zrozumienie mowy i sytuacji (ile czasu potrzeba na zrozumienie i reakcję)? • W jakiej sytuacji następuje komunikacja i jak do niej jest przygotowane otoczenie? • Kto jest inicjatorem kontaktu, w jakiej pozycji ułożenia ciała komunikacja jest możliwa? • Jaka jest motywacja nadawcy i odbiorcy do komunikacji i jakie są ich dotychczasowe doświadczenia związane z komunikacją? • Jak reagują partnerzy dialogu na próby komunikacji ze strony nadawcy komunikatu? • Kto inicjuje kontakt w komunikacji? Czy są inne opcje komunikacji? Czy mogą zamieniać się role nadawcy i odbiorcy? Czy są możliwe zmiany tematu w dialogu? • Jak są integrowane zmysły w dialogu? Zaburzenia uwagi upośledzają komunikację. Czy pacjent potrzebuje systemu wzrokowego i dotykowego do komunikacji?

KRYTERIA OBSERWACJI

JEDZENIE I PICIE

- Czy opiekunem jest nieustannie jedna i ta sama osoba, czy różne osoby zajmują się pacjentem? Jak czuje się osoba, która podaje pacjentowi jedzenie? Czy opiekun jest cierpliwy, przeznacza wystarczająco dużo czasu na karmienie pacjenta, jest spokojny podczas karmienia? Czy krewny albo opiekun są w stanie poradzić sobie z problemami związanymi z podawaniem pokarmu?
- Jaką ilość posiłku pacjent zjada, jakie ma preferencje smakowe, jaką konsystencję i temperaturę pokarmów preferuje. Kiedy i jak często je oraz jak długo trwa spożywanie pokarmów przez pacjenta? Czy przerwy między spożywaniem pokarmów są na tyle długie, że pacjent może odczuć głód (np. czy mama między karmieniami dziecka ma dosyć czasu, aby się z nim pobawić)?
- Czy jedzenie daje pacjentowi zadowolenie, czy też spożywanie pokarmów jest doświadczeniem negatywnym? Czy pacjent reaguje obronnie na widok jedzenia?
- Jak integrują się zmysły? Czy pacjent doświadcza kontaktu dotykowego z jedzeniem? Czy rozpoznaje wizualnie jedzenie na talerzu? Czy wacha jedzenie?
- Czy obserwacja twarzy pacjenta może dać informację o różnych chorobach, na przykład porażeniu nerwu twarzowego, a przy zmianach morfologicznych wskazujących na zaburzenia genetyczne na zaburzenia słyszenia, albo oddychania torem nosowym?
- Czy jest niekorzystne ustawienie wargi górnej w stosunku do dolnej i czy jest skrócona warga górna albo występuje zbyt duża aktywność mięśnia bródkowego (łac. *mentalis*), co może utrudniać domknięcie warg?
- Czy są przestawienia, przesunięcia zębów? Czy zły stan pielęgnacji zębów albo stan zapalny dziąseł utrudniają jedzenie stałych pokarmów i powodują ból podczas żucia?
- Czy zmieniony kształt języka, skrócone albo uszkodzone wędzidełko podjęzykowe może wpływać na fizjologiczny ruch języka i uniemożliwia prawidłowe przeżuwanie pożywienia na zębach trzonowych?
- Czy funkcja mięśni warg jest stabilizująca i uniemożliwia wypadanie pokarmu z wnętrza jamy ustnej?
- Jaka jest pozycja ciała oraz głowy, od której zależy napięcie dna jamy ustnej, wpływające na połykanie śliny i pokarmów?
- Czy poza aktywnością słycać „chrupanie” w stawie? Czy ruch żuchwy jest symetryczny, czy też asymetryczny? Jeżeli występuje jednostronna praca żuchwy może to oznaczać, że mięśnie potrzebne do żucia i staw skroniowo-żuchwowy rozwinęły się w asymetrii i z tego powodu odgryzanie, żucie, połykanie i artykulacja są nieprawidłowe. Terapeuci Castillo-Moralesa aktywizują mięśnie tego obszaru, prowokując jednocześnie prawidłowe ruchy w stawie skroniowo-żuchwowym.
- Jaka jest budowa podniebienia (twardego i miękkiego)? Zbyt wysokie podniebienie lub inne jego nieprawidłowości wpływają często na zaburzenia oddychania, fonacji i połykania.
- Czy pacjent ma problem z kontrolą ślinienia? Jak silny jest wyciek śliny?
- Czy występują problemy z aspiracją, np. „wilgotny głos”, chrząkanie, kaszel?
- Chory oddycha nosem czy ustami? Czy ma alergie lub powiększone migdały? Jak efektywne jest oddychanie?
- Jak pacjent obrazuje swoje uczucia za pomocą mimiki twarzy? Ćwiczenia obejmują również funkcje mimiczne w obszarze orofacjalnym.

KRYTERIA OBSERWACJI

ZABAWA	<ul style="list-style-type: none"> • Jakie są pierwotne zainteresowania dziecka (czy bawi się swoim ciałem, ciałem innych osób, przedmiotami)? • Czy samodzielnie inicjuje zabawę, czy oczekuje, aż ktoś ją zainicjuje? • Bawi się chętnie samo, lubi bawić się z innymi? • Czy potrafi odwzorować emocje w zabawie, np. przyjaźń albo frustrację? • Jak długo dziecko potrafi skoncentrować się na zabawie i trwać w niej? Czy potrzebuje przerw? Czy koncentracja jest zależna od rodzaju zabawy? • Czy zabawy są stereotypowe, czy też adekwatne do zabawki, którą się bawi? • W jakiej pozycji dziecko się bawi i czy potrafi tę pozycję samodzielnie przyjąć i utrzymać?
---------------	--

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Türk, Söhlemann, Rummel, 2012, s. 79–83.

Uwzględnienie wszystkich tych kryteriów pozwala terapeutę na wyciągnięcie wieloaspektowych wniosków koniecznych do przygotowania programu terapii i włączenia jej w proces usprawniania pacjenta. Obserwacja dziecka z wadą genetyczną nie tylko warunkuje całościowe wsparcie poprzez prowadzoną terapię, lecz także pozwala na jej modyfikację, dostosowując ją do aktualnych potrzeb i możliwości dziecka.

Bibliografia

- Bednarczyk, M., Lewandowska, M., Stobnicka-Stolarska, P., Szozda, A., Winnicka, E., Zawitkowski, P. (2014). Cele, zadania i organizacja pracy neurologopedy w Oddziale Intensywnej Terapii Noworodka. *Standardy Medyczne Pediatria*, 1, 43–45.
- Biancuzzo, M. (2001). *Breastfeeding the Newborn; Clinical Strategies for Nurses*. London: Spiral Publisher.
- Brzozowska-Misiewicz, I. (2016). Koncepcja Rodolfo Castillo Moralesa. W: K. Kaczorowska-Bray, S. Milewski (red.), *Wczesna interwencja logopedyczna* (s. 650–667). Gdańsk: Harmonia Universalis.
- Czochońska, J. (1992). *Neurologia dziecięca*. Warszawa: PZWL.
- Eliot, L. (2003). *Co tam się dzieje? Jak rozwija się mózg i umysł w pierwszych latach życia*. Poznań: Media Rodzina.
- Jakóbiak, A., Lorens, G. (2015). Rola wczesnej interwencji logopedycznej w zminimalizowaniu lub zapobieganiu nadwrażliwości oralnej u dzieci przedwcześnie urodzonych. W: J.J. Błężyński, D. Baczala (red.), *Wczesna interwencja w logopedii*. Gdańsk: Harmonia Universalis.
- Kaczorowska-Bray, S. Milewski (red.) (2006). *Wczesna interwencja logopedyczna*. Gdańsk: Harmonia Universalis.

- Lorens, G., Karwowska, A. (2017). Fenomen dotyku we wczesnej interwencji logopedycznej. *Głos – Język – Komunikacja*. T. 4. *Funkcjonowanie społeczne dzieci z problemami komunikacyjnymi*, 107–116.
- Maas, V.F. (1998). *Uczenie się przez zmysły – wprowadzenie do teorii integracji sensorycznej*. Warszawa: WSiP.
- Schieppati, A., Henter, J.-I., Daina, E., Aperia, A. (2008). Why rare diseases are an important medical and social issue. *Lancet*, 371, 2039–2041.
- Simpson, B.S. (2002). Neonatal foal handling. *Applied Animal Behaviour Science*, 78(2–4), 303–317.
- Śmigiel, R., Łaczmąńska, I. (2012). Podstawowa wiedza potrzebna do zrozumienia chorób genetycznych. W: T. Kaczan, R. Śmigiel (red.), *Wczesna interwencja i wspomaganie rozwoju u dzieci z chorobami genetycznymi*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Türk, C.H., Söhlemann, S., Rummel, H. (2012). *Das Castillo Morales – Konzept*. Stuttgart–New York: Thieme.
- Wastfelt, M., Fadeel, B., Henter, J.-I. (2006). A journey of hope: lessons learned from studies on rare diseases and orphan drugs. *J Intern Med*, 260, 1–10.

Łukasz Kowalczyk

Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie
Zakład Logopedii i Lingwistyki Edukacyjnej

TECHNIKA „WYSTUKIWANIA SYLAB” KRZYSZTOFA SZAMBURSKIEGO – ZAŁOŻENIA I SKUTECZNOŚĆ

STRESZCZENIE

Skupiając się na logopedycznej terapii jąkania, opisana została technika „wystukiwania sylab”, jej wpływ na płynność i prędkość mówienia dzieci jękających się. W badaniach trwających pół roku wzięło udział 20 dzieci. Zebrane wyniki pozwalają stwierdzić, że „wystukiwanie sylab” znacząco poprawia stan niepłynności mówienia dzieci jękających się, mimo że nie wszystkie osiągnęły normatywne wskaźniki w mowie spontanicznej.

Słowa kluczowe: jąkanie, zaburzenie płynności mówienia, wystukiwanie sylab, prędkość mówienia

ABSTRACT

Focusing on speech and language therapy of stuttering, I described the technique of tapping syllables, its impact on fluency and speed of speaking children who stutter. The study involved twenty children. The study lasted six months. The collected results allow to conclude that the technique of „tapping syllables” significantly improves the condition of fluency children who stutter.

Key words: stutter, fluency disorder, tapping syllables, speech speed

Na przestrzeni rozwoju dziecko nabywa kompetencji na różnego rodzaju płaszczyznach. Doświadcza, uczy się i szlifuje wiele umiejętności. Jedną z nich jest poprawne, pod każdym względem, wypowiedanie się. Jest to jeden z elementów komunikacji, co stanowi z kolei ważny czynnik warunkujący prawidłowe nawiązywanie kontaktów społecznych. Niepłynność mówienia jest objawem szybko dostrzeganym przez otoczenie, zwłaszcza wśród dzieci. Uwagi na ten temat i postrzeganie danej osoby przez pryzmat jej trudności mogą obniżyć poczucie wartości dziecka oraz niekorzystnie wpłynąć na kształtowanie się jego osobowości. Tego typu sytuacji mogą doświadczać dzieci jękające się. Istnieją jednak strategie oraz techniki, które pokazują, jak nauczyć się panować nad swoimi trudnościami, zmniejszyć je i zminimalizować ich przyczynę. Jedną z propozycji jest wykorzystanie techniki „wystukiwania sylab” Krzysztofa Szamburskiego.

Wystukiwanie sylab – założenia

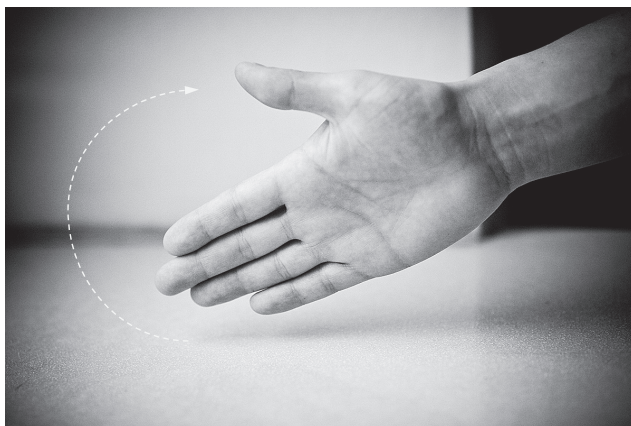
Zdając sobie sprawę zarówno z ograniczeń metod rytmizacji, takich jak: realizacja mówienia w takt, skandowanie i monotoniczny charakter mowy, jak i ich zalet (szybkie pozbycie się objawów jękania), Szamburski opracował technikę wystukiwania sylab przy zachowaniu cech prozodycznych wypowiedzi.

Technika wystukiwania sylab złożona jest z kilku etapów:

- etap wstępny, który ma na celu nauczenie pacjenta podziału wyrazów na sylaby; czas ten powinien być jak najkrótszy ze względu na zagrożenie utrwalenia ewentualnego skandowania, co może być naturalną konsekwencją głośnego dzielenia na sylaby. Jeżeli jest to możliwe, tzn. pacjent ma opanowaną tę umiejętność, powinno się pomijać ten etap;
- mówienie płynne z wystukiwaniem sylab całą dłonią z kontrolującym udziałem terapeuty;
- mówienie płynne z wystukiwaniem sylab palcem ręki wiodącej;
- stopniowe ukrywanie wystukiwania sylab przed otoczeniem w różnych sytuacjach, np. szkolnych, takich jak: odpowiadanie w pozycji siedzącej, stojącej czy odpowiadanie przy tablicy, w sposób nierzucający się w oczy; dla większości osób jest to bardzo ważna kwestia;
- faza wprowadzania wystukiwania sylab w różnych sytuacjach życiowych.

Wystukiwanie sylab złożone jest z trzech faz ruchu dłonią (wdech, start, kontynuacja). Ich kolejność jest niezmienna. W ten sposób większa jest świadomość tego, w jaki sposób gospodarować oddechem. Podczas wystukiwania sylab mówienie ulega automatycznemu zwolnieniu, które uzależnione jest od amplitudy wystukiwania dłonią o obraną powierzchnię.

Faza I: Wdech



Fot. 1. Wystukiwanie sylab – faza wdechu

Wykonywany jest wdech wraz z jednoczesnym uniesieniem dłoni, tak by widoczna była wewnętrzna jej część, obracając ją o 90 stopni w płaszczyźnie pionowej zgodnie z ruchami wskazówek zegara.

Faza II: Start



Fot. 2. Wystukiwanie sylab – faza startu

Wykonywany jest wymiatający ruch kciukiem przy jednoczesnej realizacji pierwszej sylaby wyrazu, który będzie wypowiedziany.

Faza III: Kontynuacja



Fot. 3. Wystukiwanie sylab – faza kontynuacji

Ruchami dłoni w górę i w dół wystukiwane są sylaby poszczególnych wyrazów frazy.

Istnieje kilka powodów, dla których wystukiwanie sylab sprzyja płynnemu mówieniu:

1. Sama czynność wystukiwania odwraca uwagę jąkającej się osoby od aktu mówienia, co w sposób naturalny obniża poziom lęku, który związany jest ze stresem komunikacyjnym. Im mniejszy lęk, tym mniejsza liczba objawów niepełności.
2. Mocniejsze stuknięcie jest pomocne w sytuacji zbliżającego się skurczu, powodującego tzw. blok. Prawdopodobnie wykonanie mocniejszego, gwałtownego ruchu również redukuje poziom lęku.
3. Wystukiwanie sylab sprzyja płynnemu mówieniu, ponieważ spowalnia jego tempo. Niekiedy uwidacznia się to samoczynnie, bo nie sposób szybko wystukać słowo zbudowane z wielu sylab.
4. Osoby jąkające się czują się pewniejsze w sytuacjach społecznych. Dzieje się tak dlatego, że znalazły one sposób zapanowania nad własnym jękaniem.
5. Wystukiwanie sylab może również wpływać na pracę narządów mownych, ze względu na przyjmowany fakt, że korowe reprezentacje

narządów artykulacyjnych i rąk, zarówno sensoryczne, jak i motoryczne, znajdują się w niewielkim od siebie oddaleniu.

6. Autor w opisie mechanizmu działania tej techniki zwraca uwagę na przebieg mowy w czasie. Wystukiwanie sylab staje się ręcznym mechanizmem, który synchronizuje wypowiedzi.
7. Stosowanie wystukiwania sylab daje natychmiastową poprawę płynności mówienia u większości osób, ale nie dla wszystkich okazuje się ono efektywne w równym stopniu.

Istnieją również pewne ograniczenia stosowania tej techniki:

1. Pierwszym z nich są szybko uzyskiwane rezultaty. Pacjenci doświadczając poprawy w zakresie płynności swoich wypowiedzi, porzucają stosowanie wystukiwania, co niestety po kilku lub kilkunastu dniach skutkuje powrotem objawów. Przez to pacjenci często popadają w przygnębienie, niekiedy w lekką depresję, co powoduje zwiększenie natężenia objawów. Pojawia się u nich głębokie przekonanie, że nigdy nie zapanują nad jąkaniem i nie są w stanie się z niego wyleczyć.
2. Drugim ograniczeniem są trudności w opanowaniu prawidłowego wystukiwania, wskutek czego pojawia się skandowanie lub brak synchronizacji między mówieniem a wystukiwaniem, co może nasilić objawy niepłynności.

Skuteczność wystukiwania sylab

Terenem badań była Specjalistyczna Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna „TOP” mieszcząca się przy ulicy Raszyńskiej 8/10 w Warszawie. Wykonywane one były dwukrotnie. Szamburski udostępnił swój gabinet (cichy, dobrze oświetlony), w którym indywidualnie z każdym dzieckiem prowadzone były badania według obranego narzędzia badawczego (Próba Sylabowa do Oceny Niepłynności Mówienia Zdzisława Kurkowskiego). Okres między jednym badaniem a drugim był czasem obserwacji i prowadzenia zajęć terapeutycznych z zastosowaniem „wystukiwania sylab”. Zajęcia odbywały się raz w tygodniu. Czas, liczony łącznie z badaniem początkowym i końcowym, wynosił około 30 minut z jednym dzieckiem. Badana grupa liczyła 20 dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym.

Tabela 1. Stan niepełności i prędkości mówienia dzieci nieobjętych wcześniej tą terapią oraz wpływ liczby punktów w skali Apgar na jej efekt

Badane osoby	Liczba punktów w skali Apgar	Niepełność mówienia [%]			Prędkość mówienia [syłaba/s]	
		Przed terapią	Po 6 miesiącach terapii		Przed terapią	Po 6 miesiącach terapii
			bez wspomagania się metodą „wystukiwania sylab”	z zastosowaniem metody „wystukiwania sylab”		
K. C	9	21,6	7	2,6	1,9	2,6
R. F	10	7,6	5	4,6	1,7	2,1
M. F	10	5,6	4,3	1,6	1,7	2,2
K. F	10	5	3,3	1,6	2,1	2,4
Z. J	10	5,6	3	2,3	1,8	2,3
M. K	8	6,6	11	2,3	1,9	3
W. M	7	4	5,3	1,3	1,7	2,9
W. P	9	6,3	5	2,6	2,6	2,9
Ł. R	10	2,6	0,6	0	2,2	2,6
J. S	10	3,6	2,3	1,3	2,3	2,4
Z. S	10	9	4,6	2	2,2	2,3
M. Z	10	8,3	3,3	2	1,7	2,1
NORMA		niepełność nieprzekraczająca 3%			4–5 sylab/s	
Średni wynik dla grupy		7,1	4,5	2,01	1,9	2,4

Celem każdej terapii logopedycznej jest stymulowanie, usprawnianie oraz kształtowanie mowy. W przypadku dzieci jękających się jest ona ukierunkowana m.in. na niwelowanie bądź osłabianie występujących objawów. Wyniki przeprowadzonych badań pozwalają stwierdzić, że stosowanie techniki „wystukiwania sylab” znacząco poprawia stan niepełności mówienia dzieci jękających się, mimo że nie wszystkie osiągnęły normatywne wskaźniki w mowie spontanicznej

Tabela 2. Stan niepełności i prędkości mówienia dzieci objętych wcześniej tą terapią oraz wpływ liczby punktów w skali Apgar na jej efekt

Badane osoby	Liczba punktów w skali Apgar	Niepełność mówienia [%]			Prędkość mówienia [sylaba/s]	
		Przed terapią	Po 6 miesiącach terapii		Przed terapią	Po 6 miesiącach terapii
			bez wspomagania się metodą „wystukiwania sylab”	z zastosowaniem metody „wystukiwania sylab”		
B. A	10	4	3,6	1,3	1,7	2,5
M. J	10	6,6	4	1,6	2,1	2,2
K. K	10	18,3	22,3	17	1,5	1,6
H. K	10	21,3	15,3	9,3	1,3	1,8
H. P	7	7,3	2,6	3	2,1	2,8
P. S	10	6,3	6	3,3	1,7	1,8
W. U	10	6,3	8	0	2,4	3,2
P. W	8	8,3	7	6,3	1,5	1,3
NORMA		niepełność nieprzekraczająca 3%			4–5 sylab/s	
Średni wynik dla grupy		9,8	8,6	5,2	1,7	2,1

Do jednych z objawów jąkania należy zaburzenie tempa mówienia. Jego stopień u badanych dzieci był różny. Żadne z dzieci nie osiągnęło normatywnego wskaźnika prędkości mówienia, ale może to wynikać z tego, że metoda „wystukiwania sylab” oparta jest na spowolnieniu tempa mówienia.

Podsumowując, uważam, że technika „wystukiwania sylab” stanowi bardzo interesującą opcję pracy z dziećmi jękającymi się. Nadaje się do pracy grupowej oraz indywidualnej. Dzieci szybko przyswajają jej zasady i chętnie nią pracują. A co najważniejsze – sumienne i systematyczne posługiwanie się tą metodą daje bardzo zadowalające rezultaty.

Bibliografia

- Chęciek, M. (2007). *Jąkanie. Diagnoza, terapia, program*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Kurkowski, Z.M. (2003). *Próba sylabowa do oceny nie płynności mówienia*. Warszawa: Instytut Fizjologii Patologii Słuchu.
- Szamburski, K. (1996). Nerwica jąkania – inny sposób spojrzenia na problem nie płynności mówienia, *Logopedia*, 23, 191–213.
- Szamburski, K. (2006). Patomechanizm powstawania jąkania rozwojowego – propozycja powiązania jąkania z lękiem, *Czasopismo Internetowe LOGOPEDA*, 2(3).
- Szamburski, K. (2009). Technika wystukiwania sylab – propozycja uzyskiwania płynności mówienia. W: A. Balejko, *Jak pokonać lub zaakceptować jąkanie się*. Białystok: Wydawnictwo Logopedyczne Antoni Balejko.
- Szamburski, K. (2011). Diagnoza nie płynności mówienia W: E. Czaplewska, S. Milewski (red. nauk.), *Diagnoza logopedyczna. Podręcznik akademicki*. Gdańsk: GWP.
- Tarkowski, Z. (1992). *Jąkanie wczesnodziecięce*. Warszawa: WSiP.
- Tarkowski, Z. (2000). Klasyfikacja nie płynności mówienia. *Logopedia*, 28, 145–151.
- Tarkowski, Z. (2002). *Jąkanie*. Warszawa: PWN.
- Tarkowski, Z. (2003a). Jąkanie. Gielkot. W: T. Gałkowski, G. Jastrzębowska (red.), *Logopedia – pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki*, t. 2. Opole: Wydawnictwo UO.
- Tarkowski, Z. (2003b). Terapia jąkających się. W: T. Gałkowski, G. Jastrzębowska (red.), *Logopedia – pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki*, t. 2. Opole: Wydawnictwo UO.

CZĘŚĆ III

ZRÓŻNICOWANA PERSPEKTYWA OPISU ZJAWISK JĘZYKOWYCH W NORMIE I PATOLOGII

Marlena Kurowska

Uniwersytet Warszawski

DZIECKO Z ZABURZENIAMI W ROZWOJU MOWY I JĘZYKA UWARUNKOWANYMI KOROWO W SYSTEMIE OŚWIATY

STRESZCZENIE

Dzieci z zaburzeniami w rozwoju mowy i języka uwarunkowanymi uszkodzeniami i/lub dysfunkcjami OUN zostały wyodrębnione po raz pierwszy w Rozporządzeniu Ministra Edukacji Narodowej z dnia 17 października 2010 r. jako dzieci niepełnosprawne i wymagające specjalistycznego wsparcia w procesie edukacji. Od tamtego czasu są podejmowane działania, których celem jest porządkowanie i precyzowanie sytuacji tych dzieci w polskim systemie oświatowym.

Słowa kluczowe: zaburzenia korowe w rozwoju mowy i języka, afazja rozwojowa, afazja nabyta, proces usprawniania, przepisy prawne, przystosowania edukacyjne

ABSTRACT

Children with speech and language development disorders conditioned by damage and/or malfunctions of the central nervous system have been singled out for the first time in the Regulation of the Minister of National Education dated 17th October 2010 as disabled children requiring specialist support in the process of education. Since then a number of activities have been undertaken aiming at organizing and specifying situation of such children in the Polish educational system.

Key words: cortical disorders in speech and language development, developmental aphasia, acquired aphasia, process of improvement, legal regulations, educational adjustments

Wprowadzenie – charakterystyka zaburzeń

Zaburzenia korowe w rozwoju mowy i języka oznaczają nieprawidłowości w naturalnym i spontanicznym przyswajaniu mowy i języka rejestrowane u dzieci, do których dochodzi w konsekwencji anatomicznych uszkodzeń i/lub dysfunkcji OUN. Niejednokrotnie pierwsze ich objawy ujawniają się już pod koniec pierwszego roku życia dziecka w okresie tworzenia pierwszych wyrazów. Najczęściej słownik czynny dziecka nie rozwija się w ogóle lub też wzbogaca się bardzo wolno. Pod koniec drugiego roku życia dziecko nie dokonuje łączenia dwóch wyrazów w strukturę prostego zdania. Najczęściej nie odmienia rzeczowników przez przypadki i są one realizowane w formie mianownika liczby pojedynczej. Jeśli pojawia się nawet inna forma fleksyjna, to często jest niewłaściwa, niedostosowana do danego kontekstu gramatyczno-znaczeniowego.

Różne nieprawidłowości w posługiwaniu się językiem macierzystym najwyraźniejsze są w zakresie budowania wypowiedzi. Początkowo rodzice małych dzieci nie spostrzegają u nich nieprawidłowości w rozumieniu mowy. Dzieje się tak dlatego, że do małych dzieci kierujemy często wypowiedzi w formie prostych zwrotów, krótkich zdań związanych z codziennymi – rutynowymi i powtarzalnymi czynnościami. Dopiero gdy wzrasta długość i stopień gramatycznej złożoności wypowiedzi osób dorosłych formułowanych do dzieci, dają się również zauważyć wyraźniejsze trudności w tym zakresie. Z czasem dysproporcja, w rozumieniu i wypowiedzaniu u tych dzieci w stosunku do rówieśników, jest bardzo duża, niejednokrotnie sięga kilku lat. Nasilenie objawów w obu zakresach może być bardzo różne. Zdarza się, że dziecko w wieku 3–4 lat w ogóle nie mówi lub bardzo niewiele, a gdy ma 5–6 lat jego wypowiedzi są niespójne, niekomunikatywne, niezrozumiałe dla odbiorców (Kordyl, 1968; Kurowska, 2015).

Jednostki diagnostyczne

W literaturze przedmiotu istnieje wiele nazw jednostek, którymi możemy określić ten stan zaburzonego rozwoju mowy. Wymieniam tu tylko kilka z nich najczęściej stosowanych w literaturze. Są to: alalia, niedokształcenie mowy o typie afazji, niedokształcenie mowy pochodzenia korowego, specyficzne zaburzenia rozwoju mowy i języka, specyficzne

zaburzenia rozwoju językowego – SLI, niepełnosprawność ruchowa, w tym *afazja* (Kordyl, 1968; Parol, 1989; Mierzejewska, Emiluta-Roza, 1998; Grabias, 2001; Leonard, 2006; Panasiuk, 2008; Emiluta-Roza, 2008; Rozporządzenie MEN z 24.07.2015 r.). Terminy te pochodzą z klasyfikacji logopedycznych, medycznych – o zasięgu międzynarodowym – lub też wynikają z regulacji administracyjno-prawnych przyjętych aktualnie w Polsce. W czasie studiów logopedycznych studenci poznają różne klasyfikacje zaburzeń mowy i opisujące je interpretacje naukowo-badawcze. Jednakże po zakończeniu studiów logopedzi zobowiązani są do stosowania nazw jednostek diagnostycznych zgodnie z przepisami prawnymi funkcjonującymi w danym miejscu zatrudnienia. Logopedzi pracujący w placówkach oświatowych, np. żłobkach, przedszkolach, szkołach, poradniach, w przygotowywanych przez siebie opiniach i orzeczeniach stosują się do przepisów wydawanych przez ministra edukacji narodowej. Zatem w przypadku rozpoznania objawów charakterystycznych dla zaburzeń korowych formułują diagnozę *niepełnosprawność ruchowa, w tym afazja*. Jest to termin odnoszący się zarówno do dzieci, u których nieprawidłowość w rozwoju mowy była zauważona już w bardzo wczesnym okresie ich życia, tzn. przed opanowaniem języka, jak i do tych, u których pojawiła się już po ukształtowaniu się systemu językowego. W pierwszej sytuacji dla jej sprecyzowania dodaje się często do wyrazu *afazja* określenie *rozwojowa*, w drugiej *nabyta* (Herzyk, 1992). Sam termin *afazja* oznacza zaburzenie mowy wywołane anatomicznym uszkodzeniem mózgu u osoby, która wcześniej miała w pełni opanowany system językowy i swobodnie, dowolnie nim się posługiwała w mowie i piśmie (Mierzejewska, Emiluta-Roza, 1998). Zatem jego użycie jest uzasadnione w przypadku dzieci, które opanowały podstawy systemu językowego zanim nastąpiło uszkodzenie i/lub dysfunkcja OUN. Za ten moment można uznać ukończenie przez dziecko 3. r.ż. Wówczas prawidłowo rozwijające się dziecko powinno mieć opanowane już podstawy systemu: fonologicznego, morfologicznego, składniowego (Porayski-Pomsta, 2015). Jednak niektórzy badacze wskazują możliwość formułowania diagnozy *afazji* u dziecka dopiero po ukończeniu przez nie 7. r.ż. (Herzyk, 1992; Panasiuk, 2008). W przypadku dzieci, u których rozwój mowy nigdy nie osiągnął poziomu normatywnego i trudności w przyswojeniu systemu językowego rejestrowano od bardzo wczesnego okresu ich życia, zastosowanie tego terminu nie jest logiczne. Niestety, w obecnie obowiązującym Rozporządzeniu MEN wybrano właśnie tę nazwę. Jej

niefortunność polega również na połączeniu *afazji z niepełnosprawnością ruchową*. W konsekwencji powstała niejasność w interpretowaniu tego terminu: czy w rozporządzeniu chodzi tylko o *afazję motoryczną*, czy też o dodatkową u dzieci z *afazją* obecność nieprawidłowości motorycznych. Praktyka logopedyczna pokazuje, że bardzo rzadko możemy spotkać dzieci z tzw. czystymi postaciami *afazji* tylko *motorycznej* lub tylko *słuchowej*. U wielu dzieci z *afazją* mamy do czynienia jednocześnie z trudnościami w budowaniu wypowiedzi i ich prawidłowym rozumieniu, czyli są to formy mieszane tego zaburzenia. Z kolei niekiedy u dzieci z *afazją* spotykamy obniżoną sprawność ruchową w zakresie motoryki dużej i małej, przejawiającą się niezgrabnością ruchową, brakiem dostatecznej precyzji w wykonywanych ruchach, trudnościami w utrzymaniu równowagi ciała (Kordyl, 1968). Stopień nasilenia tych nieprawidłowości nie jest jednak na tyle duży, aby utożsamiać je z *niepełnosprawnością ruchową*.

Logopedzi pracujący w placówkach medycznych w swych rozpoznaniach zobowiązani są do stosowania terminu pochodzącego z Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych – ICD-10 – opracowanej przez WHO. Termin ten to: *specyficzne zaburzenia rozwoju mowy i języka*. W klasyfikacji tej przyjęto wyraźne rozróżnienie na dwie formy: z przewagą komponenty motorycznej – wówczas stosuje się symbol F 80.1, i z przewagą komponenty percepcyjnej – F 80.2. W dalszej części artykułu ze względu na analizę sytuacji dzieci z zaburzeniami korowymi w systemie oświaty będę stosować nazwy: *afazja, zaburzenia afatyczne*.

Najbardziej wiarygodnym dowodem potwierdzającym logopedyczną diagnozę *zaburzeń afatycznych* u dzieci jest ewidentne anatomiczne uszkodzenia zlokalizowane w korze mózgu. Coraz częściej jednak spotykamy się również z charakterystycznymi objawami językowymi tych zaburzeń wywołanymi jedynie dysfunkcjami mózgu, zatem bez dowodów na istnienie zmian strukturalnych lub też u dzieci, u których nie występują jakiegokolwiek zmiany w OUN (Herzyk, 1992; Dąmbaska, 1997; Kurowska, 2016). Nie jest to wcale równoznaczne z ich brakiem, lecz najczęściej z trudnością ich wykrycia. Zatem poddanie tych dzieci badaniom neuroobrazowania, tj. tomografii komputerowej TC czy też rezonansu magnetycznego NMR, nie jest gwarantem odnalezienia tych nieprawidłowości (Dąmbaska, 1997; Kułakowska, Konera, 2003; Rostowski, 2012). Jednak im dziecko jest starsze, a objawy językowe pod względem jakościowym i ilościowym

– w mowie, a następnie także w czytaniu i piśmie – są charakterystyczne dla *zaburzeń afatycznych*, tym bardziej możemy być przekonani o mózgowym mechanizmie zaburzenia. Oczywiście, przy jednoczesnym istnieniu specyficznych objawów językowych i potwierdzonych w wyniku badań specjalistycznych uszkodzeń i/lub dysfunkcji OUN nasza diagnoza jest jednoznaczna i pewna.

Przy podejrzeniu występowania u dziecka *afazji* konieczne jest przeprowadzenie diagnozy różnicowej. Wydaje się, że w przypadku *afazji nabytej* u dziecka ze względu na wiek wystąpienia – powyżej 3.–7. r.ż. – i ewidentne czynniki wywołujące to zaburzenie, proces diagnozy jest łatwiejszy. O wiele bardziej złożone jest dokonanie rozstrzygnięcia pomiędzy *afazją rozwojową*, *opóźnieniem rozwoju mowy*¹ i *niedokształceniem mowy w autyzmie*². Charakterystyka każdej z tych jednostek jest odmienna. Jednak w okresie wczesnego dzieciństwa, gdy dziecko niewiele mówi, ich zróżnicowanie wcale nie jest proste. W literaturze przedmiotu i w praktyce logopedycznej wskazuje się, że w bardziej pewny i jednoznaczny sposób możliwe jest to dopiero w wieku od około 2.–3. do 4.–5. r.ż. dziecka (Kordyl, 1968; Pisula, 2005; Smoczyńska, 2012). Wówczas objawy powinny stać się na tyle charakterystyczne, aby dokonać jednoznacznego zróżnicowania. Nie oznacza to, że dzieci do momentu sformułowania bardziej pewnej diagnozy pozostają bez pomocy logopedycznej. W takich przypadkach proces usprawniania uzupełnia, weryfikuje wstępną hipotezę diagnostyczną (Emiluta-Roza, 2002). W przypadku *opóźnienia mowy* dynamika zmian zachodzących w czasie prowadzonej stymulacji rozwoju mowy powinna wyraźnie wskazywać możliwość wyrównywania przez dziecko trudności zauważanych na początku jego rozwoju. W stanach *autyzmu* ujawniają się echolalie, stereotypie w zachowaniach. Wskazują one na odmierne i o szerszym zakresie zaburzenia w rozwoju dziecka – pozajęzykowymi, również poznawcze i emocjonalno-społeczne. Dziecko ma wyraźne trudności w nawiązywaniu kontaktu wzrokowego, nie podejmuje zabawy funkcjonalnej (Pisula, 2005). W takich przypadkach konieczne jest pogłębienie diagnozy psychologicznej oraz psychiatrycznej. Z kolei cechą charakterystyczną językowych zaburzeń korowych u dzieci jest ujawnianie się patologicznych objawów

¹ Przyjmuję rozróżnienie jednostek opóźnionego rozwoju mowy zaproponowane przez Danutę Emilutę-Rozę (2007).

² Nazwy jednostek zaburzeń za: *Modyfikacja zestawienia form zaburzeń mowy H. Mierzejewskiej i D. Emiluty-Roza* (Emiluta-Roza, 2008).

na tle rozwijającego się języka. To znaczy, że im więcej dziecko mówi, tym więcej też rejestrujemy u niego różnych nieprawidłowości w zakresie funkcjonowania językowego, m.in. parafazje, perseweracje, zmienność reakcji (Kurowska, 2015). Jeśli chodzi o zaburzenia korowe językowe, to rokowanie często jest niepomysłne i jego objawy ujawniają się przez całe życie – najpierw u dziecka, a następnie u młodego i dorosłego człowieka (Emiluta-Roza, 2013; Kurowska, 2015).

Przepisy prawne regulujące sytuację dziecka i ucznia z afazją w polskim systemie edukacji

Dzieci z rozpoznaniem *autyzmu* lub *afazji* uznane są za dzieci z niepełnosprawnością. Określenie tego stanu uprawnia je do korzystania z dodatkowych zajęć usprawniających, m.in.: rehabilitacyjnych, pedagogicznych, psychologicznych, logopedycznych. Przysługują im również pewne dostosowania – ułatwienia w procesie edukacji. Dzieci z *opóźnieniem rozwoju mowy* znajdują się poza tymi systemowymi rozwiązaniami³.

Małemu dziecku, u którego zaczynają ujawniać się nieprawidłowości w zakresie rozwoju – w tym mowy i języka – przyznawana jest pomoc na podstawie Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej w sprawie organizowania wczesnego wspomaganie rozwoju dzieci z dnia 11 października 2013 roku. W jego ramach przewiduje się wieloprofilowe działania usprawniające podejmowane od chwili wykrycia *niepełnosprawności* do momentu rozpoczęcia przez dziecko nauki w szkole. W rozporządzeniu zostały określone warunki udzielania pomocy, której „celem jest pobudzanie psychoruchowego i społecznego rozwoju dziecka”. Dokument ten określa również warunki włączenia rodziny usprawnianego dziecka do działań prowadzonych przez specjalistów, tj. rehabilitanta, pedagoga, psychologa, logopedę. Zespół specjalistów we współpracy z rodziną „opracowuje i realizuje indywidualny program wczesnego wspomaganie”. Stymulacja i usprawnianie mowy dziecka mogą być prowadzone w placówkach, takich jak przedszkole, poradnia psychologiczno-pedagogiczna lub też w domu dziecka.

³ Nie oznacza to jednak, że dzieci z *opóźnieniem rozwoju mowy* pozbawione są opieki logopedycznej.

Po raz pierwszy dzieci z *zaburzeniami afatycznymi* zostały wymienione w Rozporządzeniu Ministra Edukacji Narodowej w sprawie organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych, niedostosowanych społecznie i zagrożonych niedostosowaniem społecznym z dnia 17 listopada 2010 r.; obecnie obowiązuje nowelizacja tego dokumentu z dnia 28 sierpnia 2017 roku. Zawarte są w nim przede wszystkim formalno-prawne zasady formułowania *orzeczeń o potrzebie kształcenia specjalnego* w odniesieniu do dzieci także z *afazją*. Na podstawie tego rozporządzenia dziecku z *zaburzeniami afatycznymi* przysługuje prawo do korzystania z zajęć rewalidacyjnych na każdym etapie edukacyjnym, aż do ukończenia 24. roku życia. Na podstawie przeprowadzonej diagnozy powinien zostać ustalony, a następnie realizowany z dzieckiem *Indywidualny program edukacyjno-terapeutyczny*. Należy w nim określić zakres dostosowań programowych i wymagań edukacyjnych uwzględniający możliwości i potrzeby danego dziecka. W zależności od stopnia rozwoju mowy i języka u dziecka w ramach zajęć rewalidacyjnych można rozważyć wprowadzenie nauki języka migowego lub innych alternatywnych sposobów porozumiewania. W przedszkolach i szkołach: ogólnodostępnych z oddziałami integracyjnymi i integracyjnych możliwe jest również zatrudnienie dodatkowego nauczyciela – pedagoga specjalnego, który będzie pomagał dziecku w realizacji codziennych zadań prowadzonych w danej placówce i zaleceń zawartych w orzeczeniu.

Przepisy zawarte w Rozporządzeniu MEN z dnia 10 czerwca 2015 r. w sprawie szczegółowych warunków i sposobu oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów i słuchaczy w szkołach publicznych umożliwiają zwolnienie dziecka z *afazją* z nauki drugiego języka obcego. Dla wielu dzieci jest to niezwykle ważne udogodnienie w procesie kształcenia. Liczba i struktura języków, których uczy się dziecko, wpływa również na poziom opanowania i funkcjonowania języka ojczystego. W sytuacji, gdy stopień przyswojenia języka polskiego jest niedostateczny, konieczne wydaje się ograniczenie dodatkowych czynników zakłócających ten proces. Istniejące w językach odmienności w zakresie słownika, wymowy, reguł gramatycznych, zapisu ortograficznego niejednokrotnie są barierą nie do pokonania przez ucznia z *afazją*. Należy zauważyć, że dziecko z mózgowo uwarunkowanymi zaburzeniami w rozwoju mowy i języka, pomimo wychowywania się w środowisku posługującym się językiem polskim, uczy się własnego macierzystego języka – tak jak obcego – z trudem, poświęcając temu zadaniu wiele czasu.

Na podstawie *orzeczenia o kształceniu specjalnym* oraz szczegółowych ustaleń opracowanych przez Centralną Komisję Egzaminacyjną powinny nastąpić pewne dostosowania formy i warunków zdawania przez ucznia z *afazją* egzaminów kończących dany etap edukacji. Do najważniejszych należą: pisanie egzaminu w oddzielnej sali, korzystanie ze specjalnie przygotowanego arkusza testowego, wydłużenie czasu na wykonanie zadań. Dziecko w trakcie egzaminu ma prawo do korzystania z pomocy nauczyciela wspomagającego. W tej roli może wystąpić logopeda (rozporządzenia MEN z dnia: 11.10.2013 r.; 10.06.2015 r.; 28.08.2017 r.).

Dziecko z *afazją* w przedszkolu

Po ukończeniu 3. r.ż. dziecko z *afazją* powinno rozpocząć naukę w przedszkolu. Może to być placówka ogólnodostępna lub też integracyjna. Jednak bardzo rzadko się zdarza, aby dziecko w tym wieku miało już sformułowaną jednoznaczną diagnozę. Zwłaszcza jeśli rozpatrujemy przypadek *afazji rozwojowej*. Należy zauważyć, że dla niektórych dzieci jest to moment pierwszej konfrontacji z dużą grupą rówieśników. Niejednokrotnie dopiero wtedy najbliższe otoczenie zaczyna spostrzegać ogromną różnicę w poziomie językowego funkcjonowania dziecka w stosunku do rówieśników. Często zdarza się, że na skutek porównania podejmowane są pierwsze działania diagnostyczne, które mają na celu ustalenie przyczyn tego stanu. U dzieci, u których nie można wskazać w jednoznaczny sposób uszkodzeń i/lub dysfunkcji OUN lub innych czynników obciążających, i u których jednocześnie zaburzenia zdecydowanie bardziej ujawniają się w tworzeniu wypowiedzi niż jej rozumieniu, spodziewamy się często tylko *opóźnionego rozwoju mowy*. Niezwykle ważny dla rozstrzygnięcia tej kwestii jest postęp w rozwoju zachowań językowych u dziecka w wyniku systematycznie prowadzonej stymulacji. Dynamiczne zmiany zakończone opanowaniem mowy i języka na poziomie zgodnym z normą wiekową potwierdzają wstępne przypuszczenie o opóźnieniu.

W procesie stymulacji i usprawniania rozwoju mowy należy wykorzystywać różne zdarzenia życia codziennego – przedszkolnego i rodzinnego. Dla dziecka ten proces powinien być jak najbardziej naturalny i spontaniczny. Natomiast od strony organizacji i zaangażowania: logopedy, nauczyciela, rodzica powinno to być działanie budowane świadomie

i celowo. Zatem środowisko wychowawcze, w którym znajdują się dzieci z *afazją*, powinno zostać przygotowane przez logopedę, cały zespół specjalistów prowadzących wczesne wspomaganie rozwoju lub zespół realizujący zalecenia zawarte w orzeczeniu o potrzebie kształcenia specjalnego na ich przyjęcie w placówce. To najbliższe środowisko wychowawcze tworzą: nauczyciele specjaliści, opiekunowie, rodzice dziecka z *afazją* i rodzice innych dzieci, wreszcie dziecko z *afazją* i inne dzieci z grupy przedszkolnej. Podstawowym zadaniem wydaje się zrozumienie patomechanizmu *zaburzenia afatycznego* u dziecka. Nieprawidłowe funkcjonowanie słuchu fonemowego i/lub kinestezji artykulacyjnej wywołuje trudności w identyfikowaniu, różnicowaniu i przetwarzaniu bodźców językowych – słuchowo-kinestetyczno-kinetycznych. Trudniejsze i wolniejsze jest u tych dzieci tworzenie się wzorców brzmieniowo-realizacyjnych dźwięków mowy. Ze względu na korowy charakter zaburzenia zachowania językowe dziecka będą niestabilne.

Niedostateczny rozwój mowy i języka nie pozwala dziecku na wyrażanie i realizację w skuteczny sposób potrzeb emocjonalnych, społecznych i poznawczych. Niejednokrotnie prowadzi do nieporozumień, frustracji obu stron – nadawcy i odbiorcy – uczestniczących w takiej komunikacji. Porozumienie werbalne z dzieckiem wymaga od rozmówcy zaangażowania, cierpliwości i czasu.

Należy pamiętać, że dziecko z *afazją* w wieku przedszkolnym uczy się dopiero nowych zachowań komunikacyjnych. Początkowo słabo koncentruje się i zapamiętuje treści przekazywane werbalnie. Im bardziej ich struktura gramatyczna jest złożona, tym mniej je rozumie. Dziecko bardzo często nie słucha poleceń wydawanych do całej grupy – choć je słyszy, to nie „zauważa” ich znaczenia. Zatem często ich nie wykonuje lub też działa, obserwując i naśladując czynności innych dzieci. Dlatego też dziecko z *zaburzeniami afatycznymi* wymaga indywidualnego, skierowanego bezpośrednio do niego polecenia. Wypowiedź powinna być przekazywana w postaci zdań prostych, z wyraźną intonacją. Gdy dziecko patrzy na rozmówcę, jest zaangażowane w kontakt z nim, wówczas potrafi wykonać dane polecenie samodzielnie.

W postępowaniu usprawniającym ważne jest przede wszystkim motywowanie dziecka do komunikowania się oraz kształtowanie wzorców językowego porozumiewania się. Do najbardziej podstawowych zachowań należy naprzemiennność nadawania i słuchania, przyjmowanie w rozmowie

raz roli nadawcy, raz odbiorcy. Rozpoczynając pracę z dzieckiem, należy akceptować wszystkie jego zachowania komunikacyjne: gest – wskazujący, ilustracyjny – wokalizację, zniekształcony wyraz. Są one bowiem przejawem możliwych na danym etapie rozwoju sposobów porozumiewania się dziecka. Jednocześnie doceniamy i wspieramy chęć dziecka do podejmowanego trudu. Nie powinno się wciąż poprawiać dziecka, czy też zmuszać je do automatycznego powtarzania. Dziecko z *zaburzeniami afatycznymi* często uświadamia sobie swoje ograniczenia w posługiwaniu się językiem. Dążąc do idealnych wypowiedzi, które nie są dla dziecka po prostu możliwe, zniechęcamy je do komunikowania się. Dziecko często się wycofuje z kontaktu, zamyka. Należy kierować do niego uporządkowane wypowiedzi w postaci zdań prostych. Ważne jest wolne, ale jednocześnie naturalne tempo mówienia oraz stosowanie różnych intonacyjnych podkreśleń emocjonalnych.

Jeżeli ze względu na znaczne trudności w kształtowaniu rozumienia i wypowiedzania u dziecka zostanie podjęta decyzja o wprowadzeniu u niego alternatywnego sposobu porozumiewania, to należy zdawać sobie również sprawę z konieczności przygotowania najbliższego środowiska rodzinnego i edukacyjnego do poznawania danego sposobu porozumiewania się.

W okresie przedszkolnym niezwykle istotne jest budowanie wiedzy dziecka o otaczającym świecie, zdobywanie doświadczeń emocjonalnych i społecznych oraz łączenie ich z doświadczeniami językowymi. Jest to możliwe, gdy dziecko systematycznie uczęszcza do przedszkola i jest autentycznie włączane do grupy rówieśniczej.

Dziecko z *afazją* w szkole

Dziecko z zaburzeniami afatycznymi może realizować obowiązek szkolny w szkole ogólnodostępnej lub integracyjnej. Najczęściej dzieci w wieku szkolnym mają już sprecyzowaną diagnozę i przyznane orzeczenie o kształceniu specjalnym. Stopień opanowania mowy wśród dzieci z *afazją* jest bardzo zróżnicowany. Dziecko nadal charakteryzuje się dużą męczliwością, krótką koncentracją uwagi, wolniejszym tempem przetwarzania informacji słuchowych, trudnościami rozumienia w hałasie.

Na tym etapie kształcenia coraz wyraźniejsze są trudności w rozumieniu. Szczególnie treści abstrakcyjnych, słownictwa specjalistycznego, zdań

o złożonej budowie gramatycznej, dłuższych tekstów, czy też zadań matematycznych z tzw. treścią. Patomechanizm mózgowy zaburzenia, ujawniający się w okresie przedszkolnym przede wszystkim w mowie, teraz wyraźnie ukazuje się również w czytaniu i pisaniu.

W porównaniu z okresem przedszkolnym można zaobserwować u dzieci postęp w rozwoju słownictwa. Dziecko coraz więcej mówi. Z jednej strony znacznie poprawia się sprawność w posługiwaniu się językiem, z drugiej strony ukazują się ogromne niedostatki w tym zakresie. Największe trudności dziecka z *afazją* obserwujemy w prawidłowej dystrybucji końcówek gramatycznych wyrazów. Ich wielość, konieczność dostosowania do zmieniającego się kontekstu i niejednokrotnie dokonywanie dodatkowych przekształceń – alternacji ilościowych i jakościowych w tematach wyrazów podstawowych – pogłębiają ten stan. Fonetyczno-fonologiczna struktura wyrazów wypowiedzianych przez dziecko często jest zakłócona. Zachowania systemowe występują obok niesystemowych, m.in. parafazji: głoskowych, wyrazowych, perseweracji. Utrwalanie struktur, ich automatyzacja następuje przy stałej ich podatności na rozchwianie, co w rezultacie objawia się zmiennością, niestabilnością zachowań. Zmienność jest tu rozumiana jako pojawianie się – w odpowiedzi na ten sam bodziec⁴ słuchowy, jako powtórzenie bodźca lub też jego wypowiedzenie – zamiennie reakcji prawidłowych i nieprawidłowych, przy czym reakcje nieprawidłowe mogą być różne. Natomiast stałość oznacza taką samą, niezmienną się reakcję – wciąż prawidłową lub też stałą, ale nieprawidłową (Mierzejewska, 1977; Strachalska, 2013).

Należy zauważyć, że głębokie *zaburzenia mowy i języka o charakterze afatycznym* mogą prowadzić wtórnie do opóźnienia rozwoju umysłowego dzieci czy nawet uniemożliwić im rozwój myślenia pojęciowego (Tarczyńska, 1982; Panasiuk, 2008). Mogą się przejawiać w postaci trudności w formułowaniu wniosków, osądów, uogólnień, zaburzeń pamięci werbalnej, procesu abstrahowania, w ograniczonej plastyczności i dynamice myślenia logiczno-werbalnego – i ogólnie – w zwolnieniu tempa rozwoju psychicznego (Łałajewa, 1999). Ze względu na ograniczenie w opanowaniu podstaw systemu językowego dzieci długo pozostają na poziomie myślenia konkretno-wyobrażeniowego. Obniżone są możliwości dokonywania

⁴ Bodźcem może być pojedynczy dźwięk, sylaba, wyraz, zdanie, czyli struktura językowa o różnym poziomie złożoności w swej budowie.

operacji klasyfikowania, porównywania, abstrahowania, uogólniania, myślenia przez analogię i myślenia przyczynowo-skutkowego (Paluch, Drewniak-Wołosz, Mikosza, 2003).

Uważa się również, że następstwem *zaburzeń afatycznych* u dzieci w wieku szkolnym są zaburzenia w relacjach interpersonalnych oraz zaburzenia emocjonalne i behawioralne (Panasiuk, 2008). Im starsze jest dziecko, tym bardziej uświadamia sobie własne trudności w porozumiewaniu się z otoczeniem. Często chcąc uniknąć śmieszności, wstydu, wycofuje się z kontaktów z innymi, izoluje się. Niewiele osób chce rozmawiać z dzieckiem z *afazją*, ponieważ nie może ono wyrazić w sposób spójny i szybko swych uczuć, myśli i sądów.

Zatem i w okresie szkolnym konieczne jest przygotowanie środowiska wychowawczego do przyjęcia ucznia z *afazją*. W szkole należy zbudować wobec takiego dziecka jednolity i spójny system postępowania i oceniania jego wiedzy i umiejętności, uwzględniając jednocześnie korowy mechanizm tego zaburzenia. W wieku szkolnym wydaje się szczególnie istotne kształtowanie osobowości ucznia z *afazją*, rozwój jego zainteresowań i samodzielności.

Sformułowanie opinii logopedycznej na temat rozwoju mowy dziecka

Opinia logopedyczna jest dokumentem podsumowującym przeprowadzone badanie diagnostyczne. Napisana jest przez logopedę prowadzącego badanie i/lub usprawnianie danego dziecka i potwierdzona przez dyrektora placówki, w której proces ten ma miejsce. Opinia powinna być zgodna z literą obowiązującego prawa. Jest to dokument ważny i stanowi niejednokrotnie podstawę dalszych działań administracyjno-prawnych określających warunki kształcenia i udzielanej dziecku pomocy.

Opinia zawiera opis przebiegu wykonanego badania, wyniki uzyskane przez dziecko oraz ich interpretację. Wydaje się, że charakterystyka warunków przeprowadzenia badania powinna obejmować również informację na temat czasu trwania spotkań. Na jej podstawie można uzyskać orientację o głębokości relacji nawiązanej pomiędzy dzieckiem i osobą badającą, poziomie wnikliwości tego badania. W opinii konieczne należy umieścić informację na temat zastosowanych w badaniu narzędzi badawczych.

Warto przypomnieć, że obecnie logopedzi najczęściej wykorzystują procedurę eksperymentalną – kliniczną i testową. Badanie kliniczne nie jest wystandaryzowane i uzyskane wyniki interpretuje się przede wszystkim pod względem jakościowym i odnosi do danego dziecka. Najpopularniejsze narzędzia to: AFA-Skala, której autorkami są: Anna Paluch, Elżbieta Drewniak-Wołosz, Lucyna Mikosza (2003) oraz *Całościowe badanie logopedyczne* Emiluty-Rozya (2013). Badanie to przyjmuje formułę badania *całościowego*, tzn. pozwala na ocenę rozumienia mowy i wszystkich przejawów czynnego komunikowania się dziecka oraz opisanie uwarunkowań – anatomicznych, funkcjonalnych i społecznych tych umiejętności (tamże). Proponowana procedura pozwala na zbadanie struktur o różnym poziomie językowej organizacji: od dłuższych wypowiedzi do pojedynczych dźwięków i ukazania ich wzajemnego powiązania. Ma to istotne znaczenie w opisie *afazji*, ponieważ dla jej potwierdzenia charakterystyczne zachowania językowe powinniśmy zarejestrować we wszystkich podsystemach językowych: fonologicznym, leksykalnym, morfologicznym, składniowym (Paluch, Drewniak-Wołosz, Mikosza, 2003; Panasiuk, 2008; Emiluta-Roza, 2013).

Wśród narzędzi znormalizowanych i wystandaryzowanych należy wymienić:

- 1) *Inwentarz Rozwoju Mowy i Komunikacji IRMiK – Słowa i Zdania* – Magdaleny Smoczyńskiej, Grzegorza Krajewskiego, Magdaleny Łuniewskiej, Ewy Haman, Krzysztofa Bulkowskiego, Magdaleny Kochańskiej (2015);
- 2) *Obrazkowy test słownikowy – Rozumienie OTSR*. Jego autorami są: Ewa Haman, Krzysztof Fronczyk i Magdalena Łuniewska (2013);
- 3) *Test rozwoju językowego – TRJ* opracowany przez Magdalenę Smoczyńską, Ewę Haman, Elżbietę Czaplewską, Agnieszkę Maryniak, Grzegorza Krajewskiego, Natalię Banasik, Magdalenę Kochańską, Magdalenę Łuniewską (2015);
- 4) *Standaryzowane narzędzia oceny wypowiedzi SNOW* – autorstwa Magdaleny Smoczyńskiej, Ewy Haman, Magdaleny Kochańskiej, Magdaleny Łuniewskiej (2015). Badania testowe mają charakter ilościowy i na podstawie uzyskanych wyników w sposób obiektywny możemy określić stopień rozwoju mowy danego dziecka i porównać jego wynik z wynikami osiąganymi przez inne dzieci w tym samym wieku, tej samej płci i pochodzących z podobnego środowiska społecznego. Przedstawione

narzędzia nie zostały jednak wystandaryzowane i znormalizowane w odniesieniu do dzieci z grup klinicznych.

Obok opisu poziomu ukształtowania poszczególnych umiejętności komunikacyjnych u danego dziecka powinny znaleźć się również przykłady, tj. najbardziej charakterystyczne reakcje, realizacje – stanowiące konkretne ilustracje tych zachowań.

Sformułowanie samej diagnozy logopedycznej to proces uwzględniający wyniki wszystkich przeprowadzonych prób logopedycznych, analizę danych zebranych w wywiadzie z rodzicami/opiekunami dziecka i wyników badań specjalistycznych – medycznych, psychologicznych – wykonanych u dziecka. Opinia powinna zatem odzwierciedlać proces powiązania funkcjonowania komunikacyjnego – w tym językowego – dziecka z pewnymi uwarunkowaniami jego rozwoju, powinna ukazywać patomechanizm zaburzenia. Najbardziej przekonującymi dowodami dla *afazji rozwojowej* są: trudności ujawniające się w rozumieniu i wypowiedaniu, niestabilność zachowań, ujawnianie się charakterystycznych objawów we wszystkich podsystemach języka, z różną siłą nasilenia, na tle rozwijającego się języka. Z jednej strony cały czas stopniowo rozwija się kompetencja językowa dziecka, z drugiej zaś cały czas wyraźna jest obecność wielu nieprawidłowości, m.in.: parafazji, perseweracji, trudności w aktualizacji, rozchwianie realizacji dźwięków, zaburzenie struktury wyrazu, agramatyzmy, niespójność dłuższych wypowiedzi. Wiarygodność oceny na pewno wzmacnia obecność strukturalnych i/lub funkcjonalnych zmian w mózgu danego dziecka. Jednak dla logopedy najistotniejszy jest opis zachowań komunikacyjnych dziecka. Nie można opierać się jedynie na ocenie medycznej i traktować jej jako głównej przesłanki w formułowaniu diagnozy logopedycznej.

Opinia logopedyczna powinna zawierać dokładny plan działań usprawniających i określenie czasu – w przybliżeniu, w jakim dane cele powinny zostać zrealizowane. Program powinien być skonstruowany racjonalnie i uwzględniać możliwości i potrzeby dziecka. Zalecenia terapeutyczne powinny być sformułowane w sposób zrozumiały dla odbiorców. Dobrym zwyczajem jest formułowanie wskazań dla osób sprawujących bezpośrednią opiekę nad dzieckiem w placówce edukacyjnej (przedszkolu, szkole) oraz dla rodziców/opiekunów.

Bibliografia

- Dąmbaska, M. (1997). Z patofizjologii rozwoju ośrodkowego układu nerwowego. W: H. Mierzejewska, M. Przybysz-Piwko (oprac.), *Rozwój poznawczy i rozwój językowy dzieci z trudnościami w komunikacji werbalnej* (s. 7–9). Materiały z konferencji. Warszawa: Wydawnictwo DiG.
- Dilling-Ostrowska, E. (1982). Rozwój i zaburzenia mowy u dzieci w zależności od stopnia dojrzałości układu nerwowego. W: J. Szumska (red.), *Zaburzenia mowy u dzieci* (s. 18–30). Warszawa: PZWL.
- Emiluta-Roza, D. (2002). Projekt „Badania Mowy” Ireny Styczek jako pierwowzór Logopedycznego postępowania diagnostycznego. *Szkoła Specjalna*, 3, 142–154.
- Emiluta-Roza, D. (2007). Opóźniony rozwój mowy a opóźnienie rozwoju mowy. *Poradnik Językowy*, 8, 54–65.
- Emiluta-Roza, D. (2008). Modyfikacja zestawienia form zaburzeń mowy H. Mierzejewskiej i D. Emiluty-Roza. W: J. Porayski-Pomsta (red.), *Diagnoza i terapia w logopedii* (s. 25–36). Warszawa: Dom Wydawniczy Elipsa.
- Emiluta-Roza, D. (2013). *Całościowe badanie logopedyczne z materiałem obrazkowym*. Warszawa: Wydawnictwo APS.
- Grabias, S. (2001). Perspektywy opisu zaburzeń mowy. W: S. Grabias (red.), *Zaburzenia mowy* (s. 11–43). Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Herzyk, A. (1992). *Afazja i mutyzm dziecięcy. Wybrane zagadnienia diagnozy i terapii*. Lublin: Polska Fundacja Zaburzeń Mowy. Wydawnictwo Polskiej Fundacji Zaburzeń Mowy.
- ICD-10 Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja dziesiąta (1997). W: S. Pużyński, J. Wciórka (red. przekładu), *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*. Kraków–Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”.
- Jastrzębowska, G., Pelc-Pękala, O. (1999). Diagnoza i terapia opóźnionego rozwoju mowy. W: T. Gałkowski, G. Jastrzębowska (red.), *Logopedia. Pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki* (s. 670–686). Opole: Wydawnictwo UO.
- Kordyl, Z. (1968). *Psychologiczne problemy afazji dziecięcej*. Warszawa: PWN.
- Kułakowska, Z., Konera, W. (2003). *Wczesne uszkodzenie dojrzewającego mózgu. Od neurofizjologii do rehabilitacji*. Lublin: Wydawnictwo Folium.
- Kurowska, M. (2015). Rokowania dotyczące rozwoju mowy i języka u dzieci z zaburzeniami uwarunkowanymi uszkodzeniami i/lub dysfunkcjami ośrodkowego układu nerwowego. *Poradnik Językowy*, 5, 18–31.
- Kurowska, M. (2016). *Kształtowanie się zachowań komunikacyjnych u dzieci z uszkodzeniami i/lub dysfunkcjami ośrodkowego układu nerwowego*. Warszawa: Dom Wydawniczy Elipsa.
- Kurowska, M. (2017). Dziecko ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi wynikającymi z korowu uwarunkowanych zaburzeń mowy – podstawy teoretyczne i implikacje dla nauczycielskiej praktyki. *Nauczanie początkowe. Kształcenie zintegrowane nr 3*. Kielce: Wydawnictwo Pedagogiczne ZNP.

- Leonard, L. (2006). *SLI- Specyficzne zaburzenia rozwoju językowego*. Gdańsk: GWP.
- Łałajewa, R.I. (1999). *Dyferencjalna diagnostyka zaburzeń mowy u dzieci a alalią i upośledzeniem umysłowym*. Materiały z konferencji logopedycznej w Pułtuskach.
- Mierzejewska, H. (1971). *Zaburzenia polskiego systemu fonetycznego w niektórych wypadkach afazji*. Wrocław-Warszawa-Kraków-Gdańsk: Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wydawnictwo PAN.
- Mierzejewska, H. (1977). *Afatyczna dezintegracja fonetycznej postaci wyrazów*. Wrocław-Warszawa-Kraków-Gdańsk: Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wydawnictwo PAN.
- Mierzejewska, H., Emiluta-Rozya, D. (1998). Propozycja modyfikacji projektu „Badania Mowy” Ireny Styczek. *Logopedia*, 25, 49–63.
- Paluch, A., Drewniak-Wołosz, E., Mikosza, L. (2003). *AFA-Skala. Jak badać mowę dziecka afatycznego?*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Panasiuk, J. (2008). Standard postępowania logopedycznego w przypadku alalii i niedokształcenia mowy o typie afazji. W: Standardy postępowania logopedycznego. *Logopedia*, 37, 69–88.
- Parol, U. (1989). *Dziecko z niedokształceniem mowy: diagnoza, analiza, terapia*. Warszawa: WSiP.
- Pisula, E. (2005). *Małe dziecko z autyzmem*. Gdańsk: GWP.
- Porayski-Pomsta, J. (2015). *O rozwoju mowy dziecka. Dwa studia*. Warszawa: Dom Wydawniczy Elipsa.
- Pruszewicz, A. (red.) (1992). *Foniatria kliniczna*. Warszawa: PZWL.
- Rocławski, B. (1995). *Słuch fonemowy i fonematyczny. Teoria i praktyka*. Gdańsk: Glottispol.
- Rostowski, J. (2012). *Rozwój mózgu w cyklu życia. Aspekty bioneuropsychologiczne*. Warszawa: Difin.
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 24 lipca 2015 r. w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowywania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych, niedostosowanych społecznie i zagrożonych niedostosowaniem społecznym. Dz.U. z dnia 7.08.2015 r.
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 11 października 2013 r. w sprawie organizowania wczesnego wspomaganie rozwoju mowy. Dz.U. z dnia 29.10.2013 r.
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 10 czerwca 2015 r. w sprawie szczegółowych warunków i sposobu oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów i słuchaczy w szkołach publicznych. Dz.U. z dnia 18.06.2015 r.
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 28 sierpnia 2017 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych, niedostosowanych społecznie i zagrożonych niedostosowaniem społecznym. Dz.U. z dnia 31.08.2017 r.
- Smoczyńska, M. (2012). Opóźniony rozwój mowy a ryzyko SLI: wyniki badań podłużnych dzieci polskich. W: J. Porayski-Pomsta, M. Przybysz-Piwko (red.), *Interwencja logopedyczna. Zagadnienia ogólne i praktyka* (s. 13–37). Warszawa: Dom Wydawniczy Elipsa.

- Strachalska, B. (2013). Zmienność w afazji. W: Z. Zaron, J. Porayski-Pomsta (red.), *Język i logopedia*. Warszawa: Instytut Polonistyki Stosowanej.
- Tarczyńska, H. (1982). Rozwój i zaburzenia czynności ruchowych a funkcje mowy u dzieci. W: J. Szumska (red.), *Zaburzenia mowy u dzieci* (s. 31–49). Warszawa: PZWL.
- Ustawa o systemie oświaty z dnia 7 września 1991 r., nowelizacja 21 grudnia 2015 r. Dz.U. z 2015 r., poz. 2156.
- Zaleski, T. (2002). *Opóźnienia w rozwoju mowy*. Warszawa: PZWL.
- Zalewska, M. (1998). Dziecko z zespołem prostego opóźnienia rozwoju mowy. W: J. Rola (red.), *Wybrane problemy psychologicznej diagnozy zaburzeń rozwoju mowy* (s. 64–83). Warszawa: Wydawnictwo WSPS.

PROFILAKTYKA LOGOPEDYCZNA W WYCHOWANIU PRZEDSZKOLNYM W KONTEKŚCIE GOTOWOŚCI SZKOLNEJ

STRESZCZENIE

W artykule przedstawiono charakterystykę dojrzałości i gotowości szkolnej oraz ukazano możliwości kształtowania umiejętności składających się na gotowość szkolną poprzez działania podejmowane w ramach profilaktyki logopedycznej. Aby dziecko osiągnęło gotowość szkolną, musi wykazać się odpowiednim poziomem rozwoju psychofizycznego oraz szeregiem zdolności/umiejętności pozwalających uznać je za zdolne do podjęcia nauki w szkole. Współcześnie gotowość szkolną rozpatruje się jako proces i efekt współdziałania aktywności dziecka i aktywności dorosłych tworzących warunki do uczenia się – wynik interakcji między zdatnym do szkoły dzieckiem a środowiskiem rodzinnym i wychowaniem przedszkolnym (Wilgocka-Okoń, 2003, s. 12). Celem artykułu jest podkreślenie roli logopedów zatrudnionych w placówkach wychowania przedszkolnego we wspieraniu dzieci w osiągnięciu gotowości szkolnej. Logopedzi wpływają na kształtowanie mowy dziecka, stymulują jej rozwój, a także rozwój związanych z nią funkcji. Dzięki realizowaniu zadań profilaktyki logopedycznej w wychowaniu przedszkolnym swoimi działaniami mogą obejmować wszystkie dzieci, nie tylko te z opóźnionym czy zaburzonym rozwojem mowy, przez co mogą wpływać na kształtowanie u nich gotowości szkolnej.

Słowa kluczowe: profilaktyka logopedyczna, gotowość szkolna, dojrzałość szkolna, gotowość do nauki czytania i pisanie, gotowość do nauki matematyki

ABSTRACT

The article describes the school maturity and readiness of preschool children as well as presents the possibility to develop abilities that comprise the school readiness through logopedic prevention activities. A child reaches the school maturity when he/she displays the appropriate level of physical and mental development and a number of abilities/ skills that would make the child considered ready to start learning at school. Currently, the school readiness is considered to be the process and effect of synergy of a child's activities and activities of adults creating conditions for learning – the result of interactions between the child fit to learn and family environment and preschool education (B. Wilgocka-Okoń, 2003, p. 12). The article aims at underlying the role of speech therapists employed in preschool education units in supporting children in reaching the school readiness. Speech therapists impact the development of a child's speech, stimulate the development of speech and the functions related thereto. Thanks to the realisation of objectives related the logopedic prevention in preschool education, all children, not only these with delayed speech development or with speech development disorders, may be covered by the activities of speech therapists. Thus, the speech therapists may impact the development of the school readiness in these children.

Key words: logopedic prevention, school readiness, school maturity, readiness to learn reading, writing and maths

Wstęp

Rozpoczęcie edukacji szkolnej jest bardzo ważnym momentem w życiu dziecka. Potrzebuje ono wsparcia ze strony rodziców, nauczycieli, a także specjalistów – to m.in. ich starania wychowawcze oraz oddziaływania na rozwój intelektualny, emocjonalny i społeczny wpływają na możliwość podjęcia nauki w szkole. Aby dziecko mogło rozpocząć edukację szkolną, powinno osiągnąć określony poziom rozwoju, być do tego „gotowe” czy też „dojrzałe”. Brak owej gotowości może utrudnić dziecku szkolny start, a także wpłynąć na trudności w nauce i adaptacji. Rolą rodziców, ale także nauczycieli i specjalistów, w tym logopedów zatrudnionych w placówkach wychowania przedszkolnego, jest wspomaganie rozwoju dziecka i kształtowanie jego gotowości szkolnej. Logopedzi pracujący w przedszkolach zwykle prowadzą terapie indywidualne dzieci z zaburzonym lub opóźnionym rozwojem mowy. Jednak dzięki działaniom podejmowanym w ramach profilaktyki logopedycznej mogą stymulować rozwój wszystkich dzieci, wpływać na kształtowanie ich mowy i związanych z nią funkcji, przez co skutecznie wspierać je w osiągnięciu gotowości szkolnej.

Dojrzałość szkolna

Rozpatrując zagadnienie zdolności dziecka do podjęcia nauki w szkole, należy zwrócić uwagę na mnogość terminów dotyczących tego tematu, np.: dojrzałość szkolna, przygotowanie do szkoły, gotowość szkolna, czy umiejętności na starcie szkolnym. Najpowszechniejsze pojęcia: *dojrzałość szkolna* oraz *gotowość szkolna* bywają stosowane zamiennie, choć w literaturze przedmiotu wyraźnie podkreślane są różnice znaczeniowe pomiędzy nimi.

Pojęcie *dojrzałości szkolnej* pojawiło się w polskim piśmiennictwie psychologicznym i pedagogicznym na początku XX w. W okresie międzywojennym A. Fietz i A. Swoboda dokonali adaptacji serii testów Winklera do badania dojrzałości szkolnej, a w latach 1930–1932 Maria Grzywak-Kaczyńska przystosowała do warunków polskich baterię testów Sancte de Sanctisa (Wilgocka-Okoń, 2003, s. 16). W latach 60. XX w. Stefan Szuman, polski pedagog, psycholog i lekarz, sformułował wieloczynnikową koncepcję *dojrzałości szkolnej*. Autor podkreślił właściwe ukształtowanie organizmu,

rozwój sprawności motorycznych, wiedzę i orientację w świecie przyrody i w życiu społecznym, ukształtowanie emocjonalnego stosunku do rzeczy, zdarzeń, poleceń, zadań oraz umiejętność posługiwania się przedmiotami codziennego użytku, zdolność do współdziałania z innymi, a także rozwój zainteresowań jako warunki niezbędne do rozpoczęcia nauki w szkole (Dziedziejewicz, Karwowski, 2014, s. 12). Według Szumana (1973, s. 153) *dojrzałość szkolna* to „[...] osiągnięcie przez dziecko takiego stanu rozwoju fizycznego, społecznego i psychicznego, który czyni je wrażliwym i podatnym na systematyczne nauczanie i wychowanie w klasie pierwszej szkoły podstawowej”. Z kolei Wincenty Okoń (1987, s. 209) zdefiniował *dojrzałość szkolną* jako „[...] osiągnięcie przez dziecko takiego stopnia rozwoju umysłowego, emocjonalnego, społecznego i fizycznego, jaki umożliwia mu udział w życiu szkolnym i opanowanie treści programowych w klasie pierwszej”. Obecnie *dojrzałość szkolna* opisywana jest jako: „[...] zespół cech psychofizycznych, ukształtowanych w toku rozwoju, które pozwalają sprostać wymaganiom szkolnym” (Wilgocka-Okoń, 2003, s. 11), a także: „[...] wynik procesu rozwojowego, jakim jest dojrzewanie, czyli jako proces czysto biologiczny, niezależny od czynników zewnętrznych” (Brejnak, 2009a, s. 47–48).

Pedagodzy i psychologowie wymieniają następujące obszary dojrzałości szkolnej:

- dojrzałość w zakresie rozwoju fizycznego – dziecko osiąga określoną wagę i wzrost, jest odporne na choroby i zmęczenie, a jego rozwój ruchowy przebiega prawidłowo;
- dojrzałość w zakresie procesów poznawczych – odpowiedni poziom uwagi dowolnej, pamięci dowolnej, procesów spostrzegania wzrokowego i słuchowego, myślenia i rozwoju mowy;
- dojrzałość w zakresie emocjonalno-motywacyjnym – dziecko częściowo panuje nad emocjami, ma w pewnym zakresie ukształtowane poczucie obowiązku i odpowiedzialności, nie zniechęca się trudnościami, próbuje je pokonywać;
- dojrzałość w zakresie rozwoju społecznego – poczucie przynależności do grupy, przyswajanie i stosowanie zasad i norm społecznych, kształtowanie motywów prospołecznych (Janiszewska, 2006, s. 4–5).

Gotowość szkolna

Gdy dostrzeżono rolę procesów społecznego uczenia się w przygotowywaniu dziecka do nauki szkolnej, zaczęto zastępować pojęcie *dojrzałości szkolnej* terminem *gotowość szkolna*. Akcentowano przy tym wpływ uczenia się i środowiska na przygotowanie dziecka do szkoły. Barbara Wilgocka-Okoń (2003, s. 10) uzasadniła konieczność rozróżnienia pojęć: *dojrzałość szkolna* i *gotowość szkolna*. W pierwszym wypadku zakładano, że zmiany rozwojowe, które dokonują się w dziecku, wiążą się z dojrzewaniem, zatem mają charakter spontaniczny, w drugim zaś podkreślono rolę zewnętrznych oddziaływań środowiska wychowawczego, dzięki czemu pewne właściwości dziecka można ćwiczyć i kształtować. Według autorki „[...]gotowość szkolną współcześnie rozpatruje się jako proces i efekt współdziałania aktywności dziecka i aktywności dorosłych tworzących warunki do uczenia się, jako efekt interakcji, «współgry» właściwości dziecka i właściwości szkoły” (tamże, s. 12). Tym samym podkreślona została możliwość wspierania dziecka w rozwoju i kształtowania jego kompetencji, a co za tym idzie znaczenie zorganizowanego procesu kształcenia w przedszkolu, stymulacji w środowisku domowym i aktywności samego dziecka.

Gotowość szkolna wiąże się z rozwojem dziecka, ale jej kryteria to pochodne systemu edukacji, wymagań nauczyciela i oczekiwań rodziców. Pojęcie to związane jest z samodzielnością i zainteresowaniami dziecka, z jego osiągnięciami, dążeniem do pokonywania trudności, a także z relacjami pomiędzy dzieckiem a jego środowiskiem szkolnym i rodzinnym (Frydrychowicz i in., 2006, s. 5).

Wskaźniki gotowości szkolnej:

- gotowość emocjonalno-motywacyjna – dziecko jest wytrzymałe na stres pojawiający się podczas podejmowania zadań, emocjonalnie odpowiednio reaguje na bodźce, utrzymuje prawidłowe kontakty interpersonalne, ma umiejętności samoobsługowe, umie podporządkować się, ma pozytywne nastawienie do nauki, jest przygotowane na odrażanie gratyfikacji; ma świadomość znaczenia opanowania umiejętności czytania i pisanie, kształci samodzielność w poszukiwaniu dróg rozwoju poznawczego (np. poprzez czytanie książek i czasopism);
- gotowość słownikowo-pojęciowa – dziecko posiada odpowiedni zasób słowno-pojęciowy i graficzno-dźwiękowy; umiejętnie wyraża myśli, konstruuje wnioski, uogólnia, dokonuje klasyfikacji rzeczy i zjawisk; ma

bogate słownictwo, dzięki czemu swobodnie opisuje rzeczy, zjawiska, innych ludzi i siebie, poprawnie używa słownictwa, a jego doświadczenie lingwistyczne poszerza się; zna symbole graficzne oraz dźwiękowe i operuje nimi;

- gotowość psychomotoryczna – dziecko jest sprawne fizycznie (motoryka duża i mała, grafomotoryka); ma prawidłową artykulację, dobrą percepcję wzrokową i słuchową (prawidłowa praca analizatora wzrokowego i słuchowego, umiejętność analizy oraz syntezy wzrokowej i słuchowej), koncentrację uwagi, pamięć mimowolną i dowolną; orientuje się w schemacie ciała, ma ustaloną lateralizację; w aspekcie gotowości psychomotorycznej mieszczą się także te umiejętności i sprawności cząstkowe, które pozwalają na opanowanie techniki czytania i pisania i przy których ważna jest integracja różnych funkcji organizmu, prawidłowe ich współdziałanie (Ledzińska, Czerniawska, 2011, s. 136).

Podstawowe umiejętności, które dziecko opanowuje w początkowym okresie edukacji szkolnej, to czytanie i pisanie. Do opanowania tych umiejętności musi być także gotowe i zdolne. *Gotowość do nauki czytania i pisania* mieści się w ogólnym pojęciu gotowości szkolnej. W ujęciu Anny Brzezińskiej (1987, s. 43–44) jest to : „[...] stan w rozwoju dziecka będący rezultatem dojrzewania oraz dotychczasowego treningu wychowawczego przede wszystkim na terenie rodziny, która czyni je wrażliwym na znaki, ich istotę i znaczenie w procesie komunikowania się ludzi, a jednocześnie gotowym do odnoszenia korzyści ze wskazówek otoczenia dotyczących opanowania umiejętności czytania i pisania”. Autorka zwraca uwagę zarówno na przebieg procesów percepcyjno-motorycznych (funkcje analizatorów: wzrokowego, słuchowego, kinestetyczno-ruchowego, sprawność manualną i sprawność aparatu artykulacyjnego), sferę procesów poznawczych (przede wszystkim myślenia i związanego z nim zasobu pojęciowego dziecka), jak i sferę procesów emocjonalno-motywacyjnych, wpływających na nastawienie dziecka do nauki czytania i pisania (tamże, s. 37). Ponadto wyróżnia trzy aspekty czytania i pisania, tj. aspekt techniczny (którego istotą jest kojarzenie znaków graficznych z fonicznymi i odwrotnie), aspekt semantyczny (jego istotą jest rozumienie znaczeń zawartych w tekście czyli czytanie ze zrozumieniem) oraz aspekt krytyczno-twórczy (refleksyjny, krytyczny stosunek do odczytywanych treści i ich znaczeń). Według Brzezińskiej żaden z tych aspektów nie jest najważniejszy, wszystkie trzy są nawzajem uwarunkowane i to od nich zależy, jak sprawnie dziecko będzie

posługiwało się umiejętnościami czytania i pisania oraz jak szybko je opanuje (tamże, s. 36–37).

Według Grażyny Krasowicz-Kupis (2006, s. 2–4) czytanie i pisanie stanowią czynność językową (komunikacja oparta na języku), czynność metajęzykową (świadomość pisma, zwłaszcza w relacji druk – słowo; świadomość relacji głoska – litera; świadomość środków językowych użytych do formowania wypowiedzi), czynność metapoznawczą (świadoma kontrola procesów poznawczych zaangażowanych w czytanie i rozumienie tekstu), a także czynność pragmatyczną i metapragmatyczną (umiejętność celowego posługiwania się tekstami pisanymi i kontroli ich zastosowań z perspektywy celów indywidualnych i ponadindywidualnych). Komponenty dojrzałości do czytania i pisania można zatem podzielić na nieswoiste (charakterystyczne dla dojrzałości szkolnej w sensie ogólnym, czyli rozwój intelektualny, nastawienie i motywacja, funkcje percepcyjno-motoryczne i ich integracja) i na swoiste, czyli właściwe tylko dla nauki czytania i pisania (rozwój mowy i języka, świadomość pisma, świadomość językowa). Autorka stwierdza, że opanowanie systemu językowego ma znaczenie fundamentalne dla czytania i pisania. Za kluczowe dla nauki czytania uznaje podstawowe fonologiczne umiejętności językowe, takie jak: słuch fonemacyjny, analiza i synteza sylabowa, rozpoznawanie rymów, dostrzeganie podobieństw między słowami, analiza i synteza głoskowa, zaś dla nauki pisania funkcje morfologiczno-składniowe, m.in. budowę i odmianę wyrazów, budowę i stosowanie zdań (np. ocenę poprawności zdań). Ważne są również umiejętności semantyczne, powiązane z aspektem leksykalnym oraz umiejętności pragmatyczne (tamże, s. 110–111).

Oprócz *gotowości do nauki czytania i pisania* wśród aspektów *gotowości szkolnej* wyróżnia się także *gotowość do nauki matematyki*. Według Edyty Gruszczyk-Kolczyńskiej (1992, s. 18) na gotowość do nauki matematyki składają się: dziecięce liczenie (rozdzielanie błędnego liczenia od poprawnego, umiejętność wyznaczania wyniku dodawania i odejmowania w zakresie 10 na palcach lub „w pamięci”), operacyjne rozumowanie na poziomie konkretnym (uznawanie stałości ilości nieciągłych, wyznaczanie konsekwentnych serii), zdolność do odrywania się od konkretów i posługiwanie się reprezentacjami symbolicznymi w zakresie pojęć liczbowych, działań arytmetycznych i schematu graficznego, dojrzałość emocjonalna wyrażająca się w pozytywnym nastawieniu do rozwiązywania zadań i odporność emocjonalna na sytuacje trudne intelektualnie, zdolność do

syntetyzowania oraz zintegrowania funkcji percepcyjno-motorycznych wyrażana sprawnym odwzorowywaniem złożonych kształtów, rysowaniem, konstruowaniem.

Profilaktyka logopedyczna

Jak już wspomniano, szczególne zadanie w kształtowaniu gotowości szkolnej u dzieci mają nauczyciele i specjaliści zatrudnieni w placówkach wychowania przedszkolnego. Ucząc i wychowując dzieci, mogą skutecznie wspierać je w osiągnięciu poszczególnych kompetencji niezbędnych do rozpoczęcia nauki w szkole. Logopedzi mają ku temu okazję nie tylko w trakcie zajęć indywidualnych, lecz przede wszystkim w trakcie działań podejmowanych w ramach profilaktyki logopedycznej.

Według Elżbiety Stecko (2013, s. 10) profilaktyka logopedyczna to „działania pozwalające zauważyć symptomy ewentualnych nieprawidłowości, w tym opóźnień i zaburzeń rozwoju czynności (funkcji) oraz podejmowanie działań korygujących, stymulujących i innych, w celu zapewnienia dziecku możliwie najlepszych warunków rozwoju komunikacji (w tym werbalnej), a tym samym osiągnięcie najwyższego jej poziomu zgodnie z jego kondycją biologiczną”. W szerszym ujęciu profilaktykę logopedyczną można rozumieć jako „całokształt form organizacyjnych oraz treści, metod, zasad i środków, tworzących spójną strukturę służącą rozpowszechnianiu interdyscyplinarnej wiedzy” (Błachnio, 2001, s. 23). Podobnie jak w medycynie, również w logopedii profilaktykę rozpatruje się na trzech poziomach: pierwotnym (pierwszorzędowym, profilaktyka pierwszej fazy), wtórnym (drugorzędowym, profilaktyka drugiej fazy), trzeciorzędowym (trzeciej fazy) (Węsierska, 2012).

Działania profilaktyki pierwszorzędowej ukierunkowane są na upowszechnianie wiedzy logopedycznej, także z zakresu edukacji zdrowotnej, we wszystkich środowiskach, które mają możliwość oddziaływania na najszerzej pojmowany ogół społeczeństwa. Profilaktyka drugorzędowa to zapobieganie konsekwencjom chorób dzięki wczesnemu ich wykrywaniu i leczeniu, a więc wczesne wykrycie objawów i podjęcie działań naprawczych. Natomiast profilaktyka trzeciorzędowa obejmuje działania prewencyjne i wspomagające wobec tych osób, u których problem zaburzeń w komunikacji został już zdiagnozowany (tamże).

Logopedzi przedszkolni co roku ze wszystkimi dziećmi przeprowadzają badania przesiewowe pod kątem wykrywania zaburzeń rozwoju mowy, współpracują z rodzicami i nauczycielami wychowania przedszkolnego, prowadzą zajęcia ortofoniczne, obserwują zachowania językowe dzieci w grupie rówieśniczej, a także przebieg czynności prymarnych, takich jak oddychanie, jedzenie, picie, połykanie (Lipiec, Woźniak, 2015, s. 3). Działania te mogą istotnie wspomóc dziecko w osiągnięciu gotowości szkolnej.

Niezwykle ważnym aspektem profilaktyki logopedycznej w wychowaniu przedszkolnym jest umiejętne nawiązanie współpracy z rodzicami i ich pedagogizacja poprzez systematyczne (indywidualne i grupowe) spotkania (profilaktyka pierwszorzędowa). Logopeda powinien przekazać rodzicom wiedzę na temat rozwoju mowy i jego uwarunkowań, a także opisać prawidłowości i nieprawidłowości w tym zakresie. Powinien uświadomić rodzicom ich rolę w kształtowaniu mowy dziecka poprzez takie działania, jak: zaspokojenie potrzeb dziecka, rozwijanie w dziecku potrzeby komunikacji – dialog, czytanie książek, opisywanie rzeczy i zjawisk, mówienie do dziecka poprawnie pod względem fonetycznym, gramatycznym i leksykalnym, unikanie spieszczenia wymowy, niewymaganie od dziecka zbyt trudnych w danym wieku realizacji (dzięki znajomości normy w zakresie rozwoju mowy, w tym artykulacji). Specjalista powinien omówić budowę aparatu artykulacyjnego i czynności prymarne w jego obrębie oraz ich wpływ na artykulację dziecka, wytłumaczyć, czym są parafunkcje i w jaki sposób można je niwelować, wyjaśnić, dlaczego w niektórych wypadkach niezbędne jest skierowanie dziecka do innych specjalistów (ortodonta, stomatologa, foniatry, laryngologa, psychologa, audiologa itp.). Należy pamiętać, że prawidłowa budowa i funkcjonowanie układu stomatognatycznego to niezbędny warunek prawidłowej artykulacji, a ta z kolei jest bardzo ważna dla dziecka rozpoczynającego naukę w szkole.

Równie istotna jest współpraca logopedy z nauczycielami wychowania przedszkolnego (profilaktyka pierwszorzędowa). Aby logopedzi i nauczyciele mogli podjąć wspólne działania na rzecz rozwoju mowy dzieci – konieczne jest prowadzenie w placówce szkoleniowych rad pedagogicznych dla nauczycieli. Logopeda powinien przekazać nauczycielom wiedzę na temat kształtowania się mowy dziecka w wieku przedszkolnym – bardzo ważne jest to, by znali oni normy rozwojowe w tym zakresie. Nauczyciele powinni także poznać występujące najczęściej u dzieci w wieku przedszkolnym zaburzenia mowy, takie jak np. dyslalia, jąkanie, zaburzenia

komunikacji u dzieci ze spektrum autyzmu, mutyzm i inne psychogenne zaburzenia mowy. Byłoby dobrze gdyby logopeda wyjaśnił nauczycielom różnice między opóźnionym a zaburzonym rozwojem mowy oraz zaznaczył ich ze sposobami wspomagania rozwoju mowy dziecka w wieku przedszkolnym. Aby z kolei nauczyciele efektywnie przygotowywali dzieci do nauki czytania i pisanie, ważne jest rozwijanie świadomości językowej przedszkolaków (kształtowanie pojęć: zdanie, wyraz, sylaba, głoska, litera), a także usprawnianie ich funkcji słuchowych poprzez ćwiczenia słuchu fizycznego, słuchu fonemowego, pamięci słuchowej, syntezy i analizy słuchowej. Logopeda powinien koniecznie informować nauczycieli o wynikach badań przesiewowych, omawiać z nimi diagnozy dzieci objętych opieką logopedyczną oraz wyjaśnić istotę zaburzeń mowy u danego dziecka. Byłoby dobrze, gdyby nauczyciel wiedział, w jaki sposób może wspierać przebieg terapii logopedycznej u swoich podopiecznych. Nauczyciele powinni również umieć samodzielnie przeprowadzać logopedyczne badania przesiewowe.

Współpraca logopedy z rodzicami i nauczycielami umożliwi ich wspólne działania na rzecz rozwoju mowy dzieci, przez co może mieć pozytywny wpływ na wszystkie opisane aspekty gotowości szkolnej (gotowość emocjonalno-motywacyjną, słownikowo-pojęciową i psychomotoryczną).

Badania przesiewowe, prowadzone w ramach profilaktyki drugorzędowej, mają na celu wstępną ocenę mowy dziecka, wykrywanie ewentualnych zaburzeń, a następnie objęcie opieką logopedyczną tych dzieci, u których rozwój mowy odbiega od normy. O wynikach badań przesiewowych logopeda informuje rodziców dzieci oraz nauczycieli wychowania przedszkolnego. Wczesne podjęcie działań korygujących koresponduje z obszarem gotowości szkolnej określanym mianem gotowości słownikowo-pojęciowej. Dzięki objęciu terapią logopedyczną dzieci z zaburzeniami mowy w większości mają możliwość pełnego opanowania języka w aspektach: fonologiczno-fonetycznym, semantycznym i syntaktycznym.

Kolejny bardzo istotny aspekt profilaktyki logopedycznej to regularne grupowe zajęcia logopedyczne, czyli tzw. zajęcia ortofoniczne (profilaktyka trzeciorzędowa). Jest to jedna z metod usprawniania mowy dzieci w wieku przedszkolnym. W zajęciach biorą udział wszystkie dzieci, zarówno te mówiące poprawnie, jak i te, u których występują zaburzenia mowy lub opóźniony rozwój mowy. Zajęcia składają się z wielu ćwiczeń, które usprawniają ogólny rozwój dziecka, a zwłaszcza rozwój jego mowy i funkcji z nią

związanych. Należy w nich uwzględnić: usprawnianie fonacji, oddychania, funkcji słuchowych, motoryki aparatu artykulacyjnego, percepcji mowy (różnicowanie wyrazów, głosek, sylab), zwiększenie świadomości językowej dzieci (kształtowanie pojęć: głoska, sylaba, wyraz), wykształcenie prawidłowej realizacji głosek (jest to podbudowa ogólna i przygotowanie do zajęć indywidualnych), uwrażliwienie na zjawiska wspólne dla mowy i muzyki, rozwój funkcji poznawczych.

Wymienione działania niewątpliwie wiążą się z kształtowaniem u dzieci tzw. gotowości słownikowo-pojęciowej do podjęcia nauki szkolnej. Warto zwrócić jednak uwagę na to, że zajęcia ortofoniczne oddziałują na dzieci bardzo wszechstronnie i rozwijają także gotowość emocjonalno-motywyacyjną (zajęcia prowadzone w grupie uczą dzieci pozytywnego nastawienia do nauki i uczenia się, przestrzegania reguł w podejmowanych działaniach, umiejętności podporządkowania się i czekania na swoją kolej, przygotowują na odraczenie gratyfikacji, kształtują prawidłowe kontakty interpersonalne, uczą odpowiednich reakcji na działania bodźcowe) oraz gotowość psychomotoryczną, gdyż usprawniają ogólny rozwój dzieci (w zakresie dużej i małej motoryki, artykulacji, percepcji wzrokowej i słuchowej, analizy i syntezy wzrokowej i słuchowej, pamięci, koncentracji uwagi, orientacji w schemacie ciała).

Podsumowanie

Celem prezentowanej publikacji było zwrócenie uwagi na rolę logopedy, pracującego w placówkach wychowania przedszkolnego, w procesie osiągnięcia przez dzieci gotowości szkolnej. Wskazano obszary, na które ma wpływ logopeda oraz sposoby, jakimi może wspomagać rozwój dziecka, tym samym przygotowując je do rozpoczęcia nauki szkolnej. Stymulowanie rozwoju mowy poprzez zajęcia grupowe i indywidualne jest szczególnie ważne w ostatnich grupach przedszkolnych. Kluczowy jest również kontakt logopedy z nauczycielami i rodzicami. Dopiero współpraca w triadzie rodzice – dziecko – specjaliści zwiększa szansę udanego startu szkolnego i zdobywania pozytywnych doświadczeń od początku rozpoczęcia edukacji szkolnej.

Bibliografia

- Błachnio, K. (2001). *Vademecum logopedyczne*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Brejnak, W. (2009a). Wybrane problemy dojrzałości szkolnej. *Życie Szkoły*, 5, 46–51.
- Brejnak, W. (2009b). O dojrzewaniu do dojrzałości szkolnej. *Życie Szkoły*, 8, 46–51.
- Brzezińska, A. (1987). Gotowość do czytania i pisania i jej rozwój w wieku przedszkolnym. W: A. Brzezińska (red.), *Czytanie i pisanie – nowy język dziecka* (s. 30–50). Warszawa: WSiP.
- Dziedziewicz, D., Karwowski, M. (2014). Podstawy teoretyczne TUNSS. W: R. Kaczan, P. Rycielski, K. Rzeńca, K. Sijko (red.), *Metody diagnozy na pierwszym etapie edukacyjnym* (s. 7–17). Warszawa: Instytut Badań Edukacyjnych.
- Frydrychowicz, A., Koźniewska, E., Matuszewski, A., Zwierzyńska, E. (red.) (2006). *Skala Gotowości Szkolnej*. Warszawa: CMPP-P.
- Gruszczyk-Kolczyńska, E. (1992). *Dzieci ze specyficznymi trudnościami w uczeniu się matematyki. Przyczyny, diagnoza, zajęcia korekcyjno-wychowawcze*. Warszawa: WSiP.
- Janiszewska, B. (2006). *Ocena dojrzałości szkolnej*. Warszawa: Seventh Sea.
- Krasowicz-Kupis, G. (2006). *Rozwój i ocena umiejętności czytania dzieci sześciolatek. Doradca nauczyciela sześciolatek*. Materiały metodyczne dla nauczycieli opracowane w wyniku projektu „Badanie gotowości szkolnej sześciolatek” zrealizowanego w Centrum Metodycznym Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej, z. 5.
- Krasowicz-Kupis, G., Wiejak, K. (2015). Dojrzałość do nauki czytania i pisania. W: K. Kusiak, B. Bednarczuk (red.), *Oblicza gotowości szkolnej* (s. 101–126). Gdańsk: Harmonia.
- Ledzińska, M., Czerniawska, E. (2011). *Psychologia nauczania. Ujęcie poznawcze*. Podręcznik akademicki. Warszawa: WN PWN.
- Lipiec, D. (2008). Zajęcia ortofoniczne. *Wychowanie w Przedszkolu*, 3, 51–52.
- Lipiec, D., Woźniak, A. (2015). Profilaktyka logopedyczna w wychowaniu przedszkolnym. *Wychowanie na co dzień*, 3(252), 3–7.
- Okoń, W. (1987). *Słownik pedagogiczny*. Warszawa: PWN.
- Sachajska, E. (1987). *Uczymy poprawnej wymowy*. Warszawa: WSiP.
- Stecko, E. (2013). *Logopedia małego dziecka*. Warszawa: Wydawnictwo ES.
- Szuman, S. (1973). O dojrzałości szkolnej dzieci siedmioletnich. W: L. Wołoszynowa (red.), *Materiały do nauczania psychologii*. Warszawa: PWN.
- Węsierska, K. (2012). Profilaktyka logopedyczna w ujęciu systemowym. W: K. Węsierska (red.), *Profilaktyka logopedyczna w praktyce edukacyjnej*, t. 1 (s. 25–47). Katowice: Wydawnictwo UŚ.
- Wiatrowska, L., Dmochowska, H. (2013). *Dziecko u progu szkoły. Dojrzałość szkolna dzieci a ich gotowość do nauki*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Wilgocka-Okoń, B. (2003). *Gotowość szkolna dzieci sześciolatek*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak.

NORMATYWNE I NIENORMATYWNE REALIZACJE FONEMU /R/ WE WSPÓŁCZESNYM JĘZYKU POLSKIM

STRESZCZENIE

W systemie fonologiczno-fonetycznym języka polskiego realizacje dźwiękowe fonemu /r/ są jednymi z najtrudniejszych, stąd pojawiają się w rozwoju artykulacji jako jedne z ostatnich i często ulegają deformacjom. W artykule przedstawiono występujące w języku polskim normatywne i nienormatywne realizacje fonemu /r/. Realizacje normatywne opisane są zarówno z perspektywy rozwoju artykulacji, jak i wymowy już ukształtowanej, zgodnej z normami ortofonicznymi. W tym ostatnim przypadku uwzględnione są różne realizacje wariantywne fonemu /r/ uzależnione od kontekstu fonetycznego. Realizacje nienormatywne zaprezentowane są w odniesieniu do rozwoju artykulacji oraz na tle zaburzeń mowy, w których mogą występować. Uwarunkowane są one zarówno wewnątrz-, jak i zewnątrzjęzykowo (np. zaburzeniami w budowie lub funkcji aparatu artykulacyjnego, starannością wymowy, wpływem języka obcego). W publikacji zaprezentowano mnogi, choć niezamknięty zbiór realizacji fonemu /r/, zwrócono też uwagę, że te same – wybrane realizacje uznawane są za normatywne bądź nie, w zależności od wieku mówiącego.

Słowa kluczowe: fonem /r/, głoska, warianty fonemu, realizacje normatywne i nienormatywne, rozwój artykulacji, zakłócenia dźwięków mowy

ABSTRACT

The sound realisations of phoneme /r/ belong to the most difficult ones in the phonological and phonetic system of the Polish language. Thus, they appear as last ones in the development of articulation and are often deformed. The article presents normative and non-normative realisations of phoneme /r/ appearing in the Polish language. The normative realisations have been described from two perspectives: the development of articulation and already developed pronunciation which is compliant to orthophonetic norms. In the latter case, different variants of realisations of phoneme /r/, dependant on the phonetic context, have been included. Non-normative realisations have been presented in relation to the development of articulation and in speech disorders where such realisations may appear. They are caused by both, internal and external factors (e.g. disorders in the structure or functioning of the articulation apparatus, carefulness of pronunciation, influence of a foreign language). The publication presents the multiple, although not completed, collection of the realisations of phoneme /r/, and pays attention to the fact that the same – selected realisations of phoneme /r/ are treated as normative or non-normative depending on the age of a person who speaks.

Key words: phoneme /r/, sound, variants of phoneme, normative and non-normative realisations, development of articulation, disturbances of speech sounds

System fonologiczny języka polskiego według Bronisława Rocławskiego (2001, s. 139) składa się z 37 fonemów: 8 samogłoskowych i 28 spółgłoskowych, oraz fonemu zerowego (pauzy międzywyrazowej). „Fonem to jednostka abstrakcyjna obejmująca klasę głosek, których wzajemna wymiana nie powoduje zmian w takich jednostkach języka, jak: morfem, wyraz, wypowiedzenie. Wymiana zaś fonemów zawsze powoduje zmiany jednostek języka. [...] Dla danej klasy głosek można określić wiązkę cech wspólnych, niepowtarzalnych jako całość w innej klasie głosek, w innym fonemie. Cechy różniące klasy głosek będące fonemami nazywa się cechami dystynktywnymi, relewantnymi. Często fonem określa się jako wiązkę owych cech dystynktywnych”. Według Haliny Mierzejewskiej (1982, s. 23) fonem to „[...] korowy wzorzec struktury dźwięku stanowiącego niezbędny składnik budowy wyrazów. Korowy wzorzec dźwięku danego języka umożliwia każdorazowo właściwy odbiór tego dźwięku, jego utożsamienie, odróżnienie a także prawidłowe odtworzenie głośne i w piśmie”.

W inwentarzu fonemów spółgłoskowych języka polskiego znajduje się fonem /r/. Jego wariantem głównym jest głoska [r]¹, która występuje w największej liczbie pozycji fonetycznych, w tym w pozycji neutralnej (przed samogłoską [a]). [r] jest głoską dźwięczną, ustną, płaską, przedniojęzykowo-dziąsłową i zwarto-otwartą (sonorną, półotwartą) – drżącą. Podczas artykulacji tej głoski powietrze wypływające z płuc napotyka na zsunięte wiązadła głosowe w krtani, wprawiając je w drgania – powstaje ton krtaniowy (dźwięczność). Modyfikowany strumień powietrza przepływa jamą gardłową do jamy ustnej – podniebienie miękkie zakończone języczkiem zwiera się z tylną ścianą jamy gardłowej, uniemożliwiając przepływ powietrza do jamy nosowej – [r] jest głoską ustną. Masa języka przyjmuje płaskie ułożenie, boki języka przylegają do wewnętrznych powierzchni górnych zębów i dziąseł, a powierzchnia języka w części predorsalnej jest lekko wklęsnięta (Wierzchowska, 1980). Artykulacja [r] przebiega w następujących po sobie fazach zamknięcia i otwarcia kanału głosowego. Fazy te powstają podczas 2–3 uderzeń czubka języka o dziąsła² (głoska dziąsłowa i drżąca), co skutkuje „periodycznym występowaniem na przemian bar-

¹ W artykule zapis fonetyczny prezentowany jest z użyciem sławistycznego alfabetu fonetycznego.

² Wg Leokadii Dukiewicz (1995) w określonej pozycji i otoczeniu fonetycznym w wyrazie (np. w śródgłosie między dwiema samogłoskami) normatywna jest realizacja fonemu /r/ allofonem z jednym uderzeniem.

dzo krótkich segmentów typu samogłoskowego i spółgłoskowego”³ (Jassem, 1973, s. 245–246). Czas przywarcia apexu do dziąseł jest bardzo krótki i wynosi około 0,01 s (Wierzchowska, 1980). Układ warg zależny jest od kontekstu fonetycznego. Mimo że głoska [r] jest głoską dynamiczną, to – ze względu na powtarzający się ruch artykulatorów – jest także głoską trwałą (można wydłużać jej artykulację).

Wariantami pozycyjnymi pobocznymi fonemu /r/ są głoski [rʲ] oraz [ɹ]. Głoska [rʲ] jest głoską dźwięczną, ustną, przednią, prepalatalno-zadziąsłową i zwarto-otwartą drżącą. Występuje w określonym kontekście fonetycznym, tj. przed [i] oraz [i̯], np. *Marika* [marʲika], *awaria* [avarʲia]. Z kolei głoska [ɹ] jest ubezdźwięczniona, ustna, płaska, przedniojęzykowo-dziąsłowa i zwarto-otwarta drżająca. Realizowana jest w wygłosie po spółgłosce bezdźwięcznej właściwej, a także w obustronnym sąsiedztwie spółgłosek bezdźwięcznych właściwych (np. *wiatr* [vʲiatɹ], *trwam* [tɹfam]).

Warianty pozycyjno-fakultatywne fonemu /r/ to głoski [rʲ], [ɹ] i [ɹʲ]⁴. [rʲ] jako wariant pozycyjno-fakultatywny występuje przed głoskami właściwymi prepalatalnymi, np. *tarnina* [tarʲnina]. Głoska [ɹ] może zostać wymówiona przed spółgłoską bezdźwięczną właściwą, np. *rteć* [ɹteć].

Wszystkie przedstawione warianty są zgodne z normą ortofoniczną współczesnego języka polskiego (zob. Więcek-Poborczyk, 2014).

Przedstawione normatywne realizacje fonemu /r/ pojawiają się w rozwoju mowy dość późno. Ze względu na specyfikę wymowy tych głosek normy rozwoju artykulacji przewidują ich pojawienie się jako jednych z ostatnich. Nie ma jednak zgodnych opinii specjalistów co do czasu ostatecznego ustabilizowania się artykulacji [r] – głównego wariantu fonemu /r/. Leon Kaczmarek (1997), a także Genowefa Demel (2008) są zdania, że głoska [r] powinna być poprawnie wymawiana już pod koniec 4. r.ż. Z kolei Józef Tadeusz Kania (1982) twierdzi, że ma to miejsce po 4. r.ż. Rocławski (2001) uważa, że dzieci opanowują artykulację [r] w 4. lub 5. r.ż.

³ „Częstotliwość powtarzania się zespołu segmentów: spółgłoskowy-samogłoskowy w przeciągle wymówionej spółgłosce drżącej wynosi 20–30 na sekundę, przy czym segment samogłoskowy w przypadku artykulacji dźwięcznej, która jest znacznie częstsza, jest średnio ok. 1,5 raza dłuższy od spółgłoskowego. Długość pierwszego wynosi ok 30 ms, drugiego ok. 20 ms” (Jassem, 1973, s. 245–246).

⁴ Głoska [ɹʲ] (ubezdźwięczniona, ustna, przednia, prepalatalno-zadziąsłowa i zwarto-otwartą drżącą) może zostać zrealizowana fakultatywnie w obustronnym sąsiedztwie spółgłosek bezdźwięcznych właściwych i przed bezdźwięczną miękką, np. (z) *Piotkiem* [pʲjotʲkʲiem]. Taki kontekst fonetyczny jest jednak rzadki w języku polskim, stąd nie uwzględniamy go w tekście głównym artykułu.

Brak wymawiania tej głoski w 6. r.ż. wiąże się wg tego autora z koniecznością terapii logopedycznej. Danuta Emiluta-Rozya (1994) podaje, że głoska [r] powinna być prawidłowo wymawiana przez większość dzieci po ukończeniu 5 lat, przy czym ustalenie się wymowy powinno być zakończone definitywnie w wieku lat 6 (podobnie zob. Majewska-Tworek, 2001).

Badania realizacji fonemu /r/ u dzieci przedszkolnych (Sołtys-Chmielowicz, 1998; Krajna, 1998; Majewska-Tworek 2001) potwierdzają niejednoznaczność założeń rozwojowych dotyczących kształtowania kompetencji w zakresie realizacji fonemu /r/⁵.

Wyniki badań Piotry Łobacz (2000) świadczą o stopniowym doskonaleniu się realizacji dźwiękowej fonemu /r/ u dzieci przedszkolnych, jednocześnie wskazują, co podkreśla Łobacz (2005), że doskonalenie to jest silnie zindywidualizowane. Wiek 5 lat uznaje się za przełomowy w kształtowaniu realizacji fonemu /r/ (Łobacz, 2005; Krajna, 1998).

Fonem /r/ realizowany jest przez głoski [r], [r'], [ɾ], należy jednak podkreślić, że w trakcie rozwoju mowy możliwe są także inne normatywne realizacje tego fonemu. Są one ściśle związane z wiekiem dziecka i sprawnością jego artykulatorów (przede wszystkim dotyczy to umiejętności pionizowania języka). Większość dzieci do ukończenia 2. r.ż. w wyrazach, w których występuje fonem /r/, nie realizuje go – jest to tzw. zero fonetyczne [∅]. Po drugich urodzinach [r] wymawiane jest najczęściej jako [j] (jota), a po trzecich jako [l] (Kania, 1982). Należy jednak pamiętać, że dwulatek może realizować fonem /r/ raz w postaci joty, a raz zera fonetycznego, co jest spowodowane np. budową fonetyczną danego wyrazu, pozycją głoski w wyrazie bądź kontekstem fonetycznym (tamże). Bywa, że u dziecka dwuletniego pojawia się artykulacja [r], która jednak po pewnym czasie zanika i fonem /r/ realizowany jest jako [l]. Niektóre dzieci, choć nie jest to zjawisko powszechne, szybciej opanowują drżącą głoskę [r] i już w wieku trzech lat wymawiają ją poprawnie.

⁵ Zestawienie za: Łobacz (2005, s. 257). Porównanie poprawnej wymowy spółgłoski /r/ w trzech badaniach za pomocą testu artykulacyjnego:

Autorki danych	Poprawna wymowa (w %) spółgłoski /r/ przez:				
	trzylatki	czterolatki	pięciolatki	sześciolatki	siedmiolatki
A. Sołtys-Chmielowicz	43,6	65,7	83,1	91,7	83,8
E. Krajna	25,8	59,1	74,5	71,2	69,2
A. Majewska-Tworek	30,0	55,0	80,0	97,5	-

W stabilizowaniu się realizacji fonemu /r/ wszystkie opisane wcześniej możliwości są normatywne, najczęściej jednak w procesie tym występują stałe fazy: [∅] – [j]– [l] – [r]⁶. Należy pamiętać też o tzw. etapach przejściowych w kształtowaniu wariantu głównego fonemu /r/, np. w postaci [l] z lekką wibracją czubka języka, czy też w postaci połączenia głosek [lr] lub jako [r] z osłabioną wibracją. Powszechne jest także zjawisko hiperpoprawności, gdy dziecko wymawia [r] w miejsce [l] albo wymawia [r] z przesadną, przedłużoną wibracją.

Tabela 1. Etapy kształtowania się wariantu głównego fonemu /r/ – głoski [r]

Etapy kształtowania się wariantu głównego fonemu /r/ – głoski [r]	
Wiek dziecka	Realizacje
pierwszy rok życia	[∅]
drugi rok życia	[∅], [j]
trzeci rok życia	[j], [l]
od trzech do sześciu lat	[l], [lr], [l] z lekką wibracją apexu, [r]
po szóstym roku życia	[r]

Źródło: opracowanie własne.

Podane w tabeli 1 przedziały wiekowe i przypisane im realizacje wariantu głównego fonemu /r/ obrazują normatywny przebieg rozwoju artykulacji u dzieci, u których nie stwierdza się odstępstw w funkcjonowaniu i budowie aparatu artykulacyjnego⁷. Przy ocenie wymowy i podejmowaniu decyzji o usprawnianiu logopedycznym należy jednak zawsze brać pod uwagę indywidualne tempo rozwoju artykulacji każdego dziecka. W przypadku realizacji fonemu /r/ to co jest normą realizacyjną dla danego przedziału wiekowego, staje się patologią po jego przekroczeniu, np. do ukończenia 3. r.ż. realizacja wariantu głównego fonemu /r/ jako [j] jest normatywna, a po 3. r.ż. uznawana jest za nieprawidłową i wymaga terapii.

⁶ „Orientacyjnie można przyjąć, że rozwój r u dzieci polskich przebiega w sposób następujący: (1) ∅ – (2) j – (3) l – (4) r” (Kania, 1982, s. 151) – cyfry w nawiasach oznaczają wiek dziecka.

⁷ Np. wpływ skróconego wędzidełka podjęzykowego u dzieci na realizację fonemu /r/ prezentuje w swoich badaniach Barbara Ostapiuk (2002). Autorka podkreśla, że zarówno substytucje, jak i deformacje podlegają terapii logopedycznej w każdym wieku, jeśli występuje skrócenie wędzidełka języka.

W przebiegu rozwoju artykulacji mogą pojawić się również realizacje nienormatywne fonemu /r/, które mogą mieć postać elizji, substytucji, deformacji (tamże) lub zdeformowanego substytutu (Emiluta-Rozya, 2013).

W przypadku elizji dziecko nie wymawia w ogóle głoski [r] (elizja całkowita) lub nie wymawia jej tylko w określonej pozycji wyrazu (elizja częściowa), na co może mieć wpływ również sąsiedztwo fonetyczne (Kania, 1982). Brak realizacji fonemu /r/ po 2. r.ż. ([r] → [ø]) jest nieprawidłowy.

O substytucji mówimy wówczas, gdy fonem /r/ jest realizowany w postaci głoski systemowej języka polskiego, będącej w polu realizacji innego fonemu. Należy jednak pamiętać, że w normatywnym rozwoju realizacji fonemu /r/ mamy takie dwa przypadki, w których fonem ten jest realizowany jako głoska systemowa, będąca wariantem innego fonemu, to znaczy: do ukończenia 3 lat fonem /r/ może być realizowany jako [ɹ], a do ukończenia 6 lat jako [l] (zob. tabela 1). Takie realizacje będą nieprawidłowe tylko wtedy, kiedy wystąpią po przekroczeniu podanych przedziałów wiekowych. Każda inna substytucja (np. fonem /r/ realizowany jako [ɹ]), niezależnie od wieku, będzie odstępstwem od normy rozwojowej.

Trzecią i najczęściej występującą w rozwoju mowy postacią nieprawidłowej realizacji fonemu /r/ jest deformacja, w której realizacja fonemu jest głoską niesystemową. W realizacji zniekształceniu ulega jedna bądź więcej cech artykulacyjnych głoski [r].

Głoska [r] w rozwoju artykulacji stabilizuje się jako jedna z ostatnich ze względu na duży stopień trudności jej realizacji. Stąd obserwuje się duże zróżnicowanie i wysoką frekwencję zdeformowanych realizacji fonemu /r/. W literaturze przedmiotu opisywane są różne rodzaje deformacji głoski [r] (zob. m.in. Sołtys-Chmielowicz, 1998; Krajna, Bryndal, 1999; Ostapiuk, 2002). W artykule prezentujemy zestawienie deformacji realizacji fonemu /r/ w oparciu o badania przeprowadzone w latach 2004–2006 w ramach projektu⁸ pt.: „Opracowanie zapisu fonetycznego poprawnych i zdeformowanych realizacji fonemów w alfabetach fonetycznych międzynarodowym i sławistycznym” (Porayski-Pomsta i in., 2013). W zestawie deformacji nie uwzględniono tych wariantów fonemu, które występują w normie

⁸ Projekt nr BW 12/05-I, pozycja dotowana z funduszy na badania statutowe – Akademia Pedagogiki Specjalnej im. M. Grzegorzewskiej w Warszawie. Zaburzone realizacje opisane w projekcie dotyczą wszystkich fonemów języka polskiego i zaobserwowane zostały w wymowie osób z dyslalią, dyzartrią, jąkaniem oraz po zabiegu laryngektomii.

wymawianiowej w określonym sąsiedztwie fonetycznym (np. [ɾ] ubezdźwięcznione czy [r'] zmiękczzone), a poza nim są nienormalne.

Opisane w badaniach realizacje zdeformowane fonemu /r/⁹:

- głoska [r] częściowo ubezdźwięczniona – segment dźwięczny głoski jest zbyt krótki;
- głoska [r] unosowiona – powietrze wydostaje się częściowo przez usta, a częściowo przez nos;
- głoska [r] uwularna – wibruje uwuła, a nie apex;
- głoska [r] uwularna-trąca – tylna część grzbietu języka tworzy szczelinę z języczkiem;
- głoska [r] welarna – wibruje welum i uwuła;
- głoska [r] gardłowa – wibruje obsada języka przy tylnej ścianie gardła;
- głoska [r] szczelinowa gardłowa – tył języka tworzy szczelinę z tylną ścianą jamy gardłowej;
- głoska [r] z retrofleksem – czubek języka jest uniesiony do dziąseł i zakrzywiony w kierunku palatum, brak wibracji;
- głoska [r] przyzębowa – czubek języka wibruje przy zębach;
- głoska [r] podniebienna – czubek języka wibruje przy podniebieniu;
- głoska [r] międzyzębowa – czubek języka wibruje wsunięty między siekacze;
- głoska [r] wargowo-zębowa górna – wibruje warga górna przy zębach;
- głoska [r] wargowo-zębowa dolna – wibruje warga dolna przy zębach;
- głoska [r] boczna prawostronna apeksalna – czubek języka wibruje przesunięty w prawą stronę jamy ustnej, miejsce artykulacji przesunięte na prawą stronę;
- głoska [r] boczna prawostronna – wibruje prawy bok języka;
- głoska [r] boczna lewostronna apeksalna – czubek języka wibruje przesunięty w lewą stronę jamy ustnej, miejsce artykulacji przesunięte na lewą stronę;
- głoska [r] boczna lewostronna – wibruje lewy bok języka;
- głoska [r] językowo-wargowa – czubek języka wibruje przy górnej wardze;
- głoska [r] policzkowa prawostronna – wibruje prawy policzek;
- głoska [r] policzkowa lewostronna – wibruje lewy policzek;
- głoska [r] policzkowa obustronna – wibrują oba policzki;
- głoska [r] dwuwargowa – wibrują wargi;

⁹ Sposób transkrypcji podanych deformacji znajduje się w publikacji Porayski-Pomsta i in. (2013).

- głoska [r] dorsalna – grzbiet języka wibruje, czubek języka pozostaje nieaktywny i znajduje się przy wewnętrznej powierzchni dolnych siekaczy;
- głoska [r] drżąco-trąca – realizowana z wibracją i tarcieniem;
- głoska [r] jednoudrzeniowa – czubek języka uderza jednokrotnie w wałek dźwiękowy¹⁰;
- głoska [r] ingresywna – realizowana na wdechu;
- głoska [r] z osłabieniem wibracji – artykułowana z osłabioną wibracją czubka języka;
- głoska wokaliczna – język w ułożeniu centralnym, brak wibracji i pionizacji, jest to głoska otwarta, w odsłuchu zbliżona do samogłoski [y];
- aproksymant półspółgłoska – czubek języka unosi się do dźwięka, ale nie wibruje.

Podane deformacje¹¹ nie zamykają inwentarza możliwych zniekształceń realizacji fonemu /r/, możliwe są inne nienormatywne wymówienia, w tym deformacje kombinowane (np. głoska [r] – boczna prawostronna apeksalna, policzkowa prawostronna).

Ostatnim rodzajem nieprawidłowej realizacji fonemu jest zdeformowany substytut. W tym przypadku mówiący realizuje zdeformowany wariant mieszczący się w polu realizacji innego fonemu, np. zamiast [r] wymawia [l]-międzyzębowe.

Nieprawidłowe realizacje fonemu /r/ (elizja, substytucja¹², deformacja, zdeformowany substytut) są objawem opóźnionego lub zaburzonego rozwoju mowy.

W przypadku opóźnionego rozwoju mowy najczęściej mamy do czynienia z przetrwałymi substytutami rozwojowymi¹³ lub elizją. Rzadziej mogą wystąpić deformacje, które nie są jednak cechą charakterystyczną opóźnionego rozwoju mowy (por. Emiluta-Rozya, 2007), a wynikają np. z współwystępującej z ORM nieprawidłowej budowy aparatu artykulacyjnego.

¹⁰ Według Kani (1982) [r]-jednoudrzeniowe wyraźnie różni się od [d] dźwiękowego czasem trwania i sposobem wykonania zwarcia oraz kształtem i układem przodu języka.

¹¹ Zarówno deformacje, deformacje kombinowane, jak i substytuty zdeformowane są przedmiotem badań i opisu patofonetyki (zob. Więcek-Poborczyk, Lipiec, 2017).

¹² Należy pamiętać o normatywnej w określonym wieku dziecka elizji [r] oraz substytucji [r] na jotę i [r] na [l].

¹³ Realizując fonem, dziecko artykułuje głoskę systemową, będącą w polu realizacji innego fonemu, co we wcześniejszym przedziale wiekowym było normatywne, jednak po przekroczeniu określonego wieku staje się realizacją nieprawidłową.

U dzieci z zaburzonym rozwojem mowy nieprawidłowe realizacje fonemu /r/ mogą mieć różny charakter w zależności od formy zaburzenia mowy. Jako zakłócenia dźwięków mowy mogą wystąpić prawie we wszystkich formach zaburzeń mowy¹⁴ (dyslalie, dyzartie, niedokształcenie mowy pochodzenia korowego, niedokształcenie mowy towarzyszące niepełnosprawności intelektualnej, niedokształcenie mowy z powodu niedosłuchu, środowiskowe ograniczenie mowy, środowiskowe zniekształcenie mowy, jąkanie, niedokształcenie mowy w autyzmie). Nieprawidłowe realizacje fonemu /r/ w dyslaliach o różnej etiologii (z wyłączeniem dyslalii korowej) noszą nazwę rotacyzmu (*rhotacismus*) – zob. Lipiec (2012). W przypadku elizji mówimy o mogirotacyzmie, w przypadku substytucji mamy do czynienia z pararotacyzmem, a deformacje określamy jako rotacyzm właściwy.

Elizje, substytucje, deformacje i zdeformowane substytuty będące nie-normatywnymi realizacjami fonemu /r/ mogą wystąpić także u osób dorosłych. Podobnie jak u dzieci, realizacje te jako zakłócenia dźwięków mowy mogą wystąpić w większości zaburzeń mowy (dyslalie, dyzartrie, afazje, niedokształcenie mowy pochodzenia korowego, niedokształcenie mowy towarzyszące niepełnosprawności intelektualnej, niedokształcenie mowy z powodu niedosłuchu, jąkanie). Nieprawidłowe realizacje fonemu /r/ w dyslaliach u osób dorosłych, analogicznie jak u dzieci, nazywa się rotacyzmem. Przyczyny rotacyzmu można podzielić na:

1) Endogenne:

- nieprawidłowa budowa anatomiczna narządów aparatu artykulacyjnego (głównie wady budowy języka, np. ankyloglosja, makroglosja, mikroglosja; podniebienia, np. rozszczepy, podniebienie gotyckie; wady zgryzu i/lub anomalie zębowe);
- obniżona sprawność narządów aparatu artykulacyjnego (głównie języka);
- nieprawidłowe napięcie mięśni aparatu artykulacyjnego (głównie języka);
- dysfunkcje w przebiegu czynności: odgryzania, żucia, połykania, oddychania;
- parafunkcje w obrębie aparatu artykulacyjnego;
- wady budowy lub funkcjonowania narządu słuchu, a w ich wyniku niedosłuch;

¹⁴ Zob. D. Emiluta-Rozya (2008).

- nieprawidłowa budowa lub funkcjonowanie krtani¹⁵;
- 2) Egzogenne:
- nieprawidłowe wzory wymowy środowiska;
 - błędy pielęgnacyjne wpływające na budowę i funkcje aparatu artykulacyjnego oraz rozwój artykulacji;
 - niewłaściwe postawy rodzicielskie i zbyt wczesne zmuszanie dziecka do wymowy głósłki [r].

Etiologia nieprawidłowych realizacji fonemu /r/ występujących w innych niż dyslalie zaburzeniach mowy może być różna i ma ścisły związek z przyczynami i patomechanizmem danej formy zaburzenia¹⁶.

Poza opóźnionym i zaburzonym rozwojem mowy nienormatywne realizacje fonemu /r/ mogą cechować także wymowę dzieci wielojęzycznych czy np. obcokrajowców uczących się języka polskiego.

W artykule zostały przedstawione i scharakteryzowane normatywne i nienormatywne realizacje fonemu /r/. Odniesiono się przy tym do norm rozwojowych artykulacji, współczesnej poprawnej wymowy polskiej oraz zaburzeń mowy. Ukazano mnogość realizacji fonemu /r/, z którymi mogą zetknąć się specjaliści (logopedzi, językoznawcy) i podjęto próbę ich systematyzowania w obrębie normy i patologii. Przedstawione w artykule treści znajdują swoje zastosowanie w kolejnym opracowaniu autorek, dotyczącym terapii logopedycznej nienormatywnych realizacji fonemu /r/.

Bibliografia

- Demel, G. (2008). *Minimum logopedyczne nauczyciela przedszkola*. Warszawa: WSiP.
- Dukiewicz, L. (1995). Fonetyka. W: H. Wróbel (red.), *Gramatyka współczesnego języka polskiego. Fonetyka i fonologia* (s. 7–103). Kraków: Wydawnictwo IJP PAN.
- Emiluta-Rozya, D. (1994). *Wspomaganie rozwoju mowy dziecka w wieku przedszkolnym*. Warszawa: CMPP-P.
- Emiluta-Rozya, D. (2007). Opóźniony rozwój mowy a opóźnienie rozwoju mowy. *Poradnik Językowy*, 8, 54–65.
- Emiluta-Rozya, D. (2008). Modyfikacja zestawienia form zaburzeń mowy H. Mierzejewskiej i D. Emiluty-Rozya. W: J. Porayski-Pomsta (red.), *Diagnoza i terapia w logopedii* (s. 25–36). Warszawa: Dom Wydawniczy Elipsa.

¹⁵ Dotyczy głównie cechy dźwięczności.

¹⁶ Zob. D. Emiluta-Rozya (2008).

- Emiluta-Rozya, D. (2013). *Całościowe badanie logopedyczne z materiałem obrazkowym*. Warszawa: Wydawnictwo APS.
- Jassem, W. (1973). *Podstawy fonetyki akustycznej*. Warszawa: IPPT PAN.
- Kaczmarek, L. (1997). *Nasze dziecko uczy się mowy*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Kania, J.T. (1982). *Szkice logopedyczne*. Warszawa: WSiP.
- Krajna, E. (1998). *Testy artykulacyjne w badaniach logopedycznych* (nieopublikowana praca doktorska). Poznań: Wydawnictwo UAM.
- Krajna, E., Bryndal, M. (1999). 100-wyrazowy test artykulacyjny. Analiza słuchowa nagrań i próba normalizacji testu. *Audiofonologia XIV*, 137–174.
- Lipiec, D. (2012). *Rotacyzm. Terapia logopedyczna dziecka w wieku szkolnym*. Poznań: Wydawnictwo Raabe.
- Łobacz, P. (2000). The polish rhotic. A preliminary study in acoustic variability and invariance. W: W. Jassem, C. Basztura, G. Demenko (red.), *Speech and Language Technology*, 4, 85–102. Poznań: Polskie Towarzystwo Fonetyczne.
- Łobacz, P. (2005). Prawidłowy rozwój mowy dziecka. W: T. Gałkowski, E. Szelaż, G. Jastrzębowska (red.), *Podstawy neurologopedii* (s. 231–268). Opole: Wydawnictwo UO.
- Majewska-Tworek, A. (2001). *Rozwój sprawności artykulacyjnej dziecka w wieku przedszkolnym. Dialogowy test artykulacji*. Lublin: Fundacja Orator.
- Mierzejewska, H. (red.) (1982). *Badania porównawcze afazji*. Wrocław: Zakład Narodowy im. Ossolińskich.
- Mierzejewska, H., Emiluta-Rozya, D. (1997). Projekt zestawienia form zaburzeń mowy. *Audiofonologia*, 10, 37–48.
- Ostapiuk, B. (2002). Rodzaje i jakość dźwiękowych realizacji polskiego fonemu /r/ w ankyloglosji. *Logopedia*, 30, 91–103.
- Porayski-Pomsta, J., Kwasiborska-Dudek, J., Jauer-Niworowska, O., Lipiec, D., Więcek-Poborczyk, I., Golanowska, M., Malinowska, A. (2013). *Znaki fonetyczne do zapisu poprawnych i zdeformowanych realizacji fonemów języka polskiego w alfabetach międzynarodowym i sławistycznym*. Gdańsk: Wydawnictwo Glottispol.
- Rocławski, B. (2001). *Podstawy wiedzy o języku polskim dla glottodydaktyków, pedagogów, psychologów i logopedów*. Gdańsk: Wydawnictwo Glottispol.
- Sołtys-Chmielowicz, A. (1998). Wymowa dzieci przedszkolnych. *Komunikacja językowa i jej zaburzenia*, 15. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Wierzchowska, B. (1980). *Wymowa polska* (wyd. 2). Wrocław: Zakład Narodowy im. Ossolińskich.
- Więcek-Poborczyk, I. (2014). *Normy wymawianiowe polszczyzny a wariantywność wymowy*. Warszawa: Wydawnictwo APS.
- Więcek-Poborczyk, I., Lipiec, D. (2017). Patofonetyka w praktyce logopedycznej. W: A. Myszka, K.I. Bieńkowska, I. Marczykowska (red.), *Głos – Język – Komunikacja*. T. 4. Rzeszów: Wydawnictwo UR.

VARIA

SPRAWOZDANIE Z KONFERENCJI LOGOPEDÓW KLINICZNYCH W KOSZYCACH

W dniach 26–27 maja 2017 r. w Auli Magistratu miasta Koszyce odbyła się 9. Konferencja Logopedów Klinicznych zorganizowana przez Słowacką Sekcję Logopedów Klinicznych. W konferencji wzięli udział specjaliści ze Słowacji, Czech i Polski. Tematem przewodnim była postać docenta Józefa Liszki z okazji setnej rocznicy jego urodzin. Gośćmi honorowymi byli syn oraz żona docenta. Zaproszony został również pacjent, który opowiadał o terapii jąkania stosowanej przez docenta Liszkę.

Program konferencji był podzielony na dwa dni. W pierwszym dniu głos zabrało czternastu prelegentów, którzy opowiadali o różnych aspektach logopedii, również o współczesnych problemach, m.in. o kwestii stale zwiększającej się liczby osób z wadami wymowy. Tematem głównym rozważań były problemy surdologopedyczne. W tym obszarze bowiem nawiązały się ostatnimi czasy nici przyjaźni polsko-słowackich logopedów. Po wystąpieniach był czas na dyskusję, zadawanie pytań i wyrażenie własnej opinii. Pomogło to uczestnikom poszerzyć obszar wiedzy z zakresu wybranych zagadnień oraz przekonać się, jak obszerną dziedziną nauki jest logopedia. Podczas przerw była możliwość zapoznania się ze specjalistycznym asortymentem logopedycznym oraz pomocami dydaktycznymi i materiałami szkolnymi różnych firm. Dzięki synowi docenta Liszki można było zwiedzić Koszyce i poznać miejsca bliskie sercu jego ojca. Miałyśmy zaszczyt również obejrzeć premierę filmu „Będę mówić dobrze”. Jest to jedyny zachowany film ukazujący pracę docenta Liszki z pacjentami.

Drugi dzień był przepełniony atrakcjami. W tym dniu głos zabierali uczestnicy z Polski. Poruszone zostały wątki specjalnych potrzeb edukacyjnych w debacie nad reformą szkolną, przedstawione przez specjalistów z Uniwersytetu w Zielonej Górze. Kolejne polskie wystąpienie dotyczyło profilaktyki zaburzeń głosu i słuchu. Tego dnia miałyśmy przyjemność wraz

z naszym opiekunem naukowym, doktor Katarzyną Bieńkowską zabrać głos jako reprezentantki Akademii Pedagogiki Specjalnej w Warszawie. Nasza wypowiedź dotyczyła rezultatów poszukiwań śladów oraz odwołań w polskich i zagranicznych publikacjach do działalności docenta Liszki. Udział w „akcji poszukiwawczej” brali studenci II roku stacjonarnej logopedii I stopnia w roku akademickim 2016/2017. Korzystając z okazji, omówiliśmy współczesne trendy w dydaktyce oraz logopedycznych badaniach naukowych realizowanych na naszej uczelni. Po naszym wystąpieniu zostały poruszone tematy: logopedii w neurorehabilitacji, szkolenia umiejętności komunikacyjnych u dzieci z autyzmem od najmłodszych lat, werbalnej komunikacji w rodzinie jako środka rozwoju językowego i umiejętności mówienia u dzieci oraz rzeczywistości a wizji klinicznej logopedii na Słowacji. Niezwykle miło było wysłuchać wystąpienia dotyczącego współpracy polsko-słowackiej w obszarze pomocy dzieciom z wadą słuchu mieszkających na pograniczu. Drugi dzień konferencji zakończył się podsumowaniem w formie dyskusji. Po wyczerpujących rozmowach nastąpiło uroczyste pożegnanie uczestników.

Konferencja, która skupiła specjalistów z różnych krajów, dała nam – studentom – nie tylko możliwość spojrzenia na współczesne problemy logopedii, lecz także umożliwiła nawiązanie kontaktów ze studentami z Uniwersytetu w Bratysławie.

Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej

Wydanie pierwsze

Arkuszy drukarskich 14,5

Skład i łamanie: AnnGraf

Druk ukończono w listopadzie 2018

Druk i oprawa: Fabryka Druku

Prezentowana monografia stanowi nawiązanie do konferencji naukowej, która odbyła się w Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w 2016 roku. Było to kolejne spotkanie osób, którym bliskie są zagadnienia z pogranicza językoznawstwa, logopedii, psychologii, pedagogiki i dydaktyki języka. Ogniwem łączącym te środowiska naukowe jest nie tylko nieustająca potrzeba poznawania fenomenu, jakim jest komunikacja językowa, ale przede wszystkim poszukiwanie sposobów niesienia, możliwie jak najskuteczniejszej, pomocy osobom z zaburzeniami w tym zakresie oraz wspomaganie rozwoju języka w procesie edukacji.

Przedłożona do recenzji wydawniczej monografia wieloautorska jest obszernym, wartościowym kompendium interdyscyplinarnej wiedzy lingwistycznej i logopedycznej. (...) Książkę przygotowało 21 autorów (przedstawiciele różnych dyscyplin naukowych) – bezsprzecznie specjalistów w zakresie poszczególnych zagadnień. (...) Pragnę podkreślić walory poznawcze poszczególnych artykułów. Książka przeznaczona jest nie tylko dla specjalistów w zakresie edukacji i logopedii działających w różnych instytucjach i środowiskach.(...)

Publikacja z pewnością będzie także przydatnym materiałem dydaktycznym wykorzystywanym przez nauczycieli akademickich, a dla praktyków – nauczycieli czy logopedów – cennym źródłem inspiracji.

Z recenzji dr hab. Katarzyny Węsierskiej

ISBN 978-83-66010-15-4



9 788366 010154