

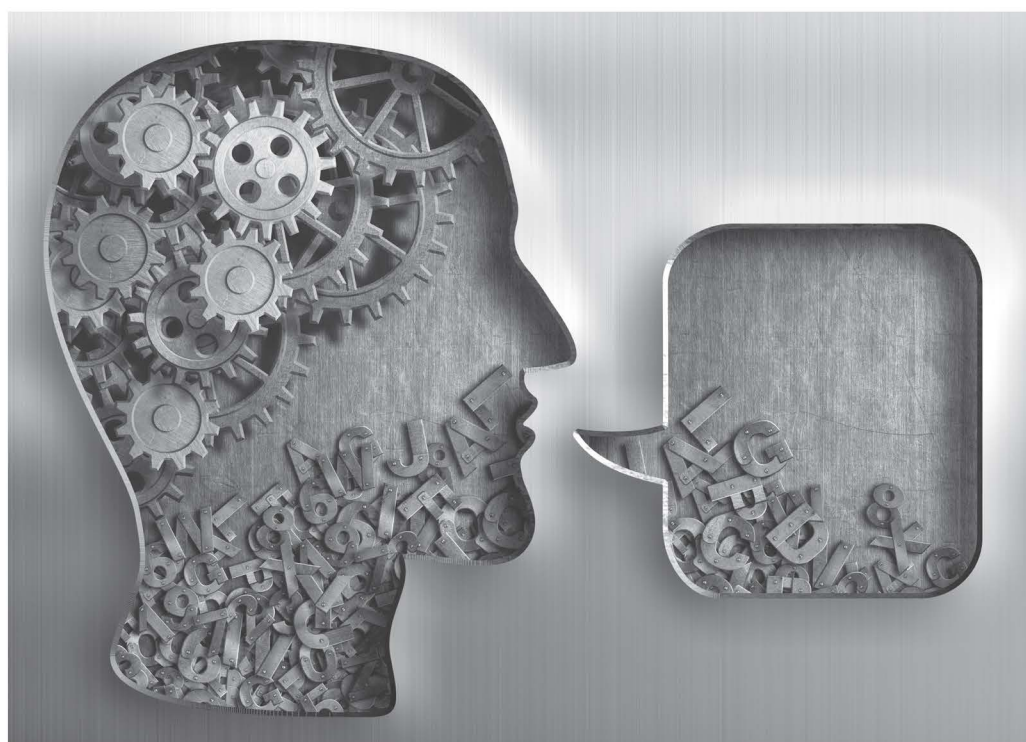
pod redakcją  
Ewy Gackiej i Moniki Kaźmierczak

---



# Teoria i praktyka logopedyczna

Wybrane zagadnienia



LOGOPEDIA

# **Teoria i praktyka logopedyczna**



WYDAWNICTWO  
UNIWERSYTETU  
ŁÓDZKIEGO

pod redakcją  
Ewy Gackiej i Moniki Kaźmierczak

---

# **Teoria i praktyka logopedyczna**

Wybrane zagadnienia

Ewa Gacka, Monika Kaźmierczak – Uniwersytet Łódzki, Wydział Filologiczny  
Instytut Filologii Polskiej i Logopedii, Zakład Dialektologii Polskiej i Logopedii  
90-236 Łódź, ul. Pomorska 171/173

RECENZENT

*Mirosław Michalik*

REDAKTOR INICJUJĄCY

*Urszula Dzieciatkowska*

REDAKTOR WYDAWNICTWA UŁ

*Joanna Balcerak*

SKŁAD I ŁAMANIE

*Munda – Maciej Torz*

PROJEKT OKŁADKI

*Katarzyna Turkowska*

Zdjęcie wykorzystane na okładce: © Depositphotos.com/Andrey\_Kuzmin

© Copyright by Authors, Łódź 2018

© Copyright for this edition by Uniwersytet Łódzki, Łódź 2018

Publikacja jest udostępniona na licencji Creative Commons  
Uznanie autorstwa-Użycie niekomercyjne-Bez utworów zależnych 4.0 (CC BY-NC-ND)

Wydane przez Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego

Wydanie I. W.08531.18.0.K

Ark. wyd. 12,5; ark. druk. 13,875

ISBN 978-83-8142-104-1

e-ISBN 978-83-8142-105-8

<https://doi.org/10.18778/8142-104-1>

Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego

90-131 Łódź, ul. Lindleya 8

[www.wydawnictwo.uni.lodz.pl](http://www.wydawnictwo.uni.lodz.pl)

e-mail: [ksiegarnia@uni.lodz.pl](mailto:ksiegarnia@uni.lodz.pl)

tel. (42) 665 58 63

## SPIS TREŚCI

---

<b>WPROWADZENIE</b> .....	9
Grażyna Gunia <b>SZANSE I ZAGROŻENIA DLA TEORII I PRAKTYKI LOGOPEDII XXI WIEKU</b> .....	15
OPPORTUNITIES AND THREATS FOR THE THEORY AND PRACTICE OF SPEECH THERAPY IN THE 21 <sup>st</sup> CENTURY	
Grażyna Śmiech-Słomkowska, Małgorzata Peruga <b>ZNACZENIE MIĘŚNI W BUDOWIE I CZYNNOŚCIACH NARZĄDÓW JAMY USTNEJ</b> .....	29
IMPORTANCE OF MUSCLES FOR STRUCTURE AND FUNCTION OF ORAL CAVITY ORGANS	
Justyna Antczak-Kujawin <b>ZABURZENIA SEMANTYKI FRAZEOLOGIZMÓW U OSÓB W ŁA- GODNEJ FAZIE OTĘPIENIA ALZHEIMEROWSKIEGO. WSTĘPNE WYNIKI BADAŃ</b> .....	35
DISORDERS WITHIN THE SEMANTICS OF PHRASEMES IN PEOPLE WITH EARLY STAGE ALZHEIMER'S DEMENTIA. PRELIMINARY RESEARCH RESULTS	
Katarzyna Bieńkowska <b>SPRAWNOŚĆ JĘZYKOWA DZIECI Z USZKODZONYM NARZĄDEM SŁUCHU</b> .....	47
LINGUISTIC PERFORMANCE OF HEARING IMPAIRED CHILDREN	
Izabela Ejsmunt-Wieczorek <b>SPOSOBY TWORZENIA CZASOWNIKOWYCH GNIAZD SŁOWO- TWÓRCZYCH PRZEZ DZIECI W WIEKU PRZEDSZKOLNYM</b> .....	57
THE WAYS OF BUILDING VERBAL WORD-FORMATION NESTS BY PRE-SCHOOL CHILDREN	

Ewa Gacka	
<b>DIAGNOZOWANIE I USPRAWNIANIE FUNKCJI ODDECHOWEJ W POSTĘPOWANIU LOGOPEDYCZNYM. UJĘCIE TEORETYCZNE I PRAKTYCZNE</b> .....	71
DIAGNOSING AND STREAMLINING THE RESPIRATORY FUNCTION IN SPEECH-THERAPY PROCEEDINGS. THEORETICAL AND PRACTICAL PERSPECTIVE	
Renata Gliwa	
<b>FLUENCJA SŁOWNA W OTĘPIENIU NACZYNIOPACHODNYM – UJĘCIE KLINICZNE</b> .....	85
VERBAL FLUENCY IN VASCULAR DEMENTIA – CLINICAL APPROACH	
Katarzyna Jachimowska, Agata Korycka	
<b>LOGOPEDA WOBEC KONSEKWENCJI KOLCZYKOWANIA NARZĄDÓW ZESPOŁU USTNO-TWARZOWEGO</b> .....	105
SPEECH THERAPIST FACING CONSEQUENCES OF ORAL PIERCING	
Aleksandra Jastrzębowska-Jasińska	
<b>SUPERWIZJA W ZAWODZIE LOGOPEDY</b> .....	119
SUPERVISION FOR SPEECH THERAPISTS	
Monika Kaźmierczak	
<b>ROLA GESTÓW FONICZNYCH W WYCHOWANIU KOMUNIKACYJNYM DZIECI PRZEDSZKOLNYCH</b> .....	131
ROLE OF PHONIC GESTURES IN COMMUNICATION EDUCATION IN KINDERGARTEN AGE CHILDREN	
Dominika Kozłowska	
<b>LOKALIZACJA NOWOTWORÓW GŁOWY I SZYI ORAZ JEJ ZNACZENIE DLA SKUTECZNEJ TERAPII LOGOPEDYCZNEJ</b> .....	141
THE INFLUENCE OF THE TUMOR LOCATION OF HNC (HEAD AND NECK CANCER) ON EFFECTIVE SPEECH AND SWALLOW THERAPY	
Marlena Kurowska	
<b>LOGOPEDYCZNE BADANIA DZIECI I MŁODZIEŻY Z ZABURZENIAMI MOWY I JĘZYKA UWARUNKOWANYMI KOROWO. PROJEKT BADAŃ WŁASNYCH</b> .....	151
LOGOPEDIC RESEARCHES OF CHILDREN AND YOUTH WITH CORTICAL BASED SPEECH AND LANGUAGE DISORDERS. OWN RESEARCH PROJECT	
Renata Marciniak-Firadza	
<b>JAK LOGOPEDA MOŻE POMÓC DZIECKU Z MUTYZMEM WYBIÓRCZYM?</b> .....	163
HOW A SPEECH THERAPIST CAN HELP CHILDREN WITH SELECTIVE MUTISM?	

Justyna Sochacka

<b>MOWA W ZANIKU WIELOUKŁADOWYM – PROBLEM DIAGNOZY LOGOPEDYCZNEJ. STUDIUM PRZYPADKU .....</b>	<b>177</b>
THE SPEECH IN MULTIPLE SYSTEM ATROPHY – ISSUE OF LANGUAGE DISORDERS DIAGNOSIS. CASE STUDY	

Anna Stefan

<b>O GŁOSIE „WRAŻLIWCA” (WYBRANE ZAGADNIENIA) .....</b>	<b>189</b>
ABOUT VOICE OF HIGHLY SENSITIVE PERSON (SELECTED PROBLEMS)	

Mateusz Szurek

<b>PRZESIEWOWE BADANIE MOWY JAKO DZIAŁANIE SŁUŻĄCE IDENTYFIKACJI DZIECI Z GRUPY RYZYKA ZABURZEŃ MOWY .....</b>	<b>199</b>
SCREENING EXAMINATION OF SPEECH AS A MEANS OF IDENTIFYING CHILDREN AT RISK OF SPEECH DISORDERS	

Ewelina Zając

<b>WPLYW ZABURZEŃ MOWY U DZIECI SZEŚCIO- I SIĘDMIOLETNICH NA NAUKĘ CZYTANIA I PISANIA .....</b>	<b>213</b>
THE INFLUENCE OF SPEECH DISORDERS IN SIX- AND SEVEN-YEAR-OLD CHILDREN ON LEARNING TO READ AND WRITE	





## WPROWADZENIE

---

Współczesna logopedia stoi przed różnymi wyzwaniami. Wzrasta liczba pacjentów z zaburzeniami mowy, zarówno dzieci, jak i osób dorosłych, potrzebna jest więc dyskusja o pożądanym kierunku rozwoju tej dyscypliny w XXI wieku, a także prezentacja wyników najnowszych badań dotyczących mechanizmów zaburzeń komunikacji językowej, metod diagnozy i terapii. Trudno nie uwzględnić w teorii i praktyce logopedycznej procesów demograficznych, takich jak starzenie się społeczeństwa, które skutkuje wzrostem liczby seniorów wymagających opieki logopedycznej i pacjentów w wieku produkcyjnym, chorujących na nowotwory jamy ustnej, krtani czy mózgu, powodujących zaburzenia mowy. Równie istotnym kierunkiem rozwoju współczesnej logopedii jest wczesna interwencja, obejmująca dzieci od okresu noworodkowego poczynając, wpisująca się w założenia profilaktyki logopedycznej.

Teksty zawarte w monografii pt. *Teoria i praktyka logopedyczna. Wybrane zagadnienia* stanowią rozwinięcie wystąpień wygłoszonych podczas ogólnopolskiej konferencji logopedycznej *Logopedia wobec wyzwań i zagrożeń XXI wieku*, zorganizowanej przez Zakład Dialektologii Polskiej i Logopedii Instytutu Języka Polskiego i Logopedii Uniwersytetu Łódzkiego, która odbyła się 14 października 2017 r. W publikacji znalazły się prace z zakresu diagnozy, terapii oraz profilaktyki logopedycznej, wyniki badań i rozważania teoretyczne logopedów reprezentujących różne krajowe ośrodki badawcze, a także przedstawiciele pokrewnych dyscyplin naukowych: medycyny, językoznawstwa, pedagogiki, psychologii.

W otwierającym monografię tekście **Grażyna Gunia** rozważa (na podstawie modelu analizy strategicznej SWOT/TOWS) szanse i zagrożenia dla teorii i praktyki logopedycznej w XXI wieku, określa mocne i słabe strony współczesnej logopedii, wskazując czynniki, które mogą sprzyjać jej rozwojowi lub mu zagrażać. Czyni to w odniesieniu do logopedii postrzeganej wieloaspektowo, jako dyscyplina naukowa, zawód i kierunek studiów.

**Grażyna Śmiech-Słomkowska i Małgorzata Peruga** omawiają znaczenie podstawowych pojęć dotyczących jamy ustnej jako kompletnego układu mięśni oraz elementów kostnych. W sposób szczególny zwracają uwagę na wpływ zaburzeń funkcjonowania mięśni twarzy na kształt łuków zębowych, akcentując też znaczenie proporcji twarzy jako czynnika warunkującego budowę narządów jamy ustnej. Autorki podkreślają wpływ budowy i funkcjonowania mięśni

narządu żucia oraz budowy układu kostno-zębowego na sposób realizacji fonemów.

Problematykę zaburzeń mowy u osób w wieku senioralnym podejmują **Justyna Antczak-Kujawin** oraz **Renata Gliwa**. Tematem rozważań pierwszej z nich jest defrazeologizacja w otępieniu alzheimerowskim. Grupę badaną stanowiło 15 osób ze zdiagnozowanym zespołem otępiennym (w łagodnej fazie) w wieku od 74 do 93 lat, przebywających w domach pomocy społecznej i zakładach opiekuńczo-leczniczych na terenie województwa łódzkiego. Badaczka omawia różne rodzaje modyfikacji związków frazeologicznych, wyróżnione ze względu na ich strukturę i znaczenie. Przedstawia autorski test do badania sprawności leksykalno-semantycznej u osób w wieku senioralnym z demencją. Druga autorka prezentuje wyniki badań fluencji słownej (formalnej i semantycznej) 42 pacjentów po 65. r.ż. z otępieniem naczyniowym o nieustalonej etiologii. Badani charakteryzowali się różnym stopniem otępienia: lekkim, średnim i głębokim. W tekście dokonano ilościowej i jakościowej analizy wyników badań w poszczególnych podgrupach pacjentów.

Zaburzeniom słuchu u dzieci poświęcony jest rozdział **Katarzyny Bieńkowskiej**, która prezentuje wyniki i wnioski z prowadzonych w latach 2009–2011 badań, dotyczących dojrzałości szkolnej 159 dzieci z wadą słuchu. W tekście znalazła się także analiza czynników sprzyjających osiągnięciu przez badane dzieci gotowości do podjęcia nauki szkolnej.

Rozdział napisany przez **Izabelę Ejsmunt-Wieczorek** stanowi uzupełnienie wiedzy na temat umiejętności językowych dzieci przedszkolnych w zakresie słowotwórstwa. Autorka prezentuje sposoby tworzenia przez pięcioletków kolejnych szczebli danego gniazda słowotwórczego w zakresie derywacji czasownika. Wykorzystana metoda opisu gniazdowego, choć dość szeroko rozpowszechniona w językoznawstwie, nie znalazła jak dotąd zastosowania w badaniach logopedycznych.

**Ewa Gacka** omawia kryteria diagnozowania i usprawniania jednej z czynności prymarnych mowy – oddychania w postępowaniu logopedycznym. Autorka analizuje odmienności budowy i funkcjonowania układu oddechowego dzieci i osób starszych, a następnie prezentuje metody oceny i sposoby usprawniania różnych aspektów funkcji oddechowej, zróżnicowane ze względu na wiek i stan psychofizyczny pacjentów.

**Katarzyna Jachimowska** i **Agata Korycka** zwracają uwagę na popularne obecnie zjawisko kolczykowania (*piercingu*), z którym coraz częściej stykają się w swojej praktyce zawodowej lekarze różnych specjalności, a także logopedzi. Zabieg ten nie jest zupełnie obojętny dla zdrowia, a osoby z piercingiem oralnym stanowią grupę ryzyka zaburzeń czynności pokarmowych i oddechowych, obniżenia jakości artykulacji, prowadzącej do „dyslalii kolczykowania”. W wyniku analiz zebranego materiału Autorki zaznaczają, że zaburzenie pracy kompleksu orofacjalnego może prowadzić do powstania nowych ruchów o charakterze kompensacyjnym, w tym parafunkcji.

Pytanie o potrzebę wprowadzenia superwizji dla logopedów stawia **Aleksandra Jastrzębowska-Jasińska**. Superwizja jest metodą, mającą ułatwić terapeutę radzenie sobie z wyzwaniami pojawiającymi się w jego pracy oraz pozwalającą podwyższyć jakość usług. W tekście przedstawiono wyniki własnych badań prowadzonych na 95-osobowej grupie logopedów. Na ich podstawie Autorka formułuje wniosek, że w świetle problemów i obciążeń w pracy terapeuty istnieje potrzeba zastosowania tej metody także w zawodzie logopedy.

O gestach fonicznych jako narzędziu komunikacji i regulatorze stosunków społecznych napisała **Monika Kaźmierczak**. W postępowaniu logopedycznym wykonuje je każdy z podmiotów: logopeda, rodzic/opiekun, pacjent. Przeprowadzone przez Autorkę badania dowiodły, że gestami fonicznymi różnego typu i w różnych funkcjach skutecznie posługują się również dzieci przedszkolne. Nauka celowego stosowania znaków działających słuchowo jest ważną częścią (auto)refleksji logopedy, który przygotowuje małego pacjenta do pełnego i aktywnego uczestnictwa w interakcji językowej.

W nurt rozważań z zakresu onkologopedii wpisuje się rozdział **Dominiki Kozłowskiej**. Autorka omawia zaburzenia funkcji jamy ustnej, gardła i krtani po leczeniu onkologicznym nowotworów głowy i szyi. Przedstawia schemat i najważniejsze założenia terapii logopedycznej, zwracając uwagę na potrzebę niwelowania zaburzeń, zarówno czynności prymarnych, jak i sekundarnych, podkreśla ponadto znaczenie interdyscyplinarnej współpracy specjalistów zaangażowanych w leczenie pacjenta onkologicznego. Zaznacza również, że kluczowe znaczenie dla uzyskania maksymalnej poprawy jakości życia chorych ma rozpoczęcie rehabilitacji logopedycznej i fizjoterapii jeszcze w trakcie leczenia oraz ich kontynuacja aż do osiągnięcia względnego komfortu życia pacjenta.

**Marlena Kurowska** porusza temat aktualny w polskiej logopedii, czyli występowanie u dzieci zaburzeń językowych uwarunkowanych uszkodzeniami i/lub dysfunkcjami ośrodkowego układu nerwowego (OUN) o charakterze rozwojowym lub nabytym. W opracowaniu przedstawia zagadnienia dotyczące własnego projektu badawczego. Jego główne cele to: dokonanie porównania stopnia rozwoju kompetencji językowej u dzieci, u których do zaburzenia doszło w wyniku zmian strukturalnych lub funkcjonalnych mózgu, z uwzględnieniem czasu od wystąpienia patogennego czynnika. Autorka wyróżnia charakterystyczne zachowania językowe i pozajęzykowe, w zależności od podłoża zmian i ich lokalizacji.

Zagadnieniom dotyczącym pomocy logopedycznej dzieciom z mutyzmem wybiórczym poświęcony jest rozdział autorstwa **Renaty Marciniak-Firadzy**. Autorka, po prezentacji definicji, etiologii, kryteriów diagnostycznych oraz statystyk omawianego zaburzenia, koncentruje się na procesie terapeutycznym, opisuje poszczególne jego etapy, a także przedstawia propozycje konkretnych ćwiczeń.

W swoich rozważaniach na temat zależności między funkcjonowaniem OUN a użyciem języka przez pacjentkę chorą na zanik wieloukładowy, **Justyna**

**Sochacka** ukazuje podłoże procesów mowy w patologii. Charakteryzuje występujące u kobiety z rzadkim neurologicznym zespołem chorobowym zaburzenia, które odnosi do mowy w normie. Podkreśla rangę diagnozy logopedycznej i opisuje kolejne kroki wykorzystywane w złożonym procesie diagnostycznym. Artykuł nie pomija pewnych zagadnień teoretycznych, definicyjnych, opartych na wynikach wieloletnich badań specjalistów: logopedów, foniatorów, neurologów, otolaryngologów.

O problemach związanych z zaburzeniami adaptacyjnymi w stresie oraz pacjentami o profilu osobowościowym „wrażliwca” napisała **Anna Stefan**. Czynnościowe zaburzenia głosu stanowią duży problem społeczny. Najbardziej narażone na powstanie samych chorób krtani oraz ich skutków są osoby, którym stawiane są wysokie wymagania głosowe, m.in. śpiewacy, nauczyciele, wykładowcy, dziennikarze radiowi i telewizyjni, politycy, księża, prawnicy. Celem rozdziału był opis objawów dysfunkcji narządu głosu na podstawie doświadczeń osób nadmiernie wrażliwych.

Tekst **Mateusza Szurka** jest poświęcony badaniom przesiewowym mowy dzieci w wieku przedszkolnym. Grupę badaną stanowiło 80 przedszkolaków w wieku 3–6 lat z województwa łódzkiego. Badania potwierdziły duży odsetek dzieci z trudnościami w zakresie komunikacji językowej, które powinny uczęszczać na terapię logopedyczną. Autor zwraca uwagę na fakt, że w praktyce pomocą logopedyczną objęte są przede wszystkim dzieci przedszkolne z orzeczeniami o potrzebie kształcenia specjalnego.

Na zależność między zaburzeniami mowy a trudnościami w nauce czytania i pisania u dzieci sześć- i siedmioletnich wskazuje **Ewelina Zając**. Autorka przebadła 36 uczniów klas pierwszych i 27 dzieci sześcioletnich uczęszczających do „zerówki”. Przeprowadzona diagnoza logopedyczna wykazała, że niemal 62% badanych uczniów ma różnego rodzaju zaburzenia mowy, które wpływają na trudności w nauce czytania i pisania.

W prezentowanej monografii poruszono wiele zagadnień. Treści dotyczą podmiotów oddziaływań logopedycznych, czyli dzieci, dorosłych, seniorów z różnymi dysfunkcjami mowy i głosu, jak też samych terapeutów. Dla rozwoju nauki istotna jest możliwość wymiany poglądów, prezentacji różnych stanowisk i podejść badawczych. W przypadku nauki praktycznej, jaką jest logopedia, ma to szczególnie istotne znaczenie, gdyż przekłada się na efektywną pomoc osobom z nieprawidłowościami w zakresie komunikacji językowej. Taki cel przyświecał też pomysłodawcom niniejszej publikacji. Książka jest adresowana do logopedów, lekarzy, pedagogów, psychologów i lingwistów zajmujących się problematyką zaburzeń mowy. Wśród jej odbiorców powinni się również znaleźć studenci logopedii, filologii polskiej, psychologii, pedagogiki, medycyny. Redaktorki mają nadzieję, że monografia stanie się dla Czytelników inspirującą lekturą, skłoni do przemyśleń, ale także konstruktywnej dyskusji na temat logopedii XXI wieku.

\* \* \*

Składamy serdeczne podziękowania Autorom, którzy zechcieli podzielić się z Czytelnikami swoją wiedzą i doświadczeniem oraz recenzentowi tomu, Panu prof. dr hab. Mirosławowi Michalikowi za cenne merytoryczne wskazówki, które w istotny sposób wpłynęły na wartość monografii.

*Ewa Gacka, Monika Kaźmierczak*

Zakład Dialektologii Polskiej i Logopedii  
Wydział Filologiczny Uniwersytetu Łódzkiego



Grażyna Gunia

Uniwersytet Pedagogiczny im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie\*

## SZANSE I ZAGROŻENIA DLA TEORII I PRAKTYKI LOGOPEDII XXI WIEKU

---

OPPORTUNITIES AND THREATS FOR THE THEORY  
AND PRACTICE OF SPEECH THERAPY  
IN THE 21<sup>st</sup> CENTURY

**Słowa kluczowe:** logopedia, zaburzenia mowy, komunikacja, terapia logopedyczna.  
**Keywords:** speech therapy, speech disorders, communication, speech therapy.

### Wprowadzenie

Teoretyczne, diagnostyczne i pragmatyczne problemy osób z zaburzeniami mowy i komunikacji stanowią przedmiot zainteresowań logopedii. Interdyscyplinarne i całościowe ujęcie złożonych zagadnień logopedycznych wymaga od naukowców-teoretyków, praktyków i samych zainteresowanych osób oraz ich rodzin i najbliższych korzystania z dorobku naukowego tych dyscyplin, które – jak twierdził Leon Kaczmarek [1982] – w mniejszym lub większym stopniu zajmują się mową i zaburzeniami w tym zakresie. Najczęściej podkreślamy współzależność logopedii od dorobku wiedzy nauk humanistycznych, społecznych, medycznych i o zdrowiu, ale ważny jest również związek z innymi naukami, np. ekonomicznymi, technicznymi.

Do interdyscyplinarnych rozważań o szansach i zagrożeniach dla teorii i praktyki logopedii XXI wieku zastosowano analizę strategiczną SWOT/TOWS, która od lat jest wykorzystywana w obszarze nauk społecznych do całościowego ujęcia rozwiązań ekonomicznych i planowania kluczowych obszarów działalności instytucji, organizacji oraz przedsiębiorstw [[https://pl.wikipedia.org/wiki/Analiza\\_SWOT](https://pl.wikipedia.org/wiki/Analiza_SWOT)]. Trudno porównywać strategię rozwoju

---

\* Wydział Pedagogiczny, Instytut Pedagogiki Specjalnej, Katedra Wspierania Rozwoju Osób z Niepełnosprawnością, ul. Ingardena 4, 30-060 Kraków, [gragunia4@gmail.com](mailto:gragunia4@gmail.com)



gminy, instytucji, firmy biznesowej, strategii marketingowej do sfery działalności logopedii jako dyscypliny naukowej, zawodu i kierunku studiów. Jednak sprawdzone metody zarządzania, stanowiące wynik analizy SWOT powodują, że coraz częściej korzystamy z tej strategii przy rozwiązywaniu problemów pomocy społecznej i zarządzaniu w nauce (np. analiza zasobów informacji) [por. Batorowska, 2016]. Psycholodzy rozwoju człowieka, dokonując bilansu życia, proponują całościowe podsumowanie biegu życia według kryterium zysków i strat [por. Oleś, 2015].

Opierając się na zasadach analizy SWOT, ustalono cztery kategorie czynników strategicznych, istotnych dla teorii i praktyki logopedii:

- **S** (Strengths) – mocne strony (zalety);
- **W** (Weaknesses) – słabe strony (bariery, wady);
- **O** (Opportunities) – szanse, korzystne/dobre zmiany;
- **T** (Threats) – zagrożenia [Oleś, 2015].

Celem opracowania jest próba oceny mocnych i słabych stron współczesnej i przeszłej logopedii jako elementu tradycji oraz określenie szans i czynników, które mogą sprzyjać realizacji zadań na przyszłość lub ją utrudniać.

## **Czynniki strategiczne dla zadań logopedii/logopedy XXI wieku**

Historia jest wartością, bez której nie byłoby teraźniejszości i planów na przyszłość. Ponieważ żyjemy w historii i ją tworzymy, uświadamiamy sobie, że przedmiot i podmiot zainteresowań logopedii zmieniał się wraz z przemianami społeczno-kulturowymi na świecie i w Polsce. Omawiając szanse i zagrożenia dla teorii i praktyki logopedii XXI wieku, uwzględniamy ogólnoświatowe problemy egzystencji człowieka, głównie społeczno-kulturowe i polityczno-ekonomiczne. Zgodnie z przyjętą analizą SWOT, kierunek strategii aktualnych i przyszłych zadań logopedy będzie omówiony w kontekście słabych stron i dotychczasowego dorobku teoretycznego oraz rozwiązań praktycznych logopedii, rozumianej jako dyscyplina naukowa, zawód (profesja) i kierunek studiów [por. Lechta, 2011].

Całościowa ocena dokonań i porażek w perspektywie historii wymaga uświadomienia sobie sensu i celu dalszych działań w obszarze interdyscyplinarnej wiedzy logopedycznej. Rozważania na temat mocnych i słabych stron logopedii oraz szans i zagrożeń przy ustalaniu strategii zadań logopedy ograniczono do trzech wskaźników w każdej z omawianych kategorii. To zawężenie nie wyczerpuje całości problemu, ale jest próbą poszukiwania dobrych i niekorzystnych przykładów w ramach ustaleń teoretycznych i praktycznych na temat profilaktyki, diagnozy i terapii logopedycznej.

Tabela 1. Cztery kategorie czynników strategicznych dla zadań logopedii/logopedy

Mocne strony	Słabe strony
Dorobek naukowy prekursorów i twórców współczesnej logopedii	Brak wyodrębnienia logopedii jako samodzielnej dyscypliny naukowej
Podstawy teoretyczne zaburzeń mowy/komunikacji działania zmierzające do ujednoczenia standardów	Brak ujednoczenia terminologii
Kadra specjalistów	Niska jakość usług i organizacji opieki logopedycznej oraz systemu kształcenia kadry
Szanse	Zagrożenia
Rozwój subdyscyplin	Globalne zagrożenia dla życia i zdrowia człowieka w biegu życia
Humanistyczno-społeczne podejście do pacjenta	Brak świadomości pacjentów i ich rodzin w działaniach profilaktycznych i współpracy
Wykorzystanie nowoczesnej aparatury diagnostycznej do działań profilaktyczno-terapeutycznych	Rozwój nowoczesnej technologii

Źródło: opracowanie własne.

### **Mocne i słabe strony dorobku naukowego prekursorów i twórców współczesnej logopedii**

W Polsce od połowy XX wieku teoria i praktyka logopedii były ukierunkowane za sprawą koncepcji Leona Kaczmarka, twórcy podstawowych założeń całościowego ujęcia tej multiinterdyscyplinarnej dziedziny w perspektywie:

- tworzenia podstaw teoretycznych;
- przygotowania kadry specjalistów;
- ujednoczenia metodyki logopedycznej;
- zintegrowania środowiska logopedów;
- rozwoju działalności naukowo-badawczej;
- wydawnictw specjalistycznych [por. Minczakiewicz, 1998].

Z inicjatywy Leona Kaczmarka [1991] systematycznie i wielotorowo organizowano kształcenie kadry logopedycznej. W ośrodku lubelskim na UMCS zorganizowano kursy dla nauczycieli, w tym dla nauczycieli szkolnictwa specjalnego, a także wprowadzenie logopedii do programu studiów wyższych (1967/1968, UMCS) oraz pierwsze studia podyplomowe (dwuletnie Podyplomowe Studium

Logopedii, 1970 rok, UMCS) przygotowujące logopedów do pracy z osobami z różnymi wadami, zaburzeniami mowy i komunikacji. Potrzeba kształcenia nauczycieli w zakresie problemów logopedycznych była kontynuacją postulatów prekursorów polskiej logopedii: Benedykta Dylewskiego z lat 30. XX wieku [Minczakiewicz, 1998] i ks. Stanisława Wilczewskiego [Basista, 1998]. Przeglądając i analizując współczesne plany i programy studiów należy stwierdzić, że postulat Leona Kaczmarka [1991], by logopedia była obligatoryjnym przedmiotem na studiach pedagogicznych nie jest realizowany.

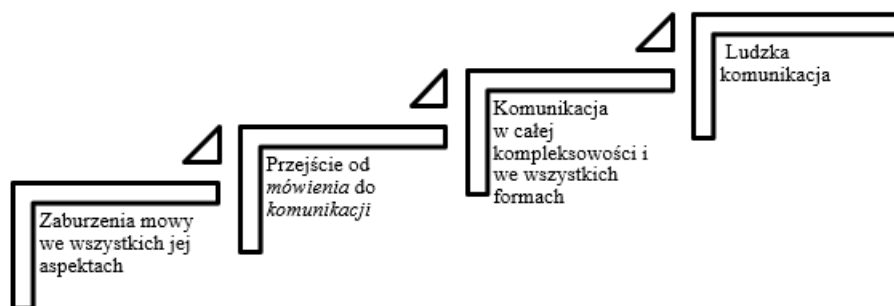
Obecne modele edukacji logopedów są bardzo zróżnicowane i, jak twierdzi Tomasz Woźniak [2017], wymagają egzekwowania standardów oraz jakości kształcenia w celu weryfikacji poziomu kwalifikacji i określania kompetencji zawodowych. Należy przypomnieć inicjatywę Zbigniewa Tarkowskiego z lat 90. XX wieku dotyczącą opracowania certyfikatu zawodowego logopedy. Obserwowane powszechnie uznawanie „kwalifikacji zawodowych”, zdobytych w ramach kilkugodzinnych kursów on-line należy zaliczyć do słabych stron praktyki logopedycznej, która wymaga monitorowania i ustaleń legislacyjnych.

Tylko wysoki standard pomocy specjalistycznej (logopedycznej) gwarantuje sukces terapii zaburzeń komunikacyjnych [por. Janiszewska-Nieścioruk, 2005]. Działania diagnostyczno-terapeutyczne logopedy muszą mieć podbudowę empiryczną, a działania praktyczne muszą korelować z podstawami naukowymi [Błeszyński, 2014]. Biorąc pod uwagę efekty kształcenia, sformułowane w Polskiej Ramie Kwalifikacji studiów wyższych, należy zadbać o wzbogacenie wiedzy, umiejętności i kompetencji społecznych kreatywnego logopedy, zdolnego do autorefleksji i świadomego dokonywania wyborów metod diagnozy i terapii osób z zaburzeniami mowy i komunikacji, a nie konsumenta trendu praktycystycznego, pojmującego logopedię jako „książkę kucharską” [Lechta, 2011, s. 16]. Refleksyjność, gotowość do ustawicznego poszerzania wiedzy i umiejętności zawodowych, kompetencje interpersonalne, logistyczne podejście do stosowania procedur logopedycznych – to niektóre z cech wymaganych w profesji logopedy [Grabias, 2012; Węsierska, 2015].

Wizja logopedii jako samodzielnej dyscypliny naukowej była i nadal jest aktualnym problemem normatywnym w zakresie obszarów wiedzy i dziedzin nauki, zgodnych z rozporządzeniami ministerialnymi, co nie oznacza, że – dążąc do samodzielności – pozostaje w związku z innymi naukami, bez dominacji jednego paradygmatu. Mimo trwających od ponad pół wieku starań o usamodzielnienie się tej dyscypliny naukowej oraz unormowanie form organizacyjnych kształcenia logopedów, w Polsce kwestie te pozostają nadal nierozstrzygnięte i stanowią słabą stronę omawianych strategii.

Na przestrzeni lat rozszerzono przedmiot badań logopedii, który w ujęciu Leona Kaczmarka [1991] dotyczył mowy i jej zaburzeń we wszystkich aspektach, a obecnie obejmuje całościowe ujęcie problemu w aspekcie embriologicznym, patologicznym, społecznym i artystycznym. W drugiej dekadzie XXI wieku

przyjmujemy, że logopedia jest nauką zajmującą się ludzką komunikacją [por. Błęszyński, 2014; Grabias, 2000; Lechta, 2011; <http://www.cplol.eu/>; Warchala, 2013; Woźniak, 2017], przy założeniu, że każda osoba posiada „zdolność komunikacji, czyli zdolność człowieka do świadomego i według odpowiednich norm ortofonicznych używania języka jako systemu znaków i symboli w całej jego kompleksowości oraz we wszystkich jego formach, w celu realizowania określonego zamierzenia komunikacyjnego” [Lechta, 2011, s. 20]. Całościowe ujęcie komunikacji człowieka oznacza „przesunięcie przedmiotu badania logopedii od *mówienia* do *komunikacji* [...] z uwzględnieniem pragmatycznej płaszczyzny językowej” [Lechta, 2011, s. 16]. Współcześnie nie utożsamiamy logopedii tylko z praktyką mówienia i sprawnością artykulacyjną, zgodnie z wąskim i niepełnym ujęciem przedmiotu badań tej interdyscyplinarnej subdyscypliny wiedzy. Logopedia jako dyscyplina, zgodnie ze standardami europejskimi, „dotyczy ludzkiej komunikacji i czynności połykania”, czyli zajmuje się przebiegiem, rozwojem, zaburzeniami, diagnozą i terapią „głosu, mowy (mówienia i języka) oraz zaburzeń połykania” we wszystkich jej formach [Woźniak, 2017, s. 72]. Zmiany dotyczące przedmiotu badań logopedii przedstawiono na ryc. 1.



Ryc. 1. Ewolucja podejścia do przedmiotu i podmiotu badań logopedii

Źródło: opracowanie własne na podstawie Błęszyński, 2014; Grabias, 2000; Lechta, 2011; Warchala, 2013; Woźniak, 2017; <http://www.cplol.eu/>.

Słabą stroną ustaleń teoretycznych logopedii jest brak ujednoczenia terminologicznego w zakresie zaburzeń komunikacji. Uporządkowanie terminów logopedycznych zapoczątkowali w lubelskiej szkole Leon Kaczmarek [1991] oraz jego kontynuatorzy – Józef Surowaniec [1993, 1994] i reprezentanci innych ośrodków akademickich [por. Ożdżyński, 1994; Zarębina, 1994]. Wieloznaczność i niejednorodność terminologii wynika z odmiennego zakresu użycia, najczęściej w naukach medycznych (głównie foniatrii, otolaryngologii), społecznych (pe-

dagogicznych, psychologicznych) i humanistycznych (językoznawstwo). Brak jednoznaczności i niejasność kryteriów oceny charakteryzuje również strukturę Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10, na co zwracał uwagę od 2013 roku Zarząd Główny Polskiego Związku Logopedów [[http://www.logopeda.org.pl/resources/pliki/215\\_20130517\\_1\\_opinia\\_pzl\\_do\\_cke.pdf](http://www.logopeda.org.pl/resources/pliki/215_20130517_1_opinia_pzl_do_cke.pdf)]. Tradycyjny termin „zaburzenia mowy” nadal jest i będzie obowiązywał w literaturze specjalistycznej, gdyż zgodnie z ICD-10, pod kodem F80 wyszczególniono specyficzne zaburzenia rozwoju mowy i języka jako jeden z objawów zaburzeń rozwoju [<http://stat.gov.pl/Klasyfikacje/doc/icd10/pdf/ICD10TomI.pdf>]. Specyficzne zaburzenia artykulacji (kod: F80.0) dotyczą zaburzeń rozwoju dzieci o prawidłowym poziomie umiejętności językowych, ale niższą od normatywnego umiejętnością posługiwania się dźwiękami mowy. W klasyfikacji ICD-10 seplenienie, czyli dyslalia o charakterze zaburzeń artykulacji głosek dentalizowanych jest zaliczone do „innych zaburzeń rozwoju mowy i języka” i oznaczone kodem: F80.8, ale w typologii kodem F80.0 są oznaczone specyficzne zaburzenia artykulacji, zaliczone do zaburzeń rozwoju dzieci o prawidłowym poziomie umiejętności językowych, z niższą od normatywnej umiejętnością posługiwania się dźwiękami mowy. Omawiane sprzeczności wymagają wyjaśnienia i usystematyzowania, tak ważnego z punktu widzenia strategii organizowania pomocy psychologiczno-pedagogicznej, np. przy opracowaniu diagnozy oraz indywidualnego planu terapii, w zależności od zróżnicowanych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych dziecka/ucznia z zaburzeniami komunikacji językowej.

Pozytywną tendencją, obecną w wieloletnich dyskusjach Polskiego Towarzystwa Logopedycznego (powstałego w 1963 roku, z siedzibą w Lublinie) była próba standaryzacji i uporządkowania praktyki logopedycznej w celu uczynienia jej mierzalną [Grabias, 2000]. Inicjatywy i działania Polskiego Towarzystwa Logopedycznego stanowią szansę budowania obrazu teorii i praktyki logopedii na miarę XXI wieku, czego przykładem są standardy postępowania logopedycznego osadzone w teorii komunikacji językowej autorstwa Stanisława Grabiasa [2012]. Zostały one opublikowane w 2008 roku, w 37 tomie czasopisma „Logopedia”, które ukazuje się od 1960 roku. Zgodnie z typologią zaburzeń komunikacji Stanisława Grabiasa [2000, 2012], opracowano standardy postępowania logopedycznego zaburzeń mowy związanych z:

- niewykształconą kompetencją językową;
- brakiem lub niedowładem sprawności realizacyjnych;
- rozpadem systemu komunikacyjnego.

Od czasu publikacji minęło 10 lat, ale należy zaznaczyć, że z inicjatywy ośrodka lubelskiego opracowano kolejną, rozwiniętą wersję standardów, zgodnych z aktualnym stanem wiedzy [por. Grabias i in., 2015].

Słabą stroną w omawianym zakresie jest brak wystandaryzowanych narzędzi diagnostycznych, co wymaga nie tylko ujednoczenia oceny przez zespół

specjalistów, ale partnerskiej pracy (wielo)specjalistycznego, kooperacyjnego zespołu wraz z aktywną współpracą rodziców. Działania diagnostyczno-terapeutyczne wielu specjalistów wymagają również akceptacji i świadomego uczestnictwa osoby, która jest podmiotem oddziaływań. Godna podkreślenia jest udana próba usystematyzowania teorii i rozwiązań praktycznych w diagnozie, terapii i profilaktyce logopedycznej. Podjęli ją, pod patronatem Polskiego Towarzystwa Logopedycznego, twórcy i redaktorzy naukowi serii wydawniczej „Logopedia XXI wieku” [por. Milewski, Kaczorowska-Bray, 2013, 2015]. Każdy tom, stanowiący wynik kooperacji wielu specjalistów pod merytoryczną i naukową redakcją, ma przedstawiać systemową analizę interdyscyplinarnych problemów logopedii XXI wieku (w tym – marginalizowanych ustaleń metodologicznych) [por. Milewski, Kaczorowska-Bray, 2015].

### **Szanse i zagrożenia w pracy współczesnego logopedy – wybrane zagadnienia i przykłady z literatury przedmiotu**

Szerokie spektrum wspólnych i odrębnych przemyśleń w ramach różnych obszarów naukowych w zakresie działań diagnostyczno-terapeutycznych wobec osób z nieprawidłowościami rozwoju mowy oraz działań profilaktycznych powoduje, że zastanawiamy się nad globalnymi problemami zdrowia społecznego. Działania strategiczne ujęte w białej księdze europejskiego programu „Razem na rzecz zdrowia” na lata 2008–2013 wskazywały trzy grupy zagrożeń życia i zdrowia człowieka pierwszej dekady XXI wieku, do których zaliczono:

- 1) zmiany demograficzne związane ze starzeniem się społeczeństwa oraz podejście do osób z niepełnosprawnością lub chorobą przewlekłą;
- 2) wypadki, zmiany klimatyczne, migracje ludności, katastrofy biologiczne, terroryzm;
- 3) intensywny rozwój nowych technologii [[http://ec.europa.eu/health/ph\\_overview/Documents/strategy\\_wp\\_pl.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/strategy_wp_pl.pdf)].

Obserwowane zagrożenia potwierdzają dane statystyczne z Europejskiego Raportu Zdrowia z 2012 roku [<http://www.who.un.org.pl/aktualnosci.php?news=84%26wid=14>]. Z ich analizy wynika, że średnia długość życia systematycznie wzrasta, ale liczba lat w zdrowiu maleje (z 66,9 do 62,9, tamże). Analiza danych zawartych w raportach GUS dowodzi, że w Polsce w 2014 roku ponad 3% populacji dzieci i młodzieży w wieku 0–14 lat miało prawne orzeczenie o niepełnosprawności, a u co czwartego dziecka zdiagnozowano przewlekłą chorobę lub długotrwałe dolegliwości zdrowotne [<http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-zachowania-zdrowotne-mieszkancow-polski-w-swietle-badania-ehis-2014,10,1.html>].

Osoba z zaburzeniami komunikacji w biegu życia jest zagrożona niepełnosprawnością w sferze aktywności i uczestnictwa w różnych przestrzeniach:



społecznych, językowych, kulturowych, sytuacyjnych, edukacyjnych. Osoby te są w konsekwencji zagrożone izolacją i wykluczeniem. Zaburzenia komunikacji, szczególnie dzieci i młodzieży, są integralną częścią globalnych problemów zdrowotnych, co zdaniem Tomasza Woźniaka [2017, s. 67] ogranicza „prawo człowieka do komunikacji”, a w konsekwencji obniża poziom jakości życia i grozi wykluczeniem społecznym. W świetle światowych danych statystycznych, 8–9% dzieci i młodzieży ma zaburzenia mowy. W Stanach Zjednoczonych wskaźnik trudności w komunikacji dotyczy 20% dzieci [za: Banach i in., 2015]. W krajach europejskich, w tym w Polsce, wskaźnik ten jest podobny. Wśród polskich dzieci objętych edukacją przedszkolną obserwuje się nieprawidłową realizację głosek u co 2–3 dziecka. Wady artykulacyjne współwystępują z zaburzeniami czynności prymarnych zespołu połykowo-oddechowego, który jest w 80% dysfunkcją nabytą [por. Pluta-Wojciechowska, 2013].

O paralelności rozwoju funkcji pokarmowych i przygotowujących do mówienia pisała Elżbieta Stecko [1996], dlatego ustawicznie należy przypominać zasadę, że oddychanie fizjologiczne, czynności pokarmowe, połykanie i picie są czynnościami prymarnymi w stosunku do czynności wtórnych – artykulacyjnych, podczas mówienia [Pluta-Wojciechowska, 2013]. Jest to zasada, która wpisuje się w trwającą od lat 90. XX wieku dyskusję na temat opieki logopedycznej od poczęcia i pozostaje ustawicznym wyzwaniem dla logopedów i nauczycieli przedszkola, a kształtowanie w świadomości społecznej konieczności działań zapobiegających zaburzeniom mowy stanowi szansę dla działań prewencyjnych [por. Stecko, 1996; Skorek, 2014b; Gacka, 2014]. Ustawicznym wyzwaniem dla logopedii pozostaje również kształtowanie wśród rodziców i nauczycieli wiedzy i umiejętności pozwalających ocenić normatywne etapy rozwoju mowy dziecka.

Utrzymująca się, a nawet rosnąca liczba osób starszych, chorych i niepełnosprawnych, a także osób z zaburzeniami komunikacji na całym świecie to wynik ratowania życia człowieka w biegu jego życia. Praca diagnostyczno-terapeutyczna z osobami w okresie dorosłości, z niepełnosprawnością, z chorobą przewlekłą to wyzwanie dla subdyscyplin logopedii, które tworzyły swoje podstawy teoretyczne i rozwiązania praktyczne w ostatnich dekadach. Są to: gerontologopedia [por. Milewski, Kaczorowska-Bray, 2015; Pluta-Wojciechowska, 2014; [https://ug.edu.pl/oferta\\_ksztalcenia/studia\\_podyplomowe/34689/podyplomowe\\_studia\\_gerontologopedyczne](https://ug.edu.pl/oferta_ksztalcenia/studia_podyplomowe/34689/podyplomowe_studia_gerontologopedyczne)) i onkologopedia, która została po raz pierwszy opisana w 2012 roku przez Agnieszkę Hamerlińską-Latecką [2015]. Wyzwaniem dla wymienionych nowych specjalności logopedii – zarówno w wymiarze teoretycznym, jak i praktycznym – jest poszerzenie wiedzy i badań w zakresie profilaktyki, diagnozy i terapii zaburzeń komunikacji językowej osób w okresie późnej dorosłości, o różnej etiologii oraz na temat zaburzeń komunikacji o podłożu onkologicznym.

W ostatnich latach studia nad niepełnosprawnością uległy radykalnej zmianie. We współczesnych naukach społecznych, medycznych, humanistycznych

zwraca się uwagę na podmiotowość, autonomię i sprawstwo osób z niepełnosprawnością oraz samoświadomość swojej skuteczności. Jest to zgodne z realizacją założeń Konwencji Praw Osób Niepełnosprawnych, uchwalonej przez ONZ, a ratyfikowanej przez Polskę w 2012 roku. Szansę wsparcia dla osób niepełnosprawnych stanowi systematyczne (od sześciu lat) dostosowywanie polskiego prawa do zapisów Konwencji i wdrażanie jej założeń do praktyki edukacyjno-terapeutycznej. Jednak akty normatywne, organizacyjne nie wystarczają w tworzeniu środowisk wychowawczych otwartych dla wszystkich, włączających i wyrównujących szanse i prawa wszystkich ludzi. Wyzwaniem nadal pozostaje brak akceptacji inności w kulturze codziennego współżycia. W odniesieniu do przestrzeni szkolnej Zenon Gajdzica [2013, s. 54] używa sformułowania „kultura edukacji integracyjnej”. Pozostaje ona w sferze osobistych odczuć pedagogów, uczniów oraz ich rodziców.

Kolejną szansą, a równocześnie zagrożeniem dla człowieka w różnych przestrzeniach komunikacyjnych i przewartościowaniach językowo-kulturowych jest wielość języków, a także nowa kultura tekstu pisanego i trudności Polaków w tworzeniu takich tekstów [Warchała, Skudrzyk, 2010]. Wyzwaniem dla logopedii i nauk o wychowaniu jest kształcenie w zakresie kultury słowa mówionego i pisanego [Batorowska 2016]. Z kolei wielojęzyczność została wpisana w interakcje współczesnego pokolenia, migrującego i przemieszczającego się przestrzeni globalnej wioski. Problem dwujęzyczności jest transdyscyplinarnym dylematem w ujęciu:

- 1) klasycznym, np. emigrantów [por. Cieszyńska 2007; Baker 2000];
- 2) w aspekcie normy lub mody, charakterystycznej szczególnie dla młodego pokolenia XXI wieku;
- 3) w wymiarze akceptacji heterogeniczności językowej, wraz z uznaniem komunikacji alternatywnej [por. Gunia 2015];
- 4) z perspektywy uczenia dziecka w wieku przedszkolnym drugiego języka, co stało się rzeczywistością polskiej edukacji.

Decyzja o wychowaniu dziecka w dwujęzyczności musi być rozważnym uzgodnieniem rodzinnym, bo postanowienia dotyczące preferowanego języka komunikacji w domu, w grupie rówieśniczej, szkolnej odnoszą się nie tylko do terażniejszości, lecz także do jego szans życiowych w przyszłości [Skorek, 2014a; Baker, 2000].

Omawiając bilingwizm w kontekście mniejszości w większości [Baker, 2000], należy przywołać prawo osób głuchych do języka migowego i przyjąć tezę, że język słów nie jest jedynym środkiem porozumiewania się człowieka, a komunikacja alternatywna i regulacje ustawowe w tym zakresie dają prawo do autonomicznego wyboru formy komunikowania się [Gunia, 2015]. Ustalenie przez organizację Europejskiego Komitetu Terapeutów (Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes-Logopèdes de l'UE – CPLOL) [<http://www.cplol.eu/>] dla roku 2018 przewodniego tematu „Komunikacja alternatywna i wspoma-



gająca” podnosi rangę tego problemu w terapii logopedycznej i edukacji osób ze specjalnymi potrzebami komunikacyjnymi. Dla dziecka z głuchotą prelingwalną kształtowanie dwóch języków jest szansą podniesienia jakości życia [por. Skorek, 2014b; Gunia, 2015]. Jednak dwujęzyczność osób głuchych wychowywanych przez słyszących rodziców wymaga od nich odpowiedzialności, zaradności, wysiłku ponoszenia konsekwencji wyborów i systematyczności pracy z zespołem specjalistów. Wyzwaniem dla logopedów jest wspieranie rodziny bilingwalnej oraz nadanie wysokiego statusu zróżnicowanym systemom językowym. Szansą dla logopedii staje się rozwój kolejnej nowej subdyscypliny, surdoglottodydaktyki, której przedmiotem badań „są zjawiska uczenia się i nauczania języka obcego osób z uszkodzeniami słuchu, a więc osób niesłyszących i słabosłyszących, a także zjawiska używania języków obcych przez te osoby (komunikowanie się w języku obcym)” [Domagała-Zyśk, 2014, s. 55].

Wraz z rozwojem zaawansowanych technologii diagnostycznych i neuro nauki powstaje paradoks widoczny w procedurach stosowanych w diagnozie, profilaktyce oraz terapii [por. Zielińska, 2015]. Przykładem są np. osiągnięcia technologii elektronicznej i otolaryngologii, które stosujemy w surdologopedii. Od lat 90. XX wieku zastosowanie układów scalonych w systemach implantów cyfrowych umożliwia słyszenie i poprawia jakość i rozumienie mowy osób słabosłyszących i głuchych w procesie wychowania słuchowego. Należy podkreślić, że Polska ma ogólnoswiatowe osiągnięcia w zakresie normalizacji standardów w leczeniu głuchoty z wykorzystaniem implantów ślimakowych, których zastosowanie zapoczątkował Henryk Skarżyński w 1992 roku [Piotrowska i in., 2014] oraz w zakresie orientacyjnych badań słuchu u noworodków. Rozwój technologii teleinformatycznych przyczynił się do rozwoju teleaudiologii i rozwiązań telemedycznych w zakresie opieki zdrowotnej nad osobami z zaburzeniami słuchu i mowy [Pankowska i in., 2015]. Te osiągnięcia – dzięki nowoczesnym technologiom – są jednocześnie źródłem hałasu komunikacyjnego, urbanistycznego i na własne życzenie, w czasie głośnego słuchania muzyki [Skarżyński, 2012]. Ich konsekwencją stanowią pohałasowe uszkodzenia słuchu, którym towarzyszą bóle i zawroty głowy, podwyższone ciśnienie, trudności w skupieniu uwagi. Życie w hałasie i szkodliwy nadmiar decybeli jest zagrożeniem dla życia i zdrowia człowieka, tym samym jest wyzwaniem dla logopedy.

## Zakończenie

Celem opracowania było określenie zagrożeń i wskazanie nowych rozwiązań na przyszłość, z uwzględnieniem mocnych i słabych stron dotychczasowego dorobku naukowego i praktycznych implikacji logopedii. Ocena i uświadomienie sobie mocnych i słabych stron logopedii w perspektywie przeszłości i teraźniejszości pozwala rozpoznać szanse i zagrożenia dotyczące przyszłości oraz określić

wyzwania dla logopedy na trzech nawzajem się uzupełniających poziomach: diagnozy, terapii i prewencji.

Podjęta refleksja – ze względu na wielowymiarowość i interdyscyplinarność problemów – nie wyczerpuje problemu funkcji, które powinny być wpisane w obowiązki zawodowe, ustawowe, statutowe i deklaracje programowe logopedy, ale podane przykłady uświadamiają potrzebę ustawicznego poszukiwania sensu pracy diagnostyczno-terapeutycznej z osobami z zaburzeniami mowy i komunikacji.

Szansą dla logopedii XXI wieku jest ustawiczny dyskurs naukowy wymagający:

- 1) pluralizmu i realnego sporu opartego na dowodach empirycznych wraz z merytorycznymi argumentami praktyków;
- 2) oceny aktualnych rozwiązań prawno-organizacyjnych oświaty oraz aktów normatywnymi o charakterze powszechnie obowiązującym w kategorii wartości etycznej;
- 3) oparcia na rodzimym i światowym dorobku;
- 4) wizji przyszłości.

---

## Bibliografia

- Baker Colin, 2000, *A Parents' and Teachers' Guide to Bilingualism*, Multilingual Matters, Clevedon, Boston, Toronto, Sydney, <https://linguistlist.org/pubs/reviews/get-review.cfm?SubID=3883> [dostęp: 5.05.2015].
- Banach Emilia, Cybulski Mateusz, Krajewska-Kula Elżbieta, 2015, *Profilaktyka wad wymowy u dzieci do siódmego roku życia*, „Hygeia Public Health”, 50 (4), s. 566–571.
- Basista Władysław, 1998, *Logopedia w życiu księdza dra Stanisława Wilczewskiego*, w: Irena Nowakowska-Kempna (red.), *Effata – otwarcie. Logopedia jako nauka interdyscyplinarna – teoretyczna i stosowana*, Katowice, s. 11–14.
- Batorowska Hanna, 2016, *Wybrane problemy kultury bezpieczeństwa, kultury informacyjnej i bezpieczeństwa informacyjnego w refleksji nad funkcjonowaniem człowieka w świecie informacji*, w: Hanna Batorowska, Zbigniew Kwiasowski (red.), *Kultura informacyjna w ujęciu interdyscyplinarnym. Teoria i praktyka*, Kraków, s. 22–44.
- Bercow John, 2008, *The Bercow Report: a review of services for children and young people (0–19) with speech, language and communication needs*, Department for Children, Schools and Families, <http://reb.cloudz.pw/download?file=john+bercow+report+2008+ford> [dostęp: 30.09.2017].
- Bleszyński Jacek Jarosław, 2014, *Oddziaływania terapeutyczne w logopedii*, w: Ditta Baczała, Jacek Jarosław Bleszyński (red.), *Terapia logopedyczna*, Toruń, s. 55–66.
- Cieszyńska Jagoda, 2007, *Dwujęzyczność, dwukulturowość – przekleństwo czy bogactwo*, Kraków.
- Domagała-Zyśk Ewa, 2014, *Surdogłottodydaktyka. Lekcje i zajęcia językowe dla uczniów niesłyszących i słabo słyszących*, Lublin.
- Gacka Ewa, 2014, *Zaburzenia rozwoju mowy u dzieci z porodów przedwczesnych. Diagnostyka i efekty oddziaływań terapeutycznych*, Gdańsk.

- Gajdzica Zenon, 2013, *Kategorie sukcesów w opiniach nauczycieli klas integracyjnych jako przyczynek do poszukiwania koncepcji edukacji integracyjnej*, Kraków.
- Grabias Stanisław, 2000, *Mowa i jej zaburzenia*, „Logopedia”, 28, s. 7–36.
- Grabias Stanisław, 2012, *Teoria zaburzeń mowy. Perspektywy badań, typologie zaburzeń, procedury postępowania logopedycznego*, w: Stanisław Grabias, Marek Kurkowski (red.), *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy. Podręcznik akademicki*, Lublin, s. 15–72.
- Grabias Stanisław, Panasiuk Jolanta, Woźniak Tomasz (red.), 2015, *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego*, Lublin.
- Gunia Grażyna, 2015, *Jakość komunikacji osób z zaburzeniami w kontekście bilingwizmu. Niepełnosprawność*, „Dyskursy Pedagogiki Specjalnej”, 17, s. 52–63.
- Hamerlińska-Latecka Agnieszka, 2015, *Onkologopedia. Logopedia wobec chorób nowotworowych*, Bydgoszcz.
- Janiszewska-Nieścioruk Zdzisława, 2005, *Jakość opieki logopedycznej wyznacznikiem normalizacji sytuacji edukacyjnej dzieci z niepełnosprawnością*, w: Czesław Kosakowski, Amadeusz Krause (red.), *Dyskursy pedagogiki specjalnej 4. Normalizacja środowisk życia osób niepełnosprawnych*, Olsztyn, s. 199–204.
- Kaczmarek Leon, 1982, *Nasze dziecko uczy się mowy*, Lublin.
- Kaczmarek Leon, 1991, *O polskiej logopedii*, w: tenże (red.), *Komunikacja językowa i jej zaburzenia*, t. 1: *Przedmiot logopedii*, Lublin.
- Lechta Viktor, 2011, *Podstawy teoretyczne logopedii*, w: Grażyna Gunia, Viktor Lechta (red.), *Wprowadzenie do logopedii*, Kraków, s. 15–18
- Milewski Stanisław, Kaczorowska-Bray Katarzyna (red.), 2013, *Wybrane aspekty historii, teorii i praktyki*, „Logopedia XXI wieku”, Gdańsk.
- Milewski Stanisław, Kaczorowska-Bray Katarzyna, 2015, *Późna dorosłość jako przedmiot zainteresowania współczesnej logopedii – perspektywy badawcze*, w: ciż (red.), *Metodologia badań logopedycznych z perspektywy teorii i praktyki*, „Logopedia XXI wieku”, Gdańsk, s. 153–170.
- Milewski Stanisław, Kaczorowska-Bray Katarzyna (red.), 2015, *Metodologia badań logopedycznych z perspektywy teorii i praktyki*, „Logopedia XXI wieku”, Gdańsk.
- Minczakiewicz Elżbieta Maria, 1998, *Początki i rozwój polskiej logopedii*, Kraków.
- Oleś Piotr, 2015, *Psychologia człowieka dorosłego. Ciągłość – zmiana – integracja*, Warszawa.
- Ożdżyński Jan., 1994, *Słowo wstępne*, w: tenże (red.), *Polska terminologia logopedyczna*, Kraków, s. 7–9.
- Pankowska Agnieszka, Rostkowska Joanna, Skarżyński Henryk, 2015, *Telerehabilitacja dorosłych pacjentów korzystających z aparatów słuchowych i/lub implantów ślimakowych*, „Nowa Audiofonologia”, 4 (2), s. 81–85.
- Piotrowska Anna, Lorens Artur, Obrycka Anita, Skarżyński Henryk, 2014, *Implanty ślimakowe – wczoraj i dziś*, „Nowa Audiofonologia”, 3 (5), s. 23–27.
- Pluta-Wojciechowska Danuta, 2013, *Zaburzenia czynności prymarnych i artykulacji. Podstawy postępowania logopedycznego*, Bytom.
- Pluta-Wojciechowska Danuta, 2014, *Gerontologopedia*, „Forum Logopedyczne”, 22, s. 9–13.
- Skarżyński Henryk, 2012, *Nowe wyzwanie dla medycyny szkolnej – badania przesiewowe słuchu*, „Nowa Audiofonologia”, 1 (2), s. 9.
- Skorek Ewa Małgorzata, 2014a, *Dwujęzyczność w literaturze i badaniach naukowych*, w: Ewa Małgorzata Skorek, Katarzyna Barbara Kochan (red.), *Komunikacja, zaburzenia, terapia*, Zielona Góra, s. 25–70.

- Skorek Ewa Małgorzata, 2014b, *Jakość życia dzieci z zaburzoną zdolnością komunikacyjną w XXI wieku*, w: Ewa Małgorzata Skorek, Katarzyna Barbara Kochan (red.), *Komunikacja, zaburzenia, terapia*, Zielona Góra, s. 71–83.
- Stecko Elżbieta, 1996, *Rola logopedy w kształtowaniu świadomości społecznej konieczności profilaktyki logopedycznej*, w: taż (red.), *Profilaktyka logopedyczna szansą dla dziecka i logopedy*, Warszawa, s. 52–55.
- Surowaniec Józef, 1993, *Podręczny słownik logopedyczny*, Kraków.
- Surowaniec Józef, 1994, *Z prac nad tezauryzacją terminologii logopedycznej*, w: Jan Ożdżyński (red.), *Polska terminologia logopedyczna*, Kraków, s. 85–99.
- Warchala Jacek, 2013, *Logopedia i jej okolice*, w: Katarzyna Węsierska, Natalia Moćko (red.), *Profilaktyka logopedyczna w praktyce edukacyjnej*, t. 2, Katowice, s. 7–13.
- Warchala Jacek, Skudrzyk Aldona, 2010, *Kultura piśmienności młodego pokolenia*, Katowice.
- Węsierska Katarzyna, 2015, *Logopeda jako specjalista w dziedzinie zaburzeń płynności mowy*, w: taż (red.), *Zaburzenia płynności mowy, teoria i praktyka*, t. 1, Katowice, s. 101–113.
- Woźniak Tomasz, 2017, *Logopedia na świecie u progu XXI wieku*, w: Danuta Pluta-Wojciechowska, B. Sambor (red.), *Współczesne tendencje w diagnostyce i terapii logopedycznej*, Gdańsk, s. 65–79.
- Zarębina Maria, 1994, *Głos w dyskusji*, w: Jan Ożdżyński (red.), *Polska terminologia logopedyczna*, Kraków, s. 150–151.
- Zielińska Jolanta, 2015, *Metody obrazowania pracy mózgu w perspektywie pedagogiki specjalnej: wybrane zagadnienia*, Kraków.

### Cytowane źródła internetowe

- [http://ec.europa.eu/health/ph\\_overview/Documents/strategy\\_wp\\_pl.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/strategy_wp_pl.pdf) [dostęp: 30.09.2017].
- <http://stat.gov.pl/Klasyfikacje/doc/icd10/pdf/ICD10TomI.pdf> [dostęp: 30.09.2017].
- <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-zachowania-zdrowotne-mieszkanow-polski-w-swietle-badania-ehis-2014,10,1.html> [dostęp: 30.09.2017].
- <http://www.cplol.eu/> [dostęp: 30.09.2017].
- [http://www.csioz.gov.pl/src/files/klasyfikacje/ICF\\_Polish\\_version.pdf](http://www.csioz.gov.pl/src/files/klasyfikacje/ICF_Polish_version.pdf) [dostęp: 30.09.2017].
- [http://www.logopeda.org.pl/resources/pliki/215\\_20130517\\_1\\_opinia\\_pzl\\_do\\_cke.pdf](http://www.logopeda.org.pl/resources/pliki/215_20130517_1_opinia_pzl_do_cke.pdf) [dostęp: 30.09.2017].
- <http://www.who.un.org.pl/aktualnosci.php?news=84%26wid=14> [dostęp: 30.09.2017].
- [https://pl.wikipedia.org/wiki/Analiza\\_SWOT](https://pl.wikipedia.org/wiki/Analiza_SWOT) [dostęp: 30.09.2017].
- [https://ug.edu.pl/oferta\\_ksztalcenia/studia\\_podyplomowe/34689/podyplomowe\\_studia\\_gerontologopedyczne](https://ug.edu.pl/oferta_ksztalcenia/studia_podyplomowe/34689/podyplomowe_studia_gerontologopedyczne) [dostęp: 30.09.2017].

---

## Summary

Intense socio-cultural, economic and technological changes cause changes in the theoretical and practical fields of many scientific disciplines. The aim of the study is to reflect on the opportunities and threats for diagnosis and speech therapy for people with

speech and communication disorders. The subject of discussion is the discourse related to the strengths and weaknesses of the hitherto achievements of speech therapy, as a scientific discipline, profession and field of study in view of the challenges of the 21<sup>st</sup> century. Attention was also paid to the risks to speech therapy prevention associated with globalization and technological innovation.

Grażyna Śmiech-Słomkowska, Małgorzata Peruga

Centralny Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego, Łódź\*

## **ZNACZENIE MIĘŚNI W BUDOWIE I CZYNNOŚCIACH NARZĄDÓW JAMY USTNEJ**

---

### **IMPORTANCE OF MUSCLES FOR STRUCTURE AND FUNCTION OF ORAL CAVITY ORGANS**

**Słowa kluczowe:** budowa, funkcje, mięśnie twarzy, narządy jamy ustnej.

**Keywords:** structure, function, face muscles, oral cavity organs.

Narząd to jednostka stanowiąca całość anatomiczną i czynnościową. Zbudowany jest z elementów podstawowych, wytworzonych w okresie przed urodzeniem, które wykonują właściwą mu czynność i tkanki pomocnicze zespalające go. Do każdego narządu wnikają naczynia i nerwy. Przed oceną wpływu mięśni na narządy jamy ustnej należy zauważyć, że w mianownictwie anatomicznym jama ustna jest definiowana jako „część układu narządów, które pobierają pokarm” [WSM, 1996 s. 809, 810]. Tak więc narządy jamy ustnej należy uważać za całość czynnościową, sterowaną przez ośrodkowy układ nerwowy, biorącą udział w żuciu, we wstępnej fazie trawienia, w polykaniu, oddychaniu oraz w mowie.

Prawidłowy rozwój mięśni twarzy jest powiązany z dojrzewaniem i czynnościami układu nerwowego. Podstawową funkcją ośrodkowego układu nerwowego jest odbieranie informacji nerwowej z receptorów, przetwarzanie i zapamiętywanie jej oraz wysyłanie do narządów wykonawczych, jakimi są np. mięśnie i inne tkanki. W zależności od pochodzenia i miejsca działania bodźca jest on odbierany przez różne receptory. Receptorami nazwano wyspecjalizowane struktury, będące odrębnymi komórkami w układzie nerwowym. Czynność receptorów polega na dostarczaniu do ośrodkowego układu nerwowego informacji o środowisku zewnętrznym i wewnętrznym organizmu. Informacje te są przekazywane za pomocą impulsów przez włókna nerwowe od receptorów do ośrodkowego układu nerwowego (przewodzenie dośrodkowe aferentne) oraz do mięśni (pre-

---

\* Poradnia Ortodontji, ul. Pomorska 251, 92-213 Łódź, [gslomkow@csk.umed.lodz.pl](mailto:gslomkow@csk.umed.lodz.pl), [gosiaperuga@gmail.com](mailto:gosiaperuga@gmail.com)



wodzenie odśrodkowe eferentne). W zależności od pochodzenia i miejsca działania bodźca przekazywane są informacje o zmianach zachodzących w najbliższym otoczeniu, określają świadomość przestrzennego miejsca poszczególnych części ciała, wskazują zmiany w narządach wewnętrznych i w układzie krążenia, umożliwiają odbieranie bodźców działających z odległości.

Na podstawie różnic w budowie i czynnościach mięśni wyodrębniono dwa zasadnicze ich rodzaje: mięśnie gładkie i poprzecznie prążkowane. Wśród mięśni poprzecznie prążkowanych wyróżniono mięśnie szkieletowe i mięsień sercowy, który ma budowę zbliżoną do mięśni poprzecznie prążkowanych, ale działa niezależnie od woli człowieka. Mięśnie gładkie kurczą się powoli i działają niezależnie od woli osobnika, w przeciwieństwie do szkieletowych, które kurczą się szybko i pozostają pod wpływem świadomych impulsów wysyłanych z ośrodkowego układu nerwowego przez odpowiednie nerwy. Mięśniami szkieletowymi są mięśnie twarzy i narządu żucia [Traczyk, Trzebski, 1980, s. 51–74, 131–141].

Zakres i wielkość siły mięśni twarzy i narządów jamy ustnej są kontrolowane przez nerwy czaszkowe, tj. nerw trójdzielnny, nerw twarzowy, nerw językowo-gardłowy i nerw błędny. W nerwach tych znajdują się włókna czuciowe, przewodzące impulsy do ośrodkowego układu nerwowego i włókna ruchowe, przewodzące pobudzenie do mięśni. Skórę i błony śluzowe twarzy unerwia część czuciowa nerwu twarzowego, a włókna ruchowe tego nerwu powodują ruchy żuchwy podczas mowy, żucia i połykania, ponieważ przewodzą impulsy do mięśni żwaczowych i mięśni dna jamy ustnej. Mięśnie wyrazowe twarzy (mimiczne) unerwia nerw twarzowy. Podniebienie miękkie jest unerwione przez gałązki nerwów błędnego, językowo-gardłowego i twarzowego. Nerw językowo-gardłowy zaopatruje także mięśnie gardła, a część jego włókien czuciowych i smakowych unerwia nasadę języka i odprowadza impulsy do mięśni podniebienia miękkiego, trąbki słuchowej i jamy bębnekowej [Łasiński, 1959]. Zatem stan układu nerwowego jest głównym czynnikiem regulującym właściwą strukturę i czynność mięśni.

Jama ustna jest początkowym odcinkiem przewodu pokarmowego. Wprowadzony do jamy ustnej pokarm jest przeżuwany, mieszany z enzymami zawartymi w ślinie, formowany w kęsy i przesuwany ku tyłowi. W błonie śluzowej jamy ustnej pokrywającej wargi, policzki, dno jamy ustnej i podniebienie miękkie znajdują się receptory czuciowe tworzące narząd czuciowy jamy ustnej, który umożliwia odczuwanie dotyku, ucisku, bólu i lokalizacji. Odczucie bólu ma także działanie obronne [Łasiński, 1959].

Mięśnie jamy ustnej wykazują te same cechy fizyczne i biologiczne, co inne mięśnie szkieletowe, tj. sprężystość, napięcie i kurczliwość. Napięcie mięśni narządów jamy ustnej przyczynia się do utrzymania równowagi między poszczególnymi częściami narządu żucia oraz do ustawienia narządów jamy ustnej, a zwłaszcza narządu żucia jako całości w stosunku do twarzowej części czaszki. Mięśnie twarzy działają w sposób skojarzony, w różnych powiązaniach. Skurcze mięśni narządów jamy ustnej przez zmianę ich długości powodują przemieszczenie żu-

chwy w relacji do szczęki i twarzy. Im większa liczba mięśni kurczy się jednocześnie, tym bogatsza mimika twarzy i pełniejszy ich współdziałanie w czynnościach narządów jamy ustnej [Czarnecka, 1981].

Mięśnie warg i policzków stanowią zewnętrzny pierścień mięśniowy, otaczający i zamykający jamę ustną od zewnątrz. Od strony jamy ustnej właściwej odpowiednikiem i dynamiczną przeciw wagą tego pierścienia jest język. Mięśnie działające antagonistycznie zachowują ciągłą zmienną równowagę czynnościową. W strefie zrównoważenia działania mięśni jamy ustnej i języka wyrasta uzębienie tworzące łuki zębowe [Orlik-Grzybowska, 1976].

Budowa łuków zębowych jest powiązana z czynnością otaczających je mięśni warg i policzków od strony zewnętrznej, a od jamy ustnej właściwej z czynnością mięśni języka. Położone od zewnątrz mięśnie warg zwierają szparę ustną, przyciskają wargi do zębów lub wysuwają wargi do przodu, np. przy gwizdaniu. Mięsień policzkowy znajdujący się w ścianie policzka dociska go do zębów i pociąga kąt ust w bok, poszerzając szparę ustną. Antagonistą tej grupy mięśniowej jest język, który przy zwartych łukach zębowych niemal całkowicie wypełnia jamę ustną właściwą. Koniec języka może dotykać każdego punktu jamy ustnej, aż do tylnej części podniebienia miękkiego, i ze względu na znaczną ruchomość wpływa na położenie zębów i poprawne kształtowanie się podniebienia. W języku jest umiejscowiony narząd smaku, którego zadaniem jest kontrola przyjmowanego pokarmu [Łasiński, 1959]. W jamie ustnej powstają także zgłoski mowy dzięki przechodzeniu powietrza wydychanego, przemieszczającego się z krtani oraz odpowiedniej konfiguracji jamy ustnej.

Czynność mięśni narządu żucia oraz mięśni mimicznych ma zasadniczy wpływ na budowę twarzowej części czaszki. Według teorii matrycy czynnościowej Mossa, wzrost twarzy odbywa się jako odpowiedź na bodźce czynnościowe. Według tej teorii, głównym wyznacznikiem wzrostu twarzy jest powiększanie jamy ustnej i nosowej, które rosną proporcjonalnie do potrzeb czynnościowych [Proffit, Fields, 2001].

Zasadniczym procesem towarzyszącym rozwojowi i koordynacji pracy mięśni jest dojrzewanie czynności układu nerwowego. Dziecko rodzi się z ukształtowanym, ale jeszcze niedojrzałym układem nerwowym. Rozwój przekaźników nerwowych szybciej następuje w mięśniach twarzy niż w pozostałych ze względu na wczesny ich udział w podstawowych czynnościach życiowych, jakimi są: oddychanie, pobieranie pokarmów i połykanie.

Należy podkreślić, że modelujący wpływ mięśni twarzowo-ustnych na twarzową część czaszki wiąże się między innymi z embriogenezą. Jeżeli rozwój głowy przed urodzeniem jest niezaburzony, a po urodzeniu czynności fizjologiczne, tj. oddychanie, ssanie, żucie i połykanie oraz wyrzynanie się zębów mlecznych i stałych w ukształtowanych wyrostkach zębodołowych odbywają się bez zakłóceń, wówczas rysy twarzy i budowa narządów jamy ustnej są prawidłowe. Twarz harmonijną charakteryzuje symetria, przybliżanie wargi dolnej i bródki do płasz-



czynny czoła, a w wymiarze pionowym jednakowa wysokość i proporcjonalność czoła, odcinka nosowego i szczękowego. Prawidłowy, dojrzały łuk zębowy jest najczęściej kształtu połowy elipsy, zęby tworzą ciągłe łuki z zachowanymi punktami stycznymi, linie środkowe obu łuków znajdują się w linii środkowej twarzy, a podczas zwarcia każdy ząb ma dwa zęby przeciwstawne (tzw. triady) – z wyjątkiem dolnych przyśrodkowych siekaczy i ostatniego zęba trzonowego w szczęce [Orlik-Grzybowska, 1976].

Odchylenia od zespołu cech prawidłowej budowy i czynności mięśni są dostrzegane podczas badania klinicznego. Mogą być spowodowane działaniem czynników zaburzających funkcje fizjologiczne lub mogą być elementem zespołu wad wrodzonych. Przykładem często spotykanego czynnika zniekształcającego budowę narządów jamy ustnej jest oddychanie z otwartymi ustami.

Obserwacje kliniczne wskazują, że u osób oddychających z otwartymi ustami żuchwa trwale oddalona od szczęki ciąży w dół i ku tyłowi, przeciwstawiając się działaniu mięśni podniebienia miękkiego i języka. W tym położeniu jest utrzymywana przez mięśnie nadgnykowe, których przyczepy znajdują się pod bródką. Cofanie i wydłużanie kompleksu twarzy powoduje niskie położenie języka na dnie jamy ustnej oraz zaburza czynności mięśnia okrężnego ust i mięśni policzkowych, a ponadto wpływa na pionowy wymiar twarzy i na postać zgryzu. Niskiemu ułożeniu języka towarzyszy wysoko wysklepione podniebienie, wąska szczęka i stłoczenia zębów. Nieprawidłowy układ języka w relacji do łuków zębowych może być pierwotnym czynnikiem etiologicznym zgryzów otwartych lub wad doprzednich. Zmniejszenie przepływu powietrza przez jamę nosową, które usposabia do oddychania przez usta jest spowodowane częstymi infekcjami dróg oddechowych oraz nawykami ustnymi. Oddychanie z otwartymi ustami może być także jedną z cech odchyień harmonii twarzy w pierwotnych chorobach mięśni. W omówieniu przedstawiony jest zespół zaburzeń spowodowanych obniżeniem równowagi czynnościowej mięśni zewnątrz- i wewnątrzustnych w rozpoznanej miopatii.

W miopatiach wrodzonych twarz jest wydłużona i wąska. Szpary powiekowe są ustawione antymongoidalnie. Osłabione mięśnie twarzy, zwłaszcza żwacze i skroniowe, obniżają i wysuwają żuchwę. Zwiększa się działanie mięśni policzkowych, powodując zwężenie szczęki i górnego łuku zębowego. Ponadto język nisko ułożony na dnie jamy ustnej, wypełniający przestrzeń między powierzchniami zwarciowymi zębów, nie modeluje właściwego kształtu podniebienia. Obniżone napięcie mięśnia okrężnego powoduje niewydolność warg, nadmierne ślinienie, a także zaburzenia mowy. Często obserwowana jest przedwczesna utrata zębów z powodu nasilonej próchnicy [Łabiszewska-Jaruzelska, 1995].

Mięśnie zewnątrz- i wewnątrzustne, równoważąc nacisk, zapewniają optymalne warunki do kształtowania harmonijnej budowy twarzy i prawidłowego sposobu zwierania się zębów, co stwarza korzystne warunki rozwoju i utrwalania czynności fizjologicznych wykonywanych z udziałem narządów jamy ustnej.

---

## Bibliografia

- Czarnecka Barbara, 1981, *Układ mięśniowo-nerwowy narządu żucia*, w: Olga Grosfeldowa (red.), *Fizjologia narządu żucia*, Warszawa, s. 106–117.
- Łabiszewska-Jaruzelska Florentyna, 1995, *Etiologia zaburzeń w obrębie narządu żucia*, w: taż (red.), *Ortopedia szczękowa*, Warszawa, s. 153–194.
- Łasiński Wiesław, 1959, *Anatomia głowy*, Warszawa.
- Orlik-Grzybowska Antonina, 1976, *Podstawy ortodoncji*, Warszawa.
- Proffit Wiliam R., Fields Henry W., Jr., 2001, *Ortodoncja współczesna*, Lublin.
- Traczyk Władysław, Trzebski Andrzej (red.), 1980, *Fizjologia człowieka z elementami fizjologii klinicznej*, Warszawa.
- WNM, 1996, *Wielki słownik medyczny*, Polska Akademia Nauk, Wydział Nauk Medycznych, Warszawa.

---

## Summary

Paper recalls importance of basic concepts related to oral cavity, which should be considered as a complete system of muscles and bones. There are discussed relations of muscle functions and structure of dental arches. Particular attention was concentrated on influence of the face muscles' malfunctions on the shape of dental arches. It was emphasized that face proportions have crucial influence on the oral cavity organs. Especially stressed was importance of structure and function of muscles and dento-skeletal system on articulation of created.



Justyna Antczak-Kujawin

Uniwersytet Łódzki\*

## ZABURZENIA SEMANTYKI FRAZEOLOGIZMÓW U OSÓB W ŁAGODNEJ FAZIE OTEPIENIA ALZHEIMEROWSKIEGO. WSTĘPNE WYNIKI BADAŃ

---

DISORDERS WITHIN THE SEMANTICS OF PHRASEMES  
IN PEOPLE WITH EARLY STAGE ALZHEIMER'S DEMENTIA.  
PRELIMINARY RESEARCH RESULTS

**Słowa kluczowe:** otępienie alzheimerowskie, sprawność leksykalno-semantyczna, frazeologia, frazeologizm, modyfikacje semantyczne frazeologizmów.

**Keywords:** Alzheimer's dementia, lexical and semantic skills, phraseology, phrasal idiom, semantic modifications of phrasal idiom.

### Wprowadzenie

Frazeologia to „dział językoznawstwa (leksykologii), który rejestruje i bada utrwalone połączenia wyrazów zwane związkami frazeologicznymi lub frazeologizmami” [Lewicki, Pajdzińska, 2001, s. 315]. Stanowi zatem drugi, obok słownictwa, składnik podsystemu leksykalnego polszczyzny.

Zasób leksykalny języka polskiego tworzą więc dwa różne typy jednostek: wyrazy oraz związki frazeologiczne. Frazeologizmy są to „społecznie utrwalone połączenia wyrazów wykazujące nieregularność pod jakimś względem”, tzn. 1) frazeologizm budują wyrazy lub formy wyrazów nie wchodzące w swobodne związki składniowe; 2) znaczenie danego związku frazeologicznego nie wynika ze znaczenia budujących go komponentów; 3) w danym frazeologizmie mogą zostać naruszone zasady łączliwości wyrazów [Lewicki, Pajdzińska, 2001, s. 315].

---

\* Wydział Filologiczny, Instytut Filologii Polskiej i Logopedii, Zakład Dialektologii Polskiej i Logopedii, ul. Pomorska 171/173, 90-236 Łódź, justyna.antczak@uni.lodz.pl

W polskiej literaturze logopedycznej i językoznawczej wciąż nie w pełni opisane pozostaje zagadnienie defrazeologizacji w otępieniu<sup>1</sup>, rozumianej jako zakłócenia w realizacji związków frazeologicznych objawiające się modyfikacjami ich struktury formalnej oraz struktury znaczeniowej. Owe zaburzenia struktury i semantyki frazeologizmów należy traktować jako nieświadome przekształcenia wynikające z postępującej deterioracji umysłowej (w szczególności z zaburzeń pamięci) osób w wieku senioralnym, dotkniętych otępieniem.

Celem niniejszej pracy jest omówienie zaburzeń w realizacji frazeologizmów u osób w łagodnym stadium otępienia alzheimerowskiego, scharakteryzowano więc rodzaje frazeologicznych modyfikacji semantycznych, w których innowacja semantyczna łączy się przeważnie ze zmianami struktury formalnej danego frazeologizmu. Ponadto opisano metodę badania pacjentów z zespołem otępiennym w przebiegu choroby Alzheimera przy zastosowaniu autorskiego testu do badania sprawności leksykalno-semantycznej w demencji<sup>2</sup>, który służy do oceny leksyki<sup>3</sup> i frazeologii u osób w wieku starszym z otępieniem w fazie łagodnej i umiarkowanej.

## **Materiał i metoda badania**

### **Charakterystyka badanej grupy**

Badanie, którego wyniki zostały opisane w niniejszej pracy, było prowadzone w latach 2015–2017 w grupie 15 osób przebywających w domach pomocy społecznej oraz zakładach opiekuńczo-leczniczych znajdujących się na terenie województwa łódzkiego. W tabeli 1. zamieszczono informacje na temat osób badanych z uwzględnieniem ich wieku, wykształcenia oraz płci.

Do badań zostali włączeni pacjenci, u których na podstawie interdyscyplinarnej diagnozy klinicznej, czyli specjalistycznego badania neurologicznego, psychiatrycznego, neuropsychologicznego, zdiagnozowano łagodne stadium otępienia w przebiegu choroby Alzheimera. W diagnozie logopedycznej, oprócz przeprowadzenia wywiadu z chorym, jego opiekunem bądź personelem medycz-

---

<sup>1</sup> W literaturze przedmiotu problem defrazeologizacji w otępieniu alzheimerowskim omawia częściowo Aneta Domagała w pracy *Narracja i jej zaburzenia w otępieniu alzheimerowskim* [2015]. Autorka w analizowanym materiale opisuje zmiany dotyczące formy frazeologizmu notowane u pacjentów w łagodnej i umiarkowanej fazie otępienia w przebiegu choroby Alzheimera.

<sup>2</sup> W niniejszej pracy terminy *demencja* i *otępienie* stosuje się zamiennie.

<sup>3</sup> Struktura części pierwszej testu, poświęconej słownictwu, została omówiona w moim artykule pt. *O metodach badań sprawności leksykalno-semantycznej w otępieniu – z perspektywy logopedy*, „Exlibris Biblioteka Gerontologii Społecznej” 2017, nr 2 (14), s. 118–128. W niniejszej pracy została opisana konstrukcja drugiej części testu dotyczącej frazeologii.

nym placówki, w której przebywa pacjent, wykonano badanie funkcji poznawczych przy użyciu przesiewowych narzędzi diagnostycznych, tj. *Testu rysowania zegara* (ang. *The Clock-Drawing Test*) [Shulman i in., 1986] i *Krótkiej skali oceny stanu psychicznego* (ang. *Mini-Mental State Examination*) [Folstein i in., 1975] oraz badanie sprawności językowych przy zastosowaniu wybranych prób diagnostycznych z *Bostońskiego testu do diagnozy afazji* (ang. *Boston Diagnostic Aphasia Examination*) [Goodglass, Kaplan, 1972, 1983]. Wyniki ilościowe wybranych prób diagnostycznych przedstawiono w tabeli 2.

Tabela 1. Charakterystyka badanej grupy

Lp.	Kod pacjenta	Wiek: lata, miesiące	Wykształcenie	Płeć
1.	B.S.	74; 2	wyższe	kobieta
2.	J.K.	76; 4	wyższe	kobieta
3.	J.G.	81; 3	wyższe	kobieta
4.	H.K.	83; 6	wyższe	kobieta
5.	B.W.	85; 5	średnie	kobieta
6.	R.P.	87; 7	wyższe	kobieta
7.	B.P.	91; 2	podstawowe	kobieta
8.	R.J.	74; 3	wyższe	mężczyzna
9.	M.J.	78; 8	wyższe	mężczyzna
10.	W.K.	81; 1	średnie	mężczyzna
11.	R.JA.	85; 5	wyższe	mężczyzna
12.	H.P.	87; 8	podstawowe	mężczyzna
13.	J.P.	87; 10	średnie	mężczyzna
14.	S.O.	88; 10	podstawowe	mężczyzna
15.	B.WE	92; 6	podstawowe	mężczyzna

Źródło: opracowanie własne.

## Metoda badania realizacji frazeologizmów

Badanie realizacji związków frazeologicznych przeprowadzono z zastosowaniem autorskiego testu do badania sprawności leksykalno-semantycznej, który umożliwia ocenę leksyki i frazeologii u osób w wieku senioralnym z otępieniem w fazie łagodnej i umiarkowanej. Tę część testu, pozwalającą na ocenę frazeologii, buduje 100 związków frazeologicznych charakteryzujących się w języku polskim wysoką frekwencją użycia zgodnie z ich znaczeniem.

Tabela 2. Wyniki badania funkcji poznawczych oraz sprawności językowych pacjentów w łagodnej fazie otępienia alzheimerskiego

Kod pacjenta	Ocena funkcji poznawczych i sprawności językowych							
	wynik w teście MMSE (maks. 30)	mowa spontaniczna, maksymalna długość frazy (liczba słów)	rozumienie wyrazów (maks. 72), poleceń (maks. 15), złożonych materiałów językowych (maks. 12)	nazywanie obrazków (maks. 114)	fluencja słowna (liczba słów/60 sekund)	czytanie zdań (maks. 10)	formułowanie tekstu pisanego (maks. 5)	
B.S.	23	10	71; 8; 9	57	7	10	3	
J.K.	22	11	70; 9; 8	55	6	9	3	
J.G.	19	8	60; 7; 10	41	6	10	2	
H.K.	22	9	54; 7; 10	54	7	9	2	
B.W.	23	10	56; 6; 8	56	5	8	3	
R.P.	19	9	51; 7; 7	42	5	10	3	
B.P.	19	6	50; 6; 6	28	4	8	2	
R.J.	19	9	70; 8; 6	55	6	8	2	
M.J.	20	9	51; 9; 7	56	5	7	2	
W.K.	19	7	70; 10; 7	21	6	8	1	
R.J.A.	19	6	57; 5; 5	35	3	6	1	
H.P.	19	8	52; 7; 6	44	4	9	2	
J.P.	19	7	46; 8; 7	35	5	8	2	
S.O.	21	9	50; 10; 6	57	5	8	3	
B.WE	20	6	45; 5; 5	20	3	6	1	

Źródło: opracowanie własne.

Frekwencyjność występowania danych frazeologizmów w mowie użytkowników języka polskiego ustalono dzięki badaniom pilotażowym, którymi objęto grupę 30 osób w wieku podeszłym (15 kobiet w przedziale wieku 65–86 lat oraz 15 mężczyzn w wieku 66–87 lat) bez objawów otępienia. Badania w grupie kontrolnej dokonano przy wykorzystaniu eksperymentalnej wersji logopedycznego testu do badania realizacji frazeologizmów zawierającego 300 związków frazeologicznych<sup>4</sup>. Zadaniem respondentów było udzielenie odpowiedzi na trzy pytania: 1) Czy zna Pan/Pani związek typu...?, 2) Czy używa Pan/Pani związku typu...?, 3) Co to znaczy...? Analiza wyników badania pilotażowego pozwoliła na wyłonienie 100 związków frazeologicznych, charakteryzujących się wysoką częstotliwością występowania w mowie użytkowników języka polskiego, które zostały włączone do właściwej wersji logopedycznego testu do badania sprawności leksykalno-semantycznej pacjentów z rozpoznaniem otępienia. Te frazeologizmy zostały przyporządkowane do trzech pól leksykalno-semantycznych, tj. „Człowiek – jego określenia i cechy charakteru”, „Człowiek i jego otoczenie” oraz „Człowiek w społeczeństwie”<sup>5</sup>.

Oceny rozumienia i użycia danych frazeologizmów dokonano podczas badania logopedycznego, przyjmującego postać indywidualnej rozmowy z pacjentem<sup>6</sup>. Badanym zaproponowano dwie próby diagnostyczne. W pierwszym zadaniu osoba badana była proszona o podanie struktury związku frazeologicznego po wysłuchaniu podawanych ustnie przez logopedę definicji danego frazeologizmu i przeczytaniu przez osobę badającą przykładowych zdań z tzw. „luką”, które pacjent powinien uzupełnić właściwym frazeologizmem, tworząc tym samym przykład użycia danego związku frazeologicznego w konkretnej wypowiedzi. Przykładowo dla związku frazeologicznego *bazgrać (pisać) jak kura pazurem* chory usłyszał definicję ‘pisać brzydko, niestarannie, nieczytelnie, niewyraźnie’ oraz zdanie z luką: „Krzysztof znów musi przepisać wypracowanie, bo pisze (jak?) ... i nauczyciel nie może przeczytać jego pisma”. Z kolei

---

<sup>4</sup> Związki frazeologiczne zostały zaczerpnięte z dwóch opracowań słownikowych, tj. *Słownika frazeologicznego języka polskiego* pod redakcją Stanisława Skorupki [1985] oraz *Słownika frazeologicznego w układzie tematycznym i alfabetycznym* pod redakcją Alicji Nowakowskiej [2003].

<sup>5</sup> Szczegółowa charakterystyka pól leksykalno-semantycznych (czyli wykaz zawartych w nich związków frazeologicznych) została omówiona w moim artykule pt. *Disorders within the Structure of Phrasemes in People with Early Stage Alzheimer's Dementia. Preliminary Research Results* (w druku).

<sup>6</sup> Przed rozpoczęciem badania logopedycznego badana osoba została wcześniej poinformowana o jego charakterze. Pacjentom wyjaśniano, że podczas wykonywania zadań będą proszeni o podanie struktury bądź wyjaśnienie znaczenia tzw. stałych, utrwalonych w języku polskim związków wyrazowych o utartym, przenośnym znaczeniu typu *uparty jak osioł, leje jak z cebra, cisza jak makiem zasiał* itp.



drugie zadanie polegało na wyjaśnieniu przez osobę badaną znaczeń danych związków frazeologicznych. Badanemu polecano: „Proszę wyjaśnić, co oznacza... (np. *siedzieć na walizkach*)?”

## Wyniki badania realizacji frazeologizmów

### Rejestr kategorii zmian semantycznych frazeologizmów

Analiza wyników badania realizacji związków frazeologicznych u osób w łagodnej fazie otępienia alzheimerowskiego przy użyciu autorskiego testu logopedycznego pozwoliła na zaobserwowanie w wypowiedziach badanych różnych rodzajów modyfikacji związków frazeologicznych, obejmujących ich strukturę formalną<sup>7</sup> (innowacje modyfikujące) oraz strukturę znaczeniową (modyfikacje semantyczne)<sup>8</sup>.

Poprzez innowacje modyfikujące należy rozumieć takie zmiany, które powstają w wyniku naruszenia ustabilizowanej struktury frazeologizmu, czyli jego płaszczyzny leksykalnej i gramatycznej. Należą do nich innowacje skracające, rozwijające, wymieniające, kontaminujące i regulujące. Innowacje skracające to zmiany, które powstają w rezultacie uszczuplenia składu leksykalnego danego związku frazeologicznego. Zmiany w strukturze frazeologizmu, które pojawiają się wskutek uzupełnienia składu leksykalnego danego związku wyrazowego nowymi komponentami to innowacje rozwijające. Innowacje regulujące należy rozumieć jako frazeologiczną modyfikację, powstałą w wyniku zmiany w zakresie kategorii liczby oraz zmiany słowotwórczej postaci komponentu. Do innowacji wymieniających zalicza się zmiany w strukturze frazeologizmu, które są wynikiem wymiany jego składnika na jakiś inny wyraz. Innowacje kontaminujące to takie odchylenie od normy, które powstaje w wyniku skrzyżowania dwóch związków frazeologicznych o podobnym znaczeniu [Bąba, 1986].

Modyfikacje semantyczne to z kolei

[...] każde zmiany treści frazeologizmu (czyli każde naruszenie utrwalonego w społecznym zwyczaju językowym znaczenia frazeologizmu oraz jego odnośności real-

<sup>7</sup> Rejestr kategorii zmian w zakresie struktury związków frazeologicznych u pacjentów z w łagodnej fazie otępienia alzheimerowskiego został omówiony w moim artykule pt. *Disorders within the Structure of Phrasemes in People with Early Stage Alzheimer's Dementia. Preliminary Research Results* (w druku).

<sup>8</sup> Scharakteryzowane w pracy kategorie zmian dotyczące formy i treści frazeologizmów zostały opisane w odwołaniu do: językoznawczej klasyfikacji błędów frazeologicznych Danuty Buttler [1987], typologii innowacji frazeologicznych współczesnej polszczyzny Stanisława Bąby [1986, 1989] oraz klasyfikacji semantycznej zamierzonych modyfikacji związków frazeologicznych Grażyny Majkowskiej [1988].

nej i sytuacyjnej)), które prowadzą do zachwiania idiomatyczności związku frazeologicznego, wyrażającej się najczęściej osłabieniem metaforyczności i/lub odżyciem jego znaczenia dosłownego [Majkowska, 1988, s. 149].

Wśród zaburzeń realizacji frazeologizmów u osób w łagodnej fazie otępienia alzheimerowskiego zarejestrowano następujące kategorie zmian semantycznych związków frazeologicznych:

1) innowacje modyfikujące, które powodują osłabienie metaforyczności frazeologizmu;

2) modyfikacje semantyczne w postaci rozszerzenia znaczenia tradycyjnego związku frazeologicznego przy poprawnym odtworzeniu jego struktury formalnej;

3) innowacje modyfikujące, które powodują powstanie połączeń o nowej treści przeciwstawnej treści związku tradycyjnego czy też z nią sprzecznej;

4) innowacje modyfikujące, które powodują zmianę zabarwienia emocjonalnego i stylistycznego frazeologizmu.

### **Egzemplifikacja modyfikacji semantycznych frazeologizmów**

W wypowiedziach badanych osób odnotowano liczne przykłady osłabienia metaforyczności frazeologizmów. Jest to taki rodzaj modyfikacji treści związku frazeologicznego osiągany za pomocą różnych zabiegów formalnych, który skutkuje zakłóceniem odczytania frazeologizmu jako semantycznej całości i często prowadzi do wysunięcia na plan pierwszy znaczenia dosłownego [Majkowska, 1988, s. 153]. Omawianą kategorię zmian ilustrują poniższe przykłady frazeologicznych innowacji modyfikujących (wymieniających i kontaminujących), w których zarejestrowano osłabioną metaforyczność związków frazeologicznych:

S.O.: No to znaczy... No jak ktoś zdziera nosa, no to tak... No taki ten... No obity taki... Jak po pijaku to zedrze sobie nosa się mówi.

(por. *zadzierać nosa* 'wywyższać się, być zarozumiałym' [SFNow., s. 451])

W.K.: No to się mówi wielka ryba. No to taka... No wielka, że wyjąć ją trudno no... z wody... Tak, tak ciężka taka ryba.

(por. *gruba ryba* 'ważna, wpływowa osoba, zajmująca wysokie stanowisko' [SFNow., s. 299])

B.WE.: Jak to powiedzieć... No ręka umywa drugą no... ręce. No... w tej wodzie myje... No obie myje ręce.

(por. *umywać ręce (od czegoś)* 'nie brać za coś odpowiedzialności' [SFNow., s. 425]; *ręka rękę myje* 'wyrażenie oznaczające ukrywanie czyichś nieprawidłowych działań w celu osiągnięcia wzajemnych korzyści' [SFNow., s. 385])

Kolejny rodzaj przekształceń semantycznych frazeologizmów, zaobserwowany w mowie badanych osób, to modyfikacje semantyczne przyjmujące postać rozszerzenia znaczenia tradycyjnego związku frazeologicznego przy poprawnym odtworzeniu jego struktury formalnej. W poniższych przykładach odnotowano przypisanie nowego znaczenia frazeologizmom o niezmienionej budowie formalnej:

R.JA.: Ofiara losu no to znaczy, że... no taki dobry, taki co dzieli się z innymi... Daje taką ofiarę... No takie te... Pieniądze. Pomaga innym.

(por. *ofiara losu* 'człowiek niezaradny, mało energiczny' [SFNow., s. 351])

B.P.: To znaczy... No jak ktoś wyklada karty na stół, no to... To znaczy, że koniec... No to znaczy, że coś się skończyło, no.

(por. *wykladać (wyłożyć) karty na stół* 'ujawniać swoje plany' [SFNow., s. 444])

J.P.: Leżeć... Jak? Jak to było? No... leżeć do góry brzuchem no to, że ktoś dużo zjadł no i leży... No bo za dużo zjadł.

(por. *leżeć do góry brzuchem* 'nic nie robić, leniuchować' [SFNow., s. 319])

Dość liczne w wypowiedziach badanych osób były frazeologiczne innowacje modyfikujące (regulujące, rozwijające, wymieniające), które powodują powstanie połączeń o nowej treści przeciwstawnej treści związku tradycyjnego czy też z nią sprzecznej. Są to tzw. modyfikacje antonimiczne frazeologizmów [Majkowska, 1988, s. 157]. Przykładowo:

B.S.: To jest no... Taki się mówi... No, no... Kluseczki ciepłe takie, no właśnie, ciepłe kluseczki... Takie gorące, ciepłe, no to taki człowiek taki gorący jak taki... no... to jest taki w gorącym wykąpany... Szybko tak i już załatwione takie te... różne sprawy.

(por. *ciepłe kluchy (kluski)* 'o człowieku powolnym, nieumiejącym zatroszczyć się o własne sprawy, niesamodzielnym, mało energicznym' [SFNow., s. 278–279]; *w gorącej wodzie kąpany* 'ktoś nierozważny, niecierpliwy, działający bez zastanowienia' [SFNow., s. 431])

J.K.: To się mówi... Taki... No taki chłopek już stary jak dąb... To taki mało już robi, słaby już taki, bo stary taki jak ten... no ten... dąb.

(por. *chłop jak dąb* 'postawny, silny, dobrze zbudowany mężczyzna' [SFNow., s. 275])

B.W.: No, no... Dawny, taki stary krzyk mody się mówi... No to znaczy, że takie coś stare jest, już takie no... Nie... nie... niemodne takie jest.

(por. *ostatni krzyk mody* 'coś, co dopiero stało się modne, co jest aktualnie najmodniejsze' [SFNow., s. 354])

W wypowiedziach badanych osób odnotowano ponadto frazeologiczne innowacje modyfikujące (regulujące, rozwijające), które powodują zmianę zabarwienia emocjonalnego i stylistycznego frazeologizmu. Poniżej zapisano przykłady, w których na skutek użycia rzeczownikowych form augmentatywnych oraz określeń nacechowanych emocjonalnie doszło do intensyfikacji treści danego frazeologizmu:

J.G.: To jest taki niedobry... Taki co mówi jedno, a robi komuś zło... Zły taki, ale nie daje poznać no tego... Taki jak ten... no taki mówi się... wilczysko takie w skórze nieswojej, ten... No w owczej skórze, no właśnie, wilczur w owczej skórze.

(por. *wilk w owczej skórze* 'ktoś, kto udaje kogoś dobrego, a w rzeczywistości jest zły' [SFNow., s. 434])

H.K.: Taka no... kobita – kura domowa taka fest... Taka mówią... No kura taka domu jak takie babsko, no taka co w domu siedzi.

(por. *kura domowa* 'pogardliwe określenie kobiety zajmującej się wyłącznie prowadzeniem domu i wychowaniem dzieci' [SFNow., s. 317])

H.P.: To taki co się no zapracować chce na śmierć chyba... Nie że zdrowie, tylko praca, praca. Tak się mówi, że haruje jak taki... No tak haruje jak cholerny wół... Tak ciężko jak wół.

(por. *harować (tyrać, orać) jak wół (osioł, koń)* 'bardzo ciężko pracować' [SFNow., s. 301])

## Wnioski

Omówione w niniejszym artykule wstępne wyniki badań realizacji frazeologizmów u osób w łagodnej fazie otępienia alzheimerowskiego pozwalają na sformułowanie następujących wniosków:

1. Zaburzenia sprawności leksykalno-semantycznej u osób w łagodnym stadium otępienia alzheimerowskiego objawiają się między innymi zakłóceniami w realizacji frazeologizmów, które należy rozumieć jako modyfikacje ich struktury formalnej (innowacje modyfikujące) oraz struktury znaczeniowej (modyfikacje semantyczne).

2. Zarówno zaburzenia struktury, jak i semantyki związków frazeologicznych u osób w wieku senioralnym w łagodnym stadium demencji w przebiegu choroby Alzheimera należy postrzegać jako nieświadome modyfikacje, czyli niezamierzone naruszenie stabilności struktury znaczeniowej danych frazeologizmów, które wynikają z postępującej deterioracji umysłowej, czyli progresywnych zaburzeń funkcji poznawczych (w szczególności z zaburzeń pamięci) u osób dotkniętych otępieniem.

Zasygnalizowane w pracy zagadnienie defrazeologizacji w otępieniu niewątpliwie wymaga dalszego pogłębienia i rozszerzenia. Wydaje się jednak, że przedstawiona analiza zgromadzonego materiału językowego pozwala wskazać (już na

tym wstępnym etapie badań) główne kategorie zmian znaczeniowych frazeologizmów, do których zaliczono cztery typy modyfikacji semantycznych:

- 1) osłabienie metaforyczności frazeologizmu;
- 2) rozszerzenie znaczenia tradycyjnego związku frazeologicznego;
- 3) powstanie połączeń o nowej treści przeciwstawnej treści związku tradycyjnego czy też z nią sprzecznej;
- 4) zmiana zabarwienia emocjonalnego i stylistycznego frazeologizmu.

### Wykaz skrótów

SFNNow. – *Słownik frazeologiczny w układzie tematycznym i alfabetycznym*, 2003, red. A. Nowakowska, Kraków.

---

### Bibliografia

- Antczak-Kujawin Justyna, 2017, *O metodach badań sprawności leksykalno-semantycznej w otępieniu – z perspektywy logopedy*, „Exlibris. Biblioteka Gerontologii Społecznej”, 2 (14): *Oczekiwana starość*, s. 118–128.
- Bąba Stanisław, 1986, *Twardy orzech do zgryzienia, czyli o poprawności frazeologicznej*, Poznań.
- Bąba Stanisław, 1989, *Innowacje frazeologiczne współczesnej polszczyzny*, Poznań.
- Buttler Danuta, 1987, *Zagadnienia poprawności leksykalno-semantycznej*, w: Danuta Buttler, Halina Kurkowska, Halina Satkiewicz, *Kultura języka polskiego. Zagadnienia poprawności leksykalnej (słownictwo rodzime)*, Warszawa, s. 44–228.
- Domagała Aneta, 2015, *Narracja i jej zaburzenia w otępieniu alzheimerowskim*, Lublin.
- Folstein Marshal, Folstein Susan, McHugh Paul, 1975, *Minimal State: a Practical Method for Grading the Cognitive State of Patients for the Clinician*, „Journal of Psychiatric Research”, 12, s. 189–198.
- Goodglass Harold, Kaplan Edith, 1972, *The Assessment of Aphasia and Related Disorders*, Philadelphia.
- Goodglass Harold, Kaplan Edith, 1983, *The Assessment of Aphasia and Related Disorders*, 2<sup>nd</sup> edition, Philadelphia.
- Lewicki Andrzej Maria, Pajdzińska Anna, 2001, *Frazeologia*, w: Jerzy Bartmiński (red.), *Współczesny język polski*, Lublin, s. 315–333.
- Majkowska Grażyna, 1988, *Klasyfikacja semantyczna zamierzonych modyfikacji związków frazeologicznych*, w: Mieczysław Basaj, Danuta Rytel (red.), *Z problemów frazeologii polskiej i słowiańskiej*, t. 5, Wrocław, s. 143–163.
- Nowakowska Alicja (red.), 2003, *Słownik frazeologiczny w układzie tematycznym i alfabetycznym*, Kraków.
- Shulman Kenneth, Shedletsky Ralph, Silver Ivan, 1986, *The Challenge of Time: Clock-Drawing and Cognitive Function in the Elderly*, „International Journal of Geriatric Psychiatry”, 1, s. 135–140.
- Skorupka Stanisław, 1985, *Słownik frazeologiczny języka polskiego*, t. 1–2, Warszawa.

---

## Summary

The author of this article discusses the issue of defrazeologization in dementia, it means the disruptions in realization of phrasal idioms in people with early stage Alzheimer's dementia, which manifest in transformations of their formal structure (modifying innovations) and the semantic structure (semantic modifications). These phraseological innovations should be interpreted as the unconscious modifications resulting from the progressive cognitive dysfunctions of people with dementia. The author of this work presents the preliminary results of research conducted in 2015–2017 on the group of 15 people with early stage Alzheimer's dementia with application of authorial test of lexical and semantic skills in elderly people with dementia.



Katarzyna Bienkowska

Warszawski Uniwersytet Medyczny\*

## SPRAWNOŚĆ JĘZYKOWA DZIECI Z USZKODZONYM NARZĄDEM SŁUCHU

---

LINGUISTIC PERFORMANCE  
OF HEARING IMPAIRED CHILDREN

**Słowa kluczowe:** sprawność językowa, dziecko z wadą słuchu, rozumienie, mówienie, gotowość szkolna.

**Keywords:** linguistic efficiency, hearing impaired children, understanding, speaking, school readiness.

### Wprowadzenie

W latach 2009–2011 autorka niniejszego opracowania przeprowadziła szeroko zakrojone badania dotyczące gotowości szkolnej dzieci z wadą słuchu. Zastosowano autorskie narzędzia badawcze i zdiagnozowano 159 dzieci w wieku od 6 lat i 6 miesięcy do 8 lat o różnym stopniu ubytku słuchu. Badani pochodzili z różnego typu placówek z terenu całej Polski. Zestaw zastosowanych testów umożliwił badanie następujących aspektów dojrzałości szkolnej:

- gotowości do nauki czytania i pisania;
- gotowości do uczenia się matematyki;
- sprawności językowej;
- dojrzałości społecznej;
- lateralizacji ręki, nogi, oka i ucha (badanie orientacyjne).

W trakcie badań zgromadzono też podstawowe informacje na temat dziecka, przebiegu jego rozwoju i rehabilitacji. Posłużył do tego wywiad środowiskowy zawarty w zestawie narzędzi diagnostycznych. Podczas badania gotowości do nauki pisania i czytania oraz uczenia się matematyki prowadzono obserwację zgodnie z *Arkuszem obserwacji* umieszczonym w zestawie. Obserwacji podlegał sposób porozumiewania się dziecka z badającym, zainteresowanie

---

\* I Wydział Lekarski, Katedra i Klinika Otolaryngologii, ul. Banacha 1A, 00-001 Warszawa, kabero@wp.pl



wykonywanymi zadaniami, trudności z ich wykonywaniem, męczliwość, sposób trzymania narzędzia pisarskiego i ewentualna potrzeba udzielania dodatkowych objaśnień. Narzędzia przeznaczone do diagnozowania gotowości do nauki czytania i pisania oraz uczenia się matematyki są bezsłowne. Zawierają instrukcje rysunkowe. Jeśli dziecko nie wie, jak ma wykonać dane zadanie, dopuszcza się możliwość podania mu instrukcji wykorzystując sposoby komunikacji dla niego zrozumiałe.

Wszystkie narzędzia wyposażone są w szczegółowe instrukcje przeznaczone dla diagnosty, propozycję punktacji oraz interpretacji wyników.

Oprócz diagnozowania gotowości szkolnej dzieci z wadą słuchu badano też nauczycieli pracujących w klasach I–III z tymi dziećmi, ich rodziców oraz pracowników poradni psychologiczno-pedagogicznych prowadzących diagnozę gotowości szkolnej dzieci z wadą słuchu.

W niniejszym opracowaniu opisano bardziej szczegółowo badania sprawności językowej, uzyskane wyniki oraz wnioski płynące przede wszystkim dla praktyki pedagogicznej. Ten aspekt gotowości szkolnej jest szczególnie istotny w diagnozowaniu stopnia przygotowania do nauki szkolnej u dzieci z uszkodzonym narządem słuchu, ponieważ często mają one poważne trudności z rozwojem mowy, jest on opóźniony, a nawet w niektórych przypadkach pozostaje na poziomie uniemożliwiającym porozumiewanie się za pomocą mowy dźwiękowej.

Podstawa programowa wychowania przedszkolnego opisuje szczegółowo umiejętności dziecka rozpoczynającego naukę szkolną. W zakresie rozwoju mowy i umiejętności komunikacyjnych dziecko kończące wychowanie przedszkolne:

1) zwraca się bezpośrednio do rozmówcy, mówi poprawnie pod względem artykulacyjnym, gramatycznym, fleksyjnym i składniowym lub komunikuje się w inny zrozumiały sposób, w tym z wykorzystaniem języka migowego lub innych alternatywnych metod komunikacji;

2) mówi płynnie, niezbyt głośno, dostosowując ton głosu do sytuacji;

3) uważnie słucha, pyta o niezrozumiałe fakty i formułuje dłuższe wypowiedzi o ważnych sprawach;

4) w zrozumiały sposób mówi lub w inny sposób komunikuje o swoich potrzebach i decyzjach (Dz. U. 2016, poz. 895, Rozporządzenie MEN z dn. 17 czerwca 2016 r.).

Dziecko powinno więc posiadać sprawność językową rozumianą jako umiejętność rozumienia i mówienia, która jest wypadkową językowej sprawności systemowej, społecznej, sytuacyjnej i pragmatycznej [za: Grabias, 2003].

W związku ze specyfiką rozwoju dzieci z uszkodzonym narządem słuchu w ramach badania poziomu sprawności językowej diagnozowano rozumienie mowy i stopień posługiwania się nią, ale również brano pod uwagę inne sposoby porozumiewania się charakterystyczne dla tych dzieci.

## Opis narzędzi diagnostycznych

W badaniach zastosowano autorskie narzędzia diagnostyczne dostosowane do specyficznych możliwości i potrzeb dzieci z wadą słuchu będące częścią składową zestawu do badania gotowości szkolnej tych dzieci pt. *Czy mogę już iść do szkoły? Diagnoza gotowości szkolnej dziecka z uszkodzonym narządem słuchu*. Do diagnozowania sprawności językowej służą dwa zeszyty: z. 3. *Sprawność językowa dziecka z uszkodzonym narządem słuchu rozpoczynającego naukę szkolną* i z. 4. *Kwestionariusz obrazkowy do badania artykulacji* [Bieńkowska, 2012].

Zeszyt 3. zawiera dwie plansze. Pierwsza z nich, *Pokój*, przedstawia członków rodziny, meble i sprzęty domowe. Jest wykorzystywana w różnych tzw. próbach przeprowadzanych w ramach diagnozowania sprawności językowej. Próba *Pytania* zawiera 20 pytań dotyczących osób, przedmiotów i sytuacji przedstawionych na planszy. Próba *Polecenia* składa się z 11 poleceń, które sprawdzają umiejętność odczytywania z ust. Próba *Zdania z lukami* zawiera 15 zdań, które mogą być przekształcone, w razie potrzeby, w pytania. Zadaniem dziecka jest zrozumienie zdań lub pytań i uzupełnienie lub udzielenie odpowiedzi. Uzupełnieniem badania umiejętności rozumienia i mówienia są pytania złożone, na które badany ma odpowiedzieć oraz opowiadanie, które dziecko ma stworzyć na podstawie planszy *Pokój*. Wynik obu tych zadań nie jest włączany do ogólnej puli punktów uzyskanych w diagnozowaniu sprawności językowej, ponieważ są to umiejętności bardzo trudne i często dziecko z wadą słuchu rozpoczynające naukę szkolną jeszcze ich nie opanowało. Druga plansza *Park* służy do badania umiejętności rozumienia i określania stosunków przestrzennych z zastosowaniem przymizków.

Zeszyt 4. zawiera 337 obrazków, które służą do badania artykulacji, ale również (wraz z zeszytem 3.), do badania zasobu leksykalnego. Za pomocą materiału zawartego w obu zeszytach można zbadać znajomość 346 wyrazów, w tym rzeczowników, czasowników, przymiotników, przymizków, zaimków, liczebników, spójników i przysłówków.

W ramach prowadzonych badań sprawdzano, na jakim poziomie kształtują się umiejętności rozumienia i mówienia (poniżej szczegółowy zakres tych badań).

Badanie rozumienia:

1. Na poziomie pojedynczych słów (nazwy przedmiotów, osób, zjawisk, czynności, słowa określające stosunki przestrzenne i ilościowe). Do badania wykorzystano *Kwestionariusz obrazkowy* i *Kwestionariusz do badania sprawności językowej*.

2. Na poziomie połączeń słownych – badanie zdolności rozumienia struktur gramatycznych, w tym form fleksyjnych. Do badania wykorzystano *Kwestionariusz do badania sprawności językowej*, próby: *Pytania*, *Zdania z lukami*, *Polecenia* oraz planszę *Park*.

3. Na poziomie zdań złożonych – badanie zdolności rozumienia struktur składniowych. Do badania wykorzystano próbę *Pytania złożone*.

4. Badanie umiejętności odczytywania z ust. W badaniu wykorzystano próbę *Polecenia*.

Badanie mówienia:

1. W aspekcie fonetycznym – ustalanie zasobu dźwięków. W badaniu wykorzystano *Kwestionariusz obrazkowy do badania artykulacji*.

2. W aspekcie leksykalnym – określanie zasobu słownictwa czynnego. Wykorzystano *Kwestionariusz obrazkowy do badania artykulacji* i *Kwestionariusz do badania sprawności językowej*. Zawarto w nich 346 wyrazów (rzeczowniki, czasowniki, przymiotniki przyimki, zaimki, liczebniki, spójniki, przysłówki).

3. W aspekcie gramatycznym – oceniano umiejętność stosowania form fleksyjnych i budowania struktur zdaniowych. Wykorzystano *Kwestionariusz do badania sprawności językowej* i *Kwestionariusz obrazkowy do badania artykulacji*.

4. W aspekcie ekspresyjnym – badano płynność i prozodia mowy. W badaniu wykorzystano próby: *Pytania*, *Zdania z lukami* i *Opowiadanie* zawarte w *Kwestionariuszu do badania sprawności językowej*.

### Zasady analizy wyników badań

Szczegółowy opis punktacji zawarty jest obu zeszytach i odniesiony do poszczególnych zadań (prób) stawianych dziecku. Przyjęto, że badane dziecko osiągnęło gotowość szkolną w zakresie sprawności językowej, jeśli uzyskało ponad 50% punktów w zadaniach zawartych w *Kwestionariuszu sprawności językowej* i zna ponad 50% wyrazów zawartych w obydwu *Kwestionariuszach*. Założono również, że dziecko powinno posługiwać się wszystkimi częściami mowy zawartymi w materiale diagnostycznym oraz mówić pod względem poprawności artykulacyjnej w sposób zrozumiały dla otoczenia.

W badaniach uwzględniono trzy najczęściej stosowane sposoby porozumiewania się dzieci z wadą słuchu: język polski w postaci mowy dźwiękowej, system językowo-migowy (SJM) oraz polski język migowy (PJM). Ze względu na obecną rzeczywistość szkolną w Polsce uznano, że sprawność językową osiągnęły te dzieci, które posługują się językiem ojczystym w formie mowy dźwiękowej. Do tej grupy dołączono też badanych, którzy posługują się systemem językowo-migowym i uzyskali odpowiednie wyniki w ramach przeprowadzonej diagnozy. Komfortowe warunki do nauki tej ostatniej grupie dzieci mogą zapewnić jedynie szkoły specjalne. Obecnie bowiem w polskich szkołach ogólnodostępnych oraz dużej części szkół integracyjnych nie zatrudnia się specjalistów surdopedagogów znających biegle system językowo-migowy i polski język migowy. Takich pedagogów uczeń może spotkać w szkołach specjalnych przeznaczonych dla dzieci z wadą słuchu.

## Wyniki badania sprawności językowej

Diagnostując sprawność językową w ramach badania gotowości szkolnej dzieci z wadą słuchu rozpoczynających naukę w klasie I szkoły podstawowej przede wszystkim skoncentrowano się na tym, co uczeń rozumie i w jakim zakresie posługuje się mową dźwiękową. Poniżej przedstawiono wyniki uzyskane przez dzieci w opisywanych badaniach.

### Rozumienie:

1. Pojedynczych słów – wynik pozytywny uzyskało 111 (69,81%) dzieci (znały one ponad 50% słów spośród podanych w materiale badawczym; były to różne części mowy). Wśród badanych można wyodrębnić dwie znacznie różniące się uzyskanymi wynikami podgrupy. Do pierwszej należą dzieci, które znały od 206 (76,01%) do 255 (94,10%) wyrazów. Badani należący do drugiej podgrupy uzyskali znacznie niższe wyniki. Zakres znajomości słów wahał się między 26 (9,59%) a 60 (22,14%).

2. Połączeń słownych – wyniki były zróżnicowane. Badani wykonywali próby: *Pytania*, *Polecenia*, *Zdania z lukami*. W próbie *Pytania* pozytywny wynik uzyskało 30 (18,87%) badanych. Warto uwzględnić fakt, że duża grupa dzieci, bo aż 84 (52,83%) uzyskała wyniki w przedziale 40–50%. Badani ci byli więc bliscy osiągnięcia gotowości szkolnej w tym zakresie. W próbie *Polecenia* wynik pozytywny uzyskało 132 (83,03%) badanych, a co istotne, 93 dzieci (58,49%) wykonało zadania bezbłędnie. W próbie *Zdania z lukami* wynik pozytywny osiągnęło 80 badanych (50,32%).

3. Zdań złożonych – wynik pozytywny uzyskało 26 (16,36%) dzieci. Istotną informacją jest fakt, że osiągnięcia na poziomie 50% prezentowało 67 (42,13%) badanych. Spora grupa dzieci była więc bardzo blisko uzyskania pozytywnego wyniku. Ze względu na często występujący opóźniony rozwój mowy u dzieci z wadą słuchu próby tej nie liczone do ogólnej punktacji sprawności językowej.

4. Zwrotów określających stosunki przestrzenne – pozytywny wynik osiągnęło aż 146 (91,82%) dzieci. Warto zauważyć, że wśród badanych 80 dzieci (50,31%) próbę wykonało bezbłędnie. Znajomość stosunków przestrzennych badano też w części diagnostycznej gotowość do uczenia się matematyki. Tam badania przeprowadzono bezsłownie. Uzyskano niższe wyniki: 81 dzieci (50,94%) udzieliło pozytywnych odpowiedzi, czyli wykonało zadania na poziomie powyżej 50%.

5. Odczytywanie z ust – pozytywny wynik uzyskało 132 (83,03%) dzieci. Aż 119 (74,84%) badanych wykonało tę próbę na poziomie 80%.

### Mówienie:

1. Zasób prawidłowo wypowiedzianych głosek – 73 dzieci (45,91%) wymawiało głoski w taki sposób, że ich mowa była zrozumiała pod względem artykulatoryjnym dla otoczenia.

2. Zasób słownictwa czynnego – ponad połowę proponowanego słownictwa i wszystkimi zawartymi w nim częściami mowy posługiwało się 69 dzieci (43,40%). Wzięto również pod uwagę badanych, którzy osiągnęli pozytywny wynik, ale posługiwali się systemem językowo-migowym. Takich dzieci było 13 (15,85%). Kolejna grupa badanych to 37 dzieci (23,27%), które posiadały wymagany zakres słownictwa, ale nie posługiwały się wszystkimi częściami mowy zawartymi w materiale językowym. Pozostałe dzieci w liczbie 53 (33,33%) znacznie odbiegały od reszty, ponieważ ich zasób słownictwa wahał się w zakresie między 17 a 76 wyrazów i nie używały one takich części mowy jak: przyimki, zaimki, spójniki i przysłowki. Wśród badanych było 3 (1,89%) dzieci, które posługiwały się tylko rzeczownikami.

3. Umiejętność stosowania form fleksyjnych i budowania struktur zdaniowych – pozytywny wynik uzyskało 30 badanych (18,87%), wyniki w przedziale 40–50% prezentowało 84 dzieci (52,83%).

W ramach diagnozowania sprawności językowej rejestrowano też płynność i prozodię mowy, szczególnie zwracając uwagę na akcent, intonację, tempo i głośność wypowiedzi. Okazało się, że zaburzenia w zakresie prawidłowego akcentowania wyrazów, głośności, prawidłowego tempa mowy mają dzieci, które dotknięte są głębokim ubytkiem słuchu. Po szczegółowej analizie danych uzyskanych w badaniach ustalono, że problemy te były szczególnie nasilone u dzieci, u których późno wykryto uszkodzenie słuchu, późno rozpoczęto rehabilitację i była ona prowadzona niesystematycznie lub dziecko nie było rehabilitowane.

Podsumowując uzyskane wyniki, można stwierdzić, że gotowość do nauki w zakresie sprawności językowej osiągnęło 82 badanych (51,57%). Wśród nich 69 dzieci (43,40%) posługiwało się mową dźwiękową, a 13 (8,18%) porozumiewało się systemem językowo-migowym ze znacznym udziałem znaków migowych.

## **Podsumowanie i wnioski płynące z badań**

Analizując wyniki badań brano pod uwagę wpływ czynników wewnętrznych tkwiących w samym dziecku oraz wybranych najistotniejszych czynników zewnętrznych. Opracowano szczegółowe wnioski i wskazówki ważne dla dalszego rozwoju procesów rehabilitacyjnych dotyczących dzieci z uszkodzonym narządem słuchu. Najistotniejsze z nich to:

1. Znaczna poprawa w zakresie rozumienia poleceń określających stosunki przestrzenne, o czym świadczy 91,82% prawidłowych wyników uzyskanych przez badane dzieci. Wcześniej sygnalizowano poważne problemy w tym zakresie [Gepertowa, 1973, Baran 1982]. Szczególnie istotne jest, że wynik na tak wysokim poziomie osiągnęli uczniowie w próbie słownej przeprowadzanej z wykorzystaniem poleceń zawierających określenia przyimkowe. Oznacza to, że zdecydowana większość badanych zna te określenia i rozumie je w dłuższych wypowiedziach. Cieszy



również fakt, że ponad 50% dzieci wykonało to zadanie bezbłędnie, a kolejne 25% uzyskało 9 punktów na 10 możliwych, popełniły więc one tylko jeden błąd. Podsumowując można więc stwierdzić, że znajomość zwrotów określających stosunki przestrzenne w grupie badanych pozostaje na bardzo wysokim poziomie.

2. Bardzo dobre wyniki w zakresie umiejętności odczytywania z ust. Wśród badanych 132 (83,03%) uzyskało pozytywny wynik w tym zakresie, a 93 dzieci, czyli 58,49% wykonało tę próbę bezbłędnie. W porównaniu z podobnymi badaniami prowadzonymi przez Urszula Eckert nastąpiła znaczna poprawa w opanowaniu tej umiejętności. Autorka ta podaje, że w jej grupie badawczej prawidłowo odczytywało z ust 48% dzieci [Eckert, 1986]. W trakcie badań nad gotowością szkolną pytano rodziców o sposoby porozumiewania się z dzieckiem i dziecka z otoczeniem, ale nikt z badanych nie deklarował tej formy jako istotnej we wzajemnych kontaktach. Świadczy to o braku wiedzy wśród rodziców o tym sposobie komunikacji. Należy więc zwrócić uwagę w procesie rehabilitacji na informowanie na ten temat oraz podkreślanie istotnej roli wzrokowej percepcji mowy szczególnie w przypadku funkcjonowania dzieci z wadą słuchu. Nauka czytania z ust odbywa się w placówkach specjalnych przeznaczonych dla dzieci z uszkodzonym narządem słuchu, ale w instytucjach, gdzie nie zatrudnia się surdopedagogów i surdologopedów, ten ważny element rehabilitacji jest często zaniedbywany. Jak wynika z opisywanych badań dzieci posługują się odczytywaniem z ust i umiejętność ta jest im bardzo potrzebna zarówno w procesie nauczania, jak i codziennego funkcjonowania.

3. Dość dobre wyniki w zakresie posiadanego słownictwa biernego na poziomie pojedynczych słów. Pozytywny wynik uzyskało 111 dzieci, czyli 69,81%. Wśród badanych wyraźnie wylaniają się dwie podgrupy. Pierwsza ma znacznie bogatszy zasób słownictwa, niż druga. Dzieci z pierwszej podgrupy wykazały się znajomością co najmniej 76% wyrazów zawartych w materiale językowym, a przedstawiciele drugiej podgrupy znali zaledwie 22% i mniej słów. Na niższym poziomie pozostaje zasób słownictwa czynnego. W tym zakresie pozytywny wynik uzyskało 69 dzieci (43,40%). Posługiwały się one wszystkimi użytymi w badaniu częściami mowy. W grupie badanych stwierdzono duże rozbieżności co do zasobów słownictwa biernego i czynnego. Niektóre dzieci dysponowały znacznie bogatszym słownictwem niż zaproponowane w materiale diagnostycznym. Używały zdrobnień, stopniowały przymiotniki, stosowały imiesłowy. Bardzo niepokojący jest fakt, że wśród badanych było sporo dzieci o zdecydowanie mniejszym zasobie słownictwa.

4. Niski poziom (około 50% i mniej) w zakresach: rozumienia połączeń słownych, używania prawidłowych końcówek fleksyjnych i wymowy zrozumiałej dla otoczenia.

Z przeprowadzonych badań wynika, że poziom sprawności językowej dzieci z uszkodzonym narządem słuchu uległ poprawie, ale w niektórych zakresach ciągle jest niski, a skutki są bardzo poważne. Wciąż dzieci z wadą słuchu należą do tej części populacji uczniów niepełnosprawnych, których jest najmniej w placówkach integracyjnych i ogólnodostępnych.

Badając gotowość szkolną dzieci z wadą słuchu starano się ustalić, które czynniki warunkują jej osiągnięcie również w zakresie sprawności językowej. Okazało się, że korzystnie na wysoki poziom umiejętności językowych wpływają następujące czynniki:

1. **Wczesne wykrycie wady słuchu.** Wydaje się, że w dobie powszechnych przesiewowych badań słuchu u noworodków warunek ten jest spełniony. Należy jednak wziąć pod uwagę, że zdarza się, że noworodek nie przejdzie przez te badania np. z powodu awarii aparatury. Takie wypadki jednak mają miejsce bardzo rzadko. Częściej zdarza się, że dziecko rodzi się słyszące, a potem, w trakcie życia jego słuch ulega uszkodzeniu. W takich przypadkach wykrycie wady jest dość trudne, szczególnie, jeśli ma to miejsce w pierwszych latach życia, kiedy rozwija się mowa i zarówno rodzice, jak i lekarze często rzeczywistych przyczyn opóźnionej mowy nie dostrzegają, a diagnoza przesuwana jest w czasie. Wśród badanych dzieci u dziesięciorga wykryto wadę słuchu w 4. r.ż., u trojga – w 5. r.ż., a u czworga – w 6. r.ż.

2. **Wczesne wyposażenie w urządzenia wspomagające odbiór słuchu.** W tym zakresie odnotowuje się istotną poprawę, ale ciągle jeszcze zdarzają się przypadki, kiedy dziecko otrzymuje aparaty słuchowe po 2. lub więcej latach od momentu wykrycia wady słuchu.

3. **Zaangażowanie rodziców w rehabilitację.** Od wielu lat terapeuci starają się intensywnie włączać rodziców w proces rehabilitacji i osiągają w tym zakresie coraz lepsze rezultaty. Jednak badani pracownicy poradni psychologiczno-pedagogicznych prowadzący taką rehabilitację zadeklarowali, że tylko 48% rodziców uczestniczy w zajęciach. Prowadząc wywiady z rodzicami badanych ustalono, że tylko 73% pracuje z dziećmi codziennie w domu, a 48% uczęszcza raz w tygodniu do poradni. Również badani nauczyciele wskazywali niski poziom zaangażowania rodziców w rehabilitację jako przyczynę trudności w osiągnięciu dobrego poziomu sprawności językowej dzieci. Wynika z tego, że część rodziców nie dostrzega wagi swojego zaangażowania w rehabilitację swoich dzieci. Przyczyną tego stanu rzeczy mogą być też warunki życia danej rodziny, które powinno się rozpoznać i w razie potrzeby poprawić.

4. **Wczesne rozpoczęcie systematycznej rehabilitacji.** W tym zakresie zdarzają się czasami również kilkuletnie nawet opóźnienia. Przyczyny bywają różne. W przypadku części dzieci rehabilitacja jest prowadzona niesystematycznie. Należy również zwracać szczególną uwagę na konieczność rozpoczynania rehabilitacji zaraz po zdiagnozowaniu uszkodzenia słuchu.

5. **Uczęszczanie dziecka do przedszkola.** W wyniku przeprowadzonych badań ustalono, że minimalny okres uczęszczania do przedszkola warunkujący wysoki poziom rozwoju dziecka z wadą słuchu to 2 lata. Stwierdzono też, że nie ma znaczenia, do jakiego typu przedszkola dzieci uczęszczały. Zarówno placówki specjalne, integracyjne, jak i ogólnodostępne korzystnie wpłynęły na rozwój dzieci.

Wśród kluczowych czynników warunkujących osiągnięcie określonego poziomu sprawności językowej nie wymieniono stopnia i rodzaju ubytku słuchu. Okazało się bowiem, że w grupie badanych, którzy uzyskali wysokie wyniki, były dzieci o różnym stopniu ubytku słuchu. Rozwój mowy jest w dużym stopniu zależny od stopnia uszkodzenia słuchu, ale jest również możliwy u dzieci z ubytkiem w stopniu znacznym i głębokim, co potwierdziły opisywane badania.

W wyniku przeprowadzonych badań określono też warunki dobrego diagnozowania. Na ten temat wypowiedali się badani pracownicy poradni psychologiczno-pedagogicznych oraz nauczyciele uczący dzieci z wadą słuchu. Najważniejsze wnioski na ten temat są następujące:

1. Diagnoza powinna być prowadzona przez specjalistów znających się na specyfice rozwoju dziecka z uszkodzonym narządem słuchu (surdopedagog, surdologopeda). Ciągłe jest takich specjalistów zbyt mało w poradniach psychologiczno-pedagogicznych, które są najbardziej powszechnymi i dostępnymi placówkami tego typu. Badani pracownicy poradni zgłaszali potrzebę szkoleń dotyczących specyfiki diagnozowania dzieci z wadą słuchu oraz metod terapii przeznaczonych dla tych dzieci.

2. Do diagnozy powinno używać się odpowiednio przygotowanych narzędzi diagnostycznych uwzględniających specyfikę rozwoju dzieci z uszkodzonym narządem słuchu. Badani pracownicy poradni sygnalizowali wyraźnie potrzebę wyposażenia placówek w narzędzia diagnostyczne dostosowane do potrzeb i możliwości dzieci z wadą słuchu. Część badanych stwierdziła, że narzędzia przeznaczone dla słyszących najczęściej nie sprawdzają się w procesie diagnozowania dzieci z wadą słuchu.

3. Wyniki diagnozy powinny być przekazywane do wiadomości nauczycieli, którzy będą uczyć dzieci z uszkodzonym słuchem. Badani nauczyciele sygnalizują, że nie zawsze mają wgląd do orzeczeń i opinii wydawanych przez poradnię. Często brakuje też w szkołach innej ważnej dokumentacji dotyczącej dziecka np. wyników diagnozy audiologicznej.

Podsumowując należy podkreślić, że umiejętność posługiwania się językiem polskim przez dziecko z wadą słuchu rozpoczynające naukę szkolną jest kluczowa dla osiągnięcia sukcesu szkolnego. Etap edukacji wczesnoszkolnej ma przygotować ucznia do dalszej nauki na wyższym poziomie, a więc dziecko, które kończy ten etap kształcenia, musi być przygotowane do samodzielnego zbierania informacji, czytania ze zrozumieniem, wyrażania swoich myśli w formie językowej, swobodnego komunikowania się z innymi ludźmi. Bez dobrych podstaw posługiwania się językiem ojczystym uczeń z uszkodzonym narządem słuchu ma niewielkie szanse na sprostanie wymaganiom szkolnym, szczególnie w dobie intensywnie rozwijającej się w Polsce edukacji integracyjnej i włączającej. Dalsza wzmożona praca nad rozwojem mowy i języka u dzieci z wadą słuchu, doskonalenie obecnie stosowanych metod i poszukiwanie sposobów bardziej skutecznych jest szalenie ważne. Jest to szczególnie istotne również ze względu na fakt, że



propagowana przez surdopedagogów edukacja dwujęzyczna w Polsce ciągle jest tematem kontrowersyjnym i nie jest stosowana w praktyce, o czym pisze w swojej najnowszej książce Anna Jakoniuk-Diallo [2017].

Badania prowadzone przez autorkę niniejszego opracowania pokazały, że dzieci z uszkodzonym słuchem najniższe wyniki uzyskiwały w zakresie sprawności językowej (82 badanych, czyli 51,57% pozytywnie wykonało zadania). W pozostałych zakresach wyniki były znacznie lepsze: gotowość do nauki czytania i pisanie osiągnęło 132 dzieci, czyli 83,02% badanych, a gotowość do uczenia się matematyki – 142 dzieci, co stanowi 89,31% badanej populacji.

---

## Bibliografia

- Baran Jadwiga, 1982, *Rozwijanie sprawności językowej dzieci głuchych na lekcjach języka polskiego*, w: Urszula Eckert (red.), *Wybrane zagadnienia z surdopedagogiki. Materiały pomocnicze*, t. 3, Warszawa, s. 9–28.
- Bienkowska Katarzyna, 2012, *Czy mogę już iść do szkoły? Diagnoza gotowości szkolnej dziecka z uszkodzonym narządem słuchu*, Radom: Zeszyt wstępny, ss. 19; z. 1, *Kwestionariusz do badania gotowości do nauki czytania i pisanie*, ss. 29; z. 2, *Kwestionariusz do badania gotowości do uczenia się matematyki*, ss. 51; z. 3, *Sprawność językowa dziecka z uszkodzonym narządem słuchu rozpoczynającego naukę szkolną*, ss. 15; z. 4, *Kwestionariusz obrazkowy do badania artykulacji* ss. 119.
- Bienkowska Katarzyna, 2013, *Gotowość szkolna dziecka z uszkodzonym narządem słuchu*, Warszawa.
- Eckert Urszula, 1986, *Przygotowanie dziecka z wadą słuchu do nauki szkolnej*, Warszawa.
- Geppertowa Lidia, 1973, *Wpływ składni mowy migowej na rozumienie zdania językowego*, w: Maria Żebrowska (red.), *Rozwój i wychowanie*, Warszawa, s. 67–86.
- Grabias Stanisław, 2003, *Język w zachowaniach społecznych*, Lublin.
- Jakoniuk-Diallo Anna, 2017, *Kontrowersje wokół dwujęzycznej edukacji dzieci z wadą słuchu*, w: taż (red.), *Dziecko z wadą słuchu u progu szkoły*, Poznań, s. 147–158.
- Rozporządzenie MEN z dn. 17 czerwca 2016 r.*, Dz. U. 2016, poz. 895.

---

## Summary

The following paper presents the results of a language test for hearing impaired children. Author's original research tools were used and 159 children from all over Poland of age ranging from 6 and half to 8 years were examined. Speech understanding and speaking abilities were diagnosed. Alternative methods of communication have also been considered. The Author determined what internal and external factors affect the language skills of hearing impaired children.

Izabela Ejsmunt-Wieczorek

Uniwersytet Łódzki\*

## SPOSOBY TWORZENIA CZASOWNIKOWYCH GNIAZD SŁOWOTWÓRCZYCH PRZEZ DZIECI W WIEKU PRZEDSZKOLNYM

---

THE WAYS OF BUILDING VERBAL WORD-FORMATION  
NESTS BY PRE-SCHOOL CHILDREN

**Słowa kluczowe:** mowa dziecka, słowotwórstwo, czasownik, gniazdo słowotwórcze.  
**Keywords:** child's speech, wordbuilding, verb, word-formation nest.

### Wprowadzenie

W polskim piśmiennictwie, pomimo istniejącego przekonania językoznawców o tym, że polszczyzna jest językiem bogatym i różnorodnym pod względem budowy wyrazów, wciąż brakuje szerszych wypowiedzi na temat umiejętności językowych dzieci przedszkolnych w zakresie słowotwórstwa<sup>1</sup>. A przecież „praktyczna znajomość systemu słowotwórczego to jedna z podstaw kompetencji językowej w danym języku. Dzięki wiedzy o możliwości odczytywania znaczenia z budowy niektórych wyrazów, o sposobach tworzenia neologizmów słowotwórczych i ich wykorzystywaniu w komunikacji językowej – mamy większą swobodę w posługiwaniu się językiem” [Łuczyński, 2011, s. 91]. W opracowaniach dotyczących mowy dziecka niewspółmiernie więcej miejsca poświęcono podsystemom: fonologicznemu [np. Kaczmarek, 1953; Łobacz, 1996; Rocławski, 1993; Smoczyński, 1955], fleksyjnemu [np. Banaszkiewicz, 2011; Kozłowska, 1991, 1992; Łuczyński, 2002, 2004; Smoczyńska, 1986; 1997; Zarębina, 1965, 1994] oraz składniowemu [Krasowicz-Kupis, 2004; Przetacznik-Gierowska, 1994]. Wielu badaczy języka zastanawia się, co osobliwego jest w zjawiskach słowotwór-

---

\* Wydział Filologiczny, Instytut Języka Polskiego i Logopedii, Zakład Dialektologii Polskiej i Logopedii, ul. Pomorska 171/173, izabela.ejsmunt@uni.lodz.pl

<sup>1</sup> Słowotwórstwo – nauka o budowie wyrazów powstających w procesie derywacji i tworzonych za pomocą formantów słowotwórczych.

czych, że pomimo ich istotnej roli w postrzeganiu rzeczywistości są wciąż pomijane w badaniach [por. Muzyka-Furtak, 2010; Porayski-Pomsta, 2015]. „Morfologię uważa się za najbardziej skomplikowaną część systemu gramatycznego języka, a stan badań nad jej kształtowaniem się w ontogenezie, zwłaszcza w odniesieniu do dzieci polskich, określa się jako niepełny” [Porayski-Pomsta, 2015, s. 150]. Jak pisze Józef Porayski-Pomsta, pierwszą i jedyną monografią w literaturze rodzimej poświęconą kształtowaniu się systemu słowotwórczego w ontogenezie jest pochodząca z 1971 roku praca Marii Chmury-Klektowej *Neologizmy słowotwórcze w mowie dzieci*. Autorka opisuje w niej specyficzne formacje słowotwórcze i semantyczne różnych części mowy, zaczerpnięte z wypowiedzi dzieci w dość rozległym przedziale wiekowym, bo od ok. 2 do 12 lat. Ostatnio problem rzeczownikowych konstrukcji słowotwórczych w świadomości językowej dzieci niesłyszących (w porównaniu ze słyszącymi) opisała również Ewa Muzyka-Furtak. Autorka poruszyła także istotny temat rozwijania świadomości językowej<sup>2</sup> u dzieci, szeroko rozumianej jako zdolność refleksji nad językiem [Clark, 1978] czy zamierzone używanie środków językowych, kontrolowanie ich poprawności oraz celowe manipulowanie nimi [Krasowicz-Kupis, 2004, s. 19–20]. Niestety do tej pory nie udało się ustalić, od którego momentu dziecko zaczyna świadomie posługiwać się konstrukcjami słowotwórczymi złożonymi z mniejszych jednostek o konkretnym ładunku semantycznym. Również „postawienie cezury pomiędzy rozwojem leksykalnym a rozwojem słowotwórczym dziecka nie jest możliwe, gdyż oba stanowią pewną jedność [...] a zasady leżące u podstaw mechanizmu akwizycji leksyki [...] są niewystarczające do objaśnienia mechanizmu akwizycji reguł słowotwórczych” [Muzyka-Furtak, 2010, s. 49].

Zaprezentowane w istniejących nielicznych pracach językoznawczych problemy dotyczące zjawisk słowotwórczych w mowie dziecka<sup>3</sup>, zwykle ograniczają się do rzeczowników i przymiotników, a do opisu czasownika podchodzi się z reguły na zasadzie pewnych statystyk procentowych lub podejmuje się próby pokazania przyswajania nowych wyrazów z określonych kręgów tematycznych, np. Maria Przetacznikowa zauważyła, że od początku 3. do 5. r.ż. czasowniki, podobnie jak rzeczowniki, stanowią 20–25% używanych części mowy [Przetacznik-

---

<sup>2</sup> Świadomość językowa w literaturze logopedycznej jest różnie definiowana [por. Kaczmarek, 1966; Clark 1978; Krasowicz-Kupis, 2004].

<sup>3</sup> Mowę dziecka – według J. Porayskiego-Pomsty [2015, s. 20] – można definiować na 3 sposoby: (1) jako okres, w którym dziecko przyswaja stopniowo sposoby porozumiewania się z otoczeniem zarówno w formie werbalnej (system językowy), jak i niewerbalnej (mimika, gesty); (2) jako charakterystyczne dla okresu dziecięcego, specyficzne, osobnicze sposoby i formy porozumiewania się z otoczeniem (od urodzenia do 12. r.ż.); (3) jako przedmiot badań interdyscyplinarnych z pogranicza psychologii i językoznawstwa.

kowa, 1968, s. 440–441]. Halina Zgółkowska wymieniła przykłady czasowników, które przyswaja sobie dziecko, dzieląc je na trzy grupy: ruch i poruszanie się (*biegać, jechać*), czynności i zdarzenia związane z mówieniem (*chwalić się, kłamać*) oraz wyrażenia dźwiękonaśladowcze (*mruczeć, stukać*) [Zgółkowska, 1987, s. 14]. Natomiast Stefan Szuman opisał czasowniki z podziałem na grupy semantyczne w mowie dzieci 2 i 4-letnich, podając poszczególne słowa w formie bezokolicznika. Zaobserwował, że 2-latki używały do 240 czasowników, tematycznie związanych głównie z zaspokajaniem potrzeb biologicznych (*jeść*), posesywnością (*chcieć, mieć*), nieprzyjemnymi uczuciami (*bać się*) oraz czynnościami ruchowymi (*isć, stać*). Natomiast liczba używanych czasowników przez 4-latki wzrosła do ponad 500 wyrazów, a ich zakres znaczeniowy poszerzył się o kategorie czynności wykonywanych przy użyciu narzędzi (*kosić*) i czynności umysłowych (*rozumieć*). Szuman w swoich badaniach podkreślał, że zajmował się przede wszystkim „treścią wyrazów, a nie ich postacią językową [...], co miało służyć wstępnej orientacji w materiale wyrazów”. Zaznaczył jednak, że z czasem materiał słownikowy badanych dzieci powinien zostać ponownie opracowany przy fachowej pomocy językoznawców [Szuman, 1968, s. 77–78].

Dziwi takie ostrożne i nieco schematyczne podejście do słowotwórstwa czasownika, który przecież obok nominalnej części mowy jaką jest rzeczownik, warunkuje istnienie gramatyki, a zatem i języka. Czasownik „stanowi strukturalny (konstytutywny) ośrodek zdania, wyznacza jego strukturę, otwiera miejsce dla składników semantycznych i syntaktycznych” [Urbańczyk, Kucala, 1999, s. 49]. Być może mniejsze zainteresowanie derywacją werbalną wynika z faktu, że czasowniki to części mowy, które nie zawsze poddają się prostej interpretacji znaczeniowej, bowiem za ich pomocą przekazujemy bogactwo semantyczne czynności, procesów i stanów związanych także ze sferą emocjonalną i abstrakcyjną języka. Znacznie łatwiej określić wartość konkretnego leksemu rzeczownikowego, ponieważ jego odpowiednik można wskazać w rzeczywistości pozajęzykowej. Inaczej bywa z czasownikiem, uwikłanym w sieć detali znaczeniowych, niekiedy trudnych do ustalenia.

Jan Tokarski definiuje czasownik jako „klasę wyrazów odmieniających się przez osoby [...] o żywych i prawidłowych związkach słowotwórczych, mających charakter seryjny” [1951, s. 15]. Tę powtarzalność (sekwencyjność), o której pisze Tokarski, można zaprezentować za pomocą analizy gniazdowej. Słowotwórstwo gniazdowe jest metodą badawczą szeroko rozpowszechnioną w językoznawstwie.

Dysponowanie opisem gniazdowym otwiera przed słowotwórstwem nowe możliwości. Pogrupowanie wyrazów motywowanych w gniazda słowotwórcze wokół wyrazów centralnych (podstawowych) pozwala widzieć wszystkie wyrazy hasłowe jako rezultaty kilku kolejnych operacji słowotwórczych, w których zastosowano różne techniki derywacyjne. Każdy łańcuch słowotwórczy ukazuje nie tylko powstałe wyrazy na różnych poziomach, ale także [...] środki słowotwórcze wyzyskane przy ich tworzeniu [Jadacka, 2003, s. 56–57].

Gniazdo słowotwórcze to zbiór leksemów powiązanych ze sobą stosunkiem motywacji bezpośredniej, pośredniej lub wzajemnej. Między wyrazami należącymi do jednego gniazda słowotwórczego istnieje sieć hierarchicznie uporządkowanych związków słowotwórczych. Typowe gniazda słowotwórcze reprezentują najczęściej strukturę trójstopniową, np.

<i>robić</i> (nd) >	(I) <i>zarobić</i> (dk) >	(II) <i>zarabiać</i> (nd) >	(III) <i>pozarabiać</i> (dk)
	<i>podrobić</i>	<i>podrabiać</i>	<i>popodrabiać</i>
	<i>nadrobić</i>	<i>nadrabiać</i>	<i>ponadrabiać</i>
	<i>wrobić</i>	<i>wrabiać</i>	<i>powrabiać</i>

Między strukturami heteromorficznymi II stopnia i wyższymi zachodzi stosunek motywacji pośredniej. Gniazdo słowotwórcze<sup>4</sup> przedstawia pewną wspólnotę semantyczną, na podstawie której łatwiej dostrzec subtelne odcienie znaczeniowe wyrazów.

Celem artykułu jest przedstawienie mechanizmów tworzenia derywatów czasownikowych przez dzieci 5-letnie, zobrazowanie tych procesów za pomocą gniazd słowotwórczych oraz porównanie ich ze słowotwórstwem normatywnym. Nie bez przyczyny wybrano tę grupę wiekową, ponieważ – według Eve Vivienne Clark – zdolności formułowania sądów dotyczących morfologii ujawniają się u dzieci ok. 5 r.ż. Wtedy też można mówić o kształtowaniu się świadomej, refleksyjnej postawy wobec języka. O słuszności prowadzenia badań w zakresie kompetencji słowotwórczej dzieci w wieku przedszkolnym, świadczyć może wykorzystanie dziecięcej kreatywności językowej w terapii logopedycznej. Zdaniem Edwarda Łuczyńskiego, powoływanie przez dzieci nowych tworów językowych stymuluje ich aktywność w zakresie mówienia, pozwalając tym samym na doskonalenie mowy pod względem jakościowym [2011, s. 92].

Materiał źródłowy ograniczono wyłącznie do haseł czasownikowych, ponieważ jest to najsłabiej opracowana część mowy w języku przedszkolaków. Badania przeprowadzono metodą poprzeczną, czyli w jednej grupie wiekowej, w kilku przedszkolach regionu łódzkiego. Uzyskane czasowniki pochodzą z zasłyszanych codziennych rozmów dzieci, z przeprowadzonych z dziećmi luźnych konwersacji, z tematycznie ukierunkowanych dyskusji, ale także w oparciu o konkretne pytania o dany czasownik. Takie przekrojowe postępowanie badawcze miało na celu wydobycie zarówno czasowników podstawowych, jak i wszelkich struktur heteromorficznych (pochodnych).

Czasowniki podzielono na formacje dewerbalne (odczasownikowe) i denominalne (odrzeczownikowe i odprzymiotnikowe) w celu zweryfikowania, czy dziecko 5-letnie wykazuje większe predyspozycje do tworzenia derywatów z pierwszej czy z drugiej grupy.

<sup>4</sup> O możliwości opisu zasobu środków słowotwórczych w systemie gniazdowym pisał także Łuczyński [2011, s. 90–91].

## Denominalne gniazda słowotwórcze

### I. Odrzeczownikowe (odniesienie do desygnatu w rzeczywistości pozajęzykowej):

1. hamulec<sup>5</sup> < > (I) *hamować* > (II) *hamowywać* > (III) *zahamować* > (IV) *zahamowywać*  
 (III) *przyhamować*  
 (III) *odhamować*

- (I) *Nie hamuj mojego motora.*  
 (II) *Tataś od razu hamowywał [zahamował], ale i tak się zderzyli.*  
 (III) *Na lodzie nie da się zahamować od razu.*  
*Mój brat przyhamował rower i spadł na głowę.*  
*Ciociu, on nie chce odhamować [puścić do przodu] mojego samochodu.*  
 (IV) *Nie zahamowuj tak ciągle, bo będziemy się zderzywać.*

2. zderzak < > (I) *zderzyć się* > (II) *zderzywać się* > (III) *pozderzywać się*  
 (III) *odzderzywać się*

- (I) *Moja beemwówka się zderzyła z autem Jacka.*  
 (II) *Nie zahamowuj tak ciągle, bo będziemy się zderzywać.*  
 (III) *Wszystkie samochody się pozderzywały, a teraz się odzderzują [odjeżdżają po zderzeniu].*

3. oczy > (I) *oczować* 'mrugać oczami' > (II) *przyoczyć* 'podejrzeć'  
 > (III) *przyoczać* 'podglądać'

- (I) *Zobacz jak oczuje, woda mu przysła.*  
 (II) *Alek przyoczył Marysie w łazience.*  
 (III) *Ty mnie nie przyoczej jak robię, rób sama.*

4. śruba > (I) *śrubować* > (II) *zaśrubować*  
 (II) *zaśrubić*  
 (II) *prześrubować się* 'na wylot'  
 (II) *odśrubować* > (III) *odśrubowywać*

- (I) *Śrubakiem się śrubuje [przykręca].*

---

<sup>5</sup> W przypadku relacji słowotwórczej wyrazów *hamulec* < > *hamować*, *zderzak* < > *zderzać* możemy mówić o motywacji wzajemnej; wyrazem wyjściowym w gnieździe słowotwórczym uczyniono rzeczownik, gdyż dziecko odniosło się do konkretnego desygnatu.





10. kartka > (I) *kartkować* ‘rozsypywać kartki’ > (II) *odkartkować* ‘cofnąć kartkę’  
(II) *zakartkować* ‘wyłożyć kartkami’

- (I) *Przestań tu kartkować, nie zasypuj podłogi.*
- (II) *Czemu mi odkartkowałeś spowrotem książkę?  
Ciociu, cały dywan zakartkowałeś.*

11. mgła > (I) *mglić się* ‘mgli się na dworze’ > (II) *odemglic się* ‘o mgle: zniknąć’

- (I) *Mój tata nie lubi jak się mgli, bo nic nie widać na drodze.*
- (II) *Po śniadaniu już się odemgliło, bo słońce wstało.*

12. but > (I) *butnąć* ‘kopnąć butem’ > (II) *rozbucić* ‘zdjąć buty’  
(II) *zabucić* ‘ubrudzić butami’

- (I) *Ciociu, a Alek butnął mnie w kostkę.*
- (II) *Nie mogę rozbucić nogi.  
Powiem cioci Ani, jak zabuciłeś mi czapkę.*

## II. Odprzymiotnikowe (odniesienie do cechy desygnatu):

1. niski > (I) *niżyć się* > (II) *uniżyć się* > (III) *zniżować się*  
(II) *odniżyć się*

- (I) *Nie niż się, bo walniesz o stół.*
- (II) *Jakby się odniżył [wstał], to mógłby sięgnąć.  
Musisz się uniżyć [przykucnąć], bo nie zobaczysz.*
- (III) *Samolot się zniżuje, żeby wylądować.*

2. cichy > (I) *ciszyć* > (II) *przyciszyć*  
(II) *rozciszyć* > (III) *rozciszywać*

- (I) *Ciociu, on mnie ciszy, a ja też chce powiedzieć.*
- (II) *Ja przyciszyłam, a ona rozciszyła.*
- (III) *Idź sobie, nie rozciszywaj!*

3. duszny > (I) *dusznic się* ‘robić się duszno’ > (II) *oddusznic się* ‘zrobić się chłodniej’

- (I) *Jak się duszni na dworze, to burza się zbliża, a jak się odduszni, to się odbliża.*
- (II) *Jak się duszni na dworze, to burza się zbliża, a jak się odduszni, to się odbliża.*



4. bliski > (I) *odbliżyć się* > (II) *odbliżyć się*  
(II) *zbliżyć się*

(I) *Odbliż się [odsuń się] ode mnie.*

(II) *Jak się duszni na dworze, to burza się zbliża, a jak się odduszni, to się odbliża.*

5. zimny > (I) *zimnić się* 'oziębic się' > (II) *odzimnić się* 'zrobić się ciepło'  
(II) *przymięć* 'zaziębic'

(I) *Dzisiaj się zimniło na dworze.*

(II) *Zimne picie gardło przymię i będziesz chora.*

*Pani wczoraj mówiła, że jutro się odzimni i wyjdziemy na spacer.*

### Dewerbalne gniazda słowotwórcze

(brak odniesienia do konkretnego przedmiotu w rzeczywistości pozajęzykowej)

1. pędzić > (I) *rozpędzić* > (II) *rozpędzać* 'nabierać prędkości' > (III) *rozpędziwać*  
(II) *napędzać* 'nadążać'

(I) *Za mało się rozpędził.*

(II) *Nie mogę za Tobą napędzić, ej, zwolnij!*

*Zobacz jak mój samolot się rozpędza.*

(III) *Nie rozpędzuj go tak ciągle, bo kółka odleca.*

2. musieć > (I) *namusić* > (II) *namuszać*  
(I) *odmusieć się* 'odechcieć się'

(I) *Namusilałam się i dokończyłam rysować.*

*Ciociu, już mi się odmusiało.*

(II) *Nie namuszaj mnie!*

3. pchać się > (I) *napchać się* > (II) *napychać się* 'na kogoś'  
(I) *odpchnąć się* 'prześć się pchać'

(I) *Janek napchał się chlebem i pluje na mnie!*

*Odpchnij się ode mnie!*

(II) *Ej, nie napychaj się na mnie!*

4. jechać > (I) *zjechać* 'na bok' > (II) *zjeżdżywać*  
(I) *zjechać* 'przejechać po kimś'  
(I) *odjechać* 'rozjechać'

- (I) *Muszę zjechać zatankować, a ty nie zjeżdżywaj za mną, jedź dalej.  
A ja widziałem na filmie, jak takiego pana samochód zjechał przez brzuch.  
Nie naciskaj tak, bo wszystkie koła mu odjechały.*

(II) *Muszę zjechać zatankować, a ty nie zjeżdżywaj za mną, jedź dalej.*

5. spieszyc się > (I) *wspieszyć się* > (II) *naspieszać*

(I) *Tak się dzisiaj wyśpieszyłam, że zapomniałam mojej teczki z rysunkiem.*

(II) *Nie naspieszaj mnie!*

6. chować się > (I) *schować się* > (II) *schowywać się*  
(I) *odchować się* 'wyjść z ukrycia'

(I) *Ja już wiem, gdzie się schowali.*

*Igor, już się odchowaj, ja idę na zjeżdżalnię.*

(II) *One się ciągle w to samo miejsce schowują.*

7. szyc > (I) *odszyć się* 'urwać się'  
(I) *przyszyć*  
(I) *rozszyc* 'pozbawić szwów'

(I) *uszyć* >

(II) *uszywać*

(I) *Ciociu, guzik mi się odszył. Możesz mi przyszyć?*

*Jak się urwał, to trzeba nitką go przyszyć.*

*A jak się coś uszyje, to można jeszcze rozszyc?*

(II) *Źle uszywasz, bo nitka wisi; Babcia uszywała [uszyła] mi tą sukienkę.*

8. śmiać się > (I) *uśmieszyć się* 'ucieszyć się' > (II) *naśmieszać się*  
(I) *odśmieszyć się* 'przestać się śmiać'

(I) *Ciocia się uśmieszyła.*

*Nie mogę się odśmieszyć.*

(II) *Przestań się już naśmieszać.*

9. widzieć > (I) *przewidzieć* 'nie zauważyć, przeoczyć'  
(I) *odwidzieć* 'stracić wzrok'

(I) *Ja to przewidziałam i dlatego nie pomalowałam.*

*Mój dziadek odwiedził i teraz nosi ciemne okulary.*

10. malować > (I) *namalować*  
 (I) *zmalować* ‘o farbie: zetrzeć’  
 (I) *odmalować* ‘zetrzeć’

(I) *A ja namalowałam Wojtkę.*  
*Ciociu, zmaluj mi farbę ze stoliczka.*  
*Jak mam teraz odmalować ten kolor?*

11. móc > (I) *namóc* ‘dać radę’  
 (I) *odmóc* ‘nie pomagać’  
 (I) *podmóc* ‘trochę pomóc’

(I) *Ja nie namogę sama z tym pudłem.*  
*Ej, odmóż mi! [nie pomagaj mi]*  
*Ciociu, podmożesz mi trochę?*

Analiza gniazd słowotwórczych, w jakie układają się czasowniki tworzone i używane na co dzień przez dzieci 5-letnie pokazuje, że grupa verbów denominalnych jest bogatsza w wyrazy pochodne w porównaniu z grupą czasowników dewerbalnych. Derywacja denominalna ma charakter wielostopniowy, a powstające w ten sposób łańcuchy słowotwórcze mają najczęściej strukturę dwu- i trzystopniową, ale zdarzają się też formy czwartego stopnia, np. *pozahamowywać*. Wynika to zapewne z możliwości odniesienia się w trakcie procesu nominacji do konkretnego przedmiotu w rzeczywistości pozajęzykowej. Jako podstawa słowotwórcza dominuje rzeczownik, rzadziej zaś przymiotnik, co może również świadczyć o tym, że dziecko, tworząc wyraz pochodny, najpierw dostrzega przedmiot całościowo, a dopiero później jego atrybuty (cechy).

Gniazda dewerbalne (od podstaw czasownikowych) wydają się nieco uboższe, ponieważ osiągają jedynie pierwszy, czasem drugi poziom słowotwórczy. Taka frekwencja jest jak najbardziej zrozumiała, gdyż dziecko, tworząc odczasownikowe wyrazy pochodne, nie znajduje ich bezpośredniego odbicia w rzeczywistości, bazuje jedynie na wyobrażeniu o danym procesie czy stanie.

Podstawowe techniki derywacyjne służące kreowaniu nowych czasowników, zarówno denominalnych, jak i dewerbalnych to: sufiksacja i prefiksacja. Różnice w porównaniu z językiem normatywnym, wynikają z odmiennej dystrybucji afiksów. Na przykład w obrębie derywacji paradygmatycznej dzieci tworzą wyrazy pochodne o tym samym znaczeniu słowotwórczym, używając wymiennie różne przyrostki, np. *zaśrubować* i *zaśrubić*; *zdziurzyć* i *zdziurować*. Analiza gniazdowa pokazuje również rozbieżności w doborze prefiksów, np. *namusić* (zmusić), *podmóc* (pomóc), *zjechać* (przejechać), *wyspieszyć się* (pospieszyć się) itp. Ciekawa z punktu widzenia słowotwórczego wydaje się kategoria czasowników anulatywnych oznaczających cofnięcie, likwidację czyn-

ności nazwanej podstawą słowotwórczą. Dzieci 5-letnie najchętniej sięgają po prefiks *od-*, który nota bene wyspecjalizował się w polszczyźnie ogólnej w tej właśnie funkcji (*odkopać – zakopać, odkryć – zakryć, odwiązać – zawiązać*). Jednak tworzone, na zasadzie analogii, dziecięce derywaty to typowe neologizmy słowotwórcze, nie występujące w słownikach języka polskiego, np. *odbliżyć, odhamować, odzderzywać, odkartkować, odemglić* itp. Interesujące i zupełnie jeszcze niezgodne z normą języka ogólnego są wielokrotne formy czasownika (iterativa) typu: *zahamowywać, pozderzywać się, odśrubbywać, poczarowywać, rozciszywać, rozpędziwać, zjeżdżiwać*, tworzone także na zasadzie podobieństwa za pomocą przyrostka *-iwać/-ywać*. Z analizy gniazdowej wylania się również trudny dla przedszkolaków problem aspektu czasownika. Perfektywizację czasowników włącza się w zakres słowotwórstwa oraz semantyki werbalnej, ponieważ podstawową funkcją prefiksów, obok nadawania znaczenia wyrazom pochodnym, jest wprowadzanie aspektu dokonanego. Kategoria ta informuje albo o całościowym ujęciu czynności wraz z jej zakończeniem (aspekt dokonany), albo ukazuje czynność w przebiegu (aspekt niedokonany) [Grzegorzyczkowa, 1993, s. 455]. Materiał źródłowy pokazuje, że możemy mówić o swego rodzaju dwuaspektowości czasowników u 5-latków, która na tym etapie rozwoju mowy objawia się pod postacią trudności w przekształcaniu form niedokonych na dokonane, o czym mogą świadczyć użyte w kontekście wyrazy, np. *hamowywać* (w zn. ‘zahamować’ *Tatuz od razu hamowywał, ale i tak się zderzyli*), *zimnić się* (w zn. ‘oziębic się’ *Dzisiaj się zimniło na dworze*) czy *uszywać* (w zn. ‘uszyć’ *Babcia uszywała mi tą sukienkę*). Charakterystyczne dla dzieci 5-letnich jest powoływanie neologizmów semantycznych, czyli wyrazów istniejących we współczesnej polszczyźnie w identycznej formie, ale używanych w odmiennym znaczeniu, np. *rozczarować* ‘cofnąć czar’ (nie w zn. ‘zawieść kogo’), *kartkować* ‘rozsyptywać kartki’ (nie w zn. ‘przeglądać kartki w książce’), *przewidzieć* ‘przeoczyć’ (nie w zn. ‘przeczuć coś’) itp. W mowie dzieci przedszkolnych dochodzi także do procesu kontaminacji, czego przykładem jest czasownik *uśmieszyć się*, powstały na skutek połączenia wyrazów *uśmiechnąć się* oraz *cieszyć się*.

## Podsumowanie

Rozwój systemu słowotwórczego u dziecka polega na wydobyciu słów z potoku mowy, ich identyfikacji, następnie wydzieleniu w danym słowie tematu słowotwórczego oraz afksu, co w rezultacie prowadzi do rozpoznania znaczenia i przyporządkowania wyrazu do określonych kategorii ontologicznych systematyzujących rzeczywistość. Nie jest to zadanie łatwe. Celem analizy gniazdowej czasowników było zobrazowanie mechanizmów, jakimi rządzi się system słowotwórczy dzieci 5-letnich i porównanie go z językiem normatywnym. Na podstawie zebranego materiału udało się ustalić, że werbalny system

słowotwórczy 5-latków jest jeszcze nieco rozchwiany. Tę niestabilność widać przede wszystkim w:

- zupełnie przypadkowym doborze afiksów, czego efektem są liczne neologizmy słowotwórcze (*rozbucić, przemaslić, odniżyć się*);
- używaniu słów w znaczeniu niezgodnym z normą językową (neosemantyzmy);
- tworzeniu kontaminacji (*uśmieszyć się*);
- stosowaniu „reguły kontrastu”, zgodnie z którą każdą czynność można anulować, np. *odbliżyć się, odniżyć się, odkartkować*;
- budowaniu niepoprawnych form wielokrotnych (*rozciszywać, zderzywać się, zniżywać się*);
- problemach z tworzeniem aspektu dokonanego.

Dzieci 5-letnie bardzo chętnie tworzą werbalne struktury pochodne, jednak najczęściej proces ten odbywa się na zasadzie pewnych zbieżności cech. Zwykle sięgają po wybrany, upodobany przez siebie typ słowotwórczy, stosując swoisty szablon leksykalny, np. przyrostek *-iwać/-ywać*, powtarzający się w kolejnych gniazdach słowotwórczych:

- (I) *hamować* – (II) *hamowywać* – (III) *zahamować* – (IV) *zahamowywać*;
- (I) *śrubować* – (II) *odśrubać* – (III) *odśrubywać*;
- (I) *zderzyć się* – (II) *zderzywać się* – (III) *pozderzywać się*;
- (I) *niżyć się* – (II) *unizżyć się* – (III) *zniżywać się*.

W ten sposób powstają tzw. ciągi analogiczne, polegające na automatycznym kopiowaniu poznanych modeli słowotwórczych. U podstaw mechanizmu analogii leżą: podobieństwo i poznanie. Zatem dziecko, tworząc określone ciągi słowotwórcze, musi wykazać się sprawnością kojarzenia pojedynczych wyrazów, na wzór których uzupełnia kolejne szczeble gniazda słowotwórczego. Proces ten w efekcie świadczy o ogromnym zaangażowaniu językowym młodego umysłu i jego potężnym wysiłku intelektualnym, bo jak pisał Jan Baudouin de Courtenay, myślenie językowe polega na „ciągłej i nieustającej asymilacji, [...] ożywianiu niezrozumiałego przez wiązanie go ze zrozumiałym” [Baudouin de Courtenay, 1974, s. 190].

---

## Bibliografia

- Banaszkiewicz Agnieszka, 2011, *Fleksja werbalna w mowie dzieci pięcioletnich*, Lublin.  
 Baudouin de Courtenay Jan Nicisław, 1974, *Spostrzeżenia nad językiem dziecka*, Wrocław.  
 Chmura-Klekotowa Maria, 1971, *Neologizmy słowotwórcze w mowie dzieci*, „Prace Filologiczne”, XXI, s. 99–235.

- Clark Eve Vivienne, 1978, *Awareness of language: Some evidence from what children say and do*, w: Anne Sinclair, Robert J. Jarvella, Willem J. M. Levelt (eds.), *The child's conception of language*, Berlin, s. 17–43.
- Grzegorzczkowska Renata, 1993, *Kategorie gramatyczne*, w: Jerzy Bartmiński (red.), *Współczesny język polski*, Wrocław, s. 445–458.
- Jadacka Hanna, 2003, *Zagadnienie motywacji słowotwórczej w opisie gniazdowym*, w: Mirosław Skarżyński (red.), *Słowotwórstwo gniazdowe. Historia. Metoda zastosowania*, Kraków, s. 29–49.
- Kaczmarek Leon, 1953, *Kształtowanie się mowy dziecka*, Poznań.
- Kaczmarek Leon, 1988, *Nasze dziecko uczy się mowy*, Lublin.
- Kozłowska Ewa, 1991, *Fleksja podstawowych kategorii wyrazów w mowie dzieci pięcioletnich*, cz. I, „Poradnik Językowy”, 9, s. 399–406.
- Kozłowska Ewa, 1992, *Fleksja podstawowych kategorii wyrazów w mowie dzieci pięcioletnich*, cz. II, „Poradnik Językowy”, 1, s. 60–67.
- Krasowicz-Kupis Grażyna, 2004, *Rozwój świadomości językowej dziecka. Teoria i praktyka*, Lublin.
- Łobacz Piotr, 1996, *Polska fonologia dziecięca. Studia fonetyczno-akustyczne*, Warszawa.
- Łuczyński Edward, 2002, *Fleksja języka polskiego z punktu widzenia ontogenezy mowy*, „Biuletyn Polskiego Towarzystwa Językowego”, LVIII, s. 157–165.
- Łuczyński Edward, 2004, *Kategoria przypadku w ontogenezie języka polskiego, czyli o wchodzeniu dziecka w rzeczywistość gramatyczną*, Gdańsk.
- Łuczyński Edward, 2011, *Rozgryzając tajniki mowy. Wiedza o języku polskim dla logopedów*, Gdańsk.
- Muzyka-Furtak Ewa, 2010, *Konstrukcje słowotwórcze w świadomości językowej dzieci niesłyszących*, Lublin.
- Porayski-Pomsta Józef, 2015, *O rozwoju mowy dziecka. Dwa studia*, Warszawa.
- Przetacznik-Gierowska Maria, 1994, *Od słowa do dyskursu. Studia nad mową dziecka*, Warszawa.
- Przetacznikowa Maria, 1968, *Rozwój struktury i funkcji zdań w mowie dziecka*, w: Stefan Szuman (red.), *O rozwoju języka i myślenia dziecka*, Warszawa, s. 383–629.
- Rocławski Bronisław, 1993, *Słuch fonemowy i fonetyczny*, Gdańsk.
- Smoczyńska Magdalena, 1986, *The Acquisition of Polish*, w: Dan Isaac Slobin (ed.), *The Cross-linguistic Study of Language Acquisition*, Vol. 1, New Jersey, s. 595–686.
- Smoczyńska Magdalena, 1997, *Przyswajanie systemu gramatycznego przez dziecko*, w: Halina Mierzejewska, Maria Przybysz-Piwkowska (red.), *Rozwój poznawczy i rozwój językowy dzieci z trudnościami w komunikacji werbalnej*, Warszawa, s. 42–53.
- Smoczyński Paweł, 1955, *Przyswajanie przez dziecko podstaw systemu słowotwórczego*, Łódź.
- Szuman Stefan, 1968, *O rozwoju języka i myślenia dziecka*, Warszawa.
- Tokarski Jan, 1951, *Czasowniki polskie. Formy, typy, wyjątki. Słownik*, Warszawa.
- Urbańczyk Stanisław, Kucala Marian (red.), 1999, *Encyklopedia języka polskiego*, Wrocław–Warszawa–Kraków.
- Zarębina Maria, 1965, *Kształtowanie się systemu językowego dziecka*, Wrocław–Warszawa–Kraków.
- Zarębina Maria, 1994, *Język polski w rozwoju jednostki. Analiza tekstów dzieci do wieku szkolnego. Rozwój semantyczny języka dziecka. Dyskusja nad teorią Chomskiego*, Gdańsk.
- Zgółkowska Halina, 1987, *Ilościowa charakterystyka słownictwa współczesnej polszczyzny*, Poznań.

## Summary

The key objective of this article is to supplement few existing works concerning linguistic skills of pre-school children in relation to word building. The article discusses the topics of children's verbal word-formation development in the speech ontogenesis. To describe this phenomenon, a nest analysis is used, which, in a clear manner allows to capture derivative techniques and word-formation means used on different levels of linguistic system by 5 year-olds. The nest description method, although wide-spread in linguistics, has not been used in speech therapy research, so far. The article is the first one which presents, how a pre-school child supplements subsequent levels of a given word-formation nest in relation to a verbal derivation.



Ewa Gacka

Uniwersytet Łódzki\*

## DIAGNOZOWANIE I USPRAWNIANIE FUNKCJI ODDECHOWEJ W POSTĘPOWANIU LOGOPEDYCZNYM. UJĘCIE TEORETYCZNE I PRAKTYCZNE

---

DIAGNOSING AND STREAMLINING THE RESPIRATORY  
FUNCTION IN SPEECH-THERAPY PROCEEDINGS.  
THEORETICAL AND PRACTICAL PERSPECTIVE

**Słowa kluczowe:** oddychanie, układ oddechowy, diagnoza logopedyczna funkcji oddechowej, zaburzenia oddychania, terapia.

**Keywords:** respiration, respiratory system, speech-therapy diagnosis of the respiratory function, respiratory distress, therapy.

### Wprowadzenie

Istotną kwestią w rozpoznawaniu nieprawidłowości mowy są weryfikowalne, jasno określone kryteria oceny kompetencji oraz sprawności: językowej i komunikacyjnej, a także czynności leżących u ich podstaw, np. funkcji oddechowej, pokarmowej czy też odruchów ustno-twarzowych.

Oceną oddychania (różnych jego aspektów i z różnych punktów widzenia) zajmuje się wielu specjalistów, między innymi: anestezjologów, pulmonologów, laryngologów, foniatrików, neonatologów, ortodontów, rehabilitantów, fizjoterapeutów, a także logopedów. Zainteresowanie tych ostatnich oddychaniem wynika z jego roli w tworzeniu głosu, mówieniu. Głos powstaje w krtani, która generuje go z „paliwa”, jakim jest wydychane powietrze. Utworzony ton krtaniowy ulega wzmocnieniu w rezonatorach (głowym/nasady oraz piersiowym) i przekształca się w dźwięki mowy za sprawą ruchów narządów artykulacyjnych. Głoski są więc efektem współdziałania układów: oddechowego, fonacyjnego i artykulacyjnego.

---

\* Wydział Filologiczny, Instytut Filologii Polskiej i Logopedii, Zakład Dialektologii Polskiej i Logopedii, ul. Pomorska 171/173, 90-236 Łódź, ewa.gacka@uni.lodz.pl



Barbara Ostapiuk definiuje *głoskę* jako „zespół względnie jednoczesnych pozycji i ruchów oddechowo-fonacyjno-artykulacyjnych (PiROFA)” [2012, s. 432], porównując jej wymawianie do „rzeźbienia powietrza” [2010/2011, s. 123].

Oddychanie, a także przyjmowanie pokarmów, picie, odruchy ustno-twarzowe, mimikę, zabawy orofacjalne zalicza się do czynności prymarnych względem mowy, a więc „[...] konstytuujących wraz z układem nerwowym ruchową bazę mowy w różnym zakresie i wymiarze”, zarówno w okresie prenatalnym, jak i postnatalnym [Pluta-Wojciechowska, 2011, s. 125].

Nieprawidłowości oddechowe mogą, ale nie muszą towarzyszyć zaburzeniom mowy, zróżnicowane bywają ich charakter i nasilenie. Diagnozuje się je u osób z dysartrią, dyslalią, oligofazją, a także u pacjentów po laryngektomii, jąkających, głuchych i niedosłyszących, z rozszczepem wargi i/lub podniebienia oraz z zaburzeniami głosu. Ponadto stanowią jeden z symptomów zwiastujących późniejsze trudności w rozwoju komunikacji językowej, rozpoznawanych i podlegających terapii w ramach wczesnej interwencji u małych dzieci.

## **Budowa i funkcjonowanie układu oddechowego**

*Oddychanie* reguluje życiowe procesy organizmu człowieka, pełni także istotną „[...] rolę społeczną w osobniczym komunikowaniu się z otoczeniem w formie tworzenia mowy, śpiewu i gry na instrumentach dętych” [Pawłowski, 2010, s. 42]. Wyodrębnić w nim można fazę wdechu, pobrania powietrza z otoczenia do płuc, oraz fazę wydechu, czyli wydalania powietrza. Wydobywanie głosu, mówienie, śpiewanie odbywa się na wydychanym powietrzu. Wszystkie głoski języka polskiego mają charakter ekspiracyjny, czyli powstają jako modyfikacja wydechu, w przeciwieństwie do głosek inspiracyjnych, powstających na wdechu, czy mlasków kształtujących się na bezdechu, które spotkać można w innych językach [Ostaszewska, Tambor, 2005].

Układ oddechowy tworzą drogi oddechowe dolne (płuca, oskrzela i tchawica) oraz górne, na które składają się jama nosowa, ustna, gardło oraz krtań. W oddychaniu istotną rolę pełnią mięśnie oddechowe, przede wszystkim przepona oraz mięśnie międzyżebrowe. Podczas wdechu żebra rozsuwają się na boki, a przepona oddzielająca jamę brzuszną od klatki piersiowej obniża się (klatka piersiowa powiększa się). Podczas wydechu zmniejsza się objętość klatki piersiowej, mięśnie międzyżebrowe oraz przepona wracają do swojej poprzedniej pozycji. Ponieważ praca przepony jest niezależna od naszej woli (brak w niej zakończeń nerwów czucia głębokiego), tylko pośrednio możemy na nią wpływać poprzez kontrolowanie pracy żeber, do których przepona jest przyczepiona, co możemy wykorzystać w procesie usprawniania funkcji oddechowej [Tarasiewicz, 2003]. W zależności od aktywności mięśni oddechowych, wyszczególnić można różne typy oddychania:

- szczytowy (obojczykowo-żebrowy), w którym przeważa praca górnych żeber i mięśni mostka, przy braku aktywności przepony i dolnych żeber;
- piersiowy (żebrowy), w którym przeważa praca dolnych żeber;
- brzuszny (przeponowy), jego charakterystyczną cechą jest dominacja pracy przepony;
- piersiowo-brzuszny (całościowy), w którym biorą udział wszystkie mięśnie oddechowe [Śliwińska-Kowalska, 1999; Tarasiewicz, 2003].

Oddychanie służące wyłącznie celom fizjologicznym nazywamy statycznym (spoczynkowym). W oddychaniu statycznym wdech jest procesem aktywnym, wymagającym skurczu mięśni oddechowych, zaś wydech jest procesem pasywnym, w którym następuje rozluźnienie napięcia mięśniowego. W czasie mówienia i śpiewu oddychanie statyczne przekształca się w typ dynamiczny, w którym wdech przebiega identycznie, jak w oddychaniu statycznym, a wydech jest procesem czynnym, odbywającym się dzięki pracy różnych grup mięśni. W oddychaniu dynamicznym ważna jest umiejętność *podparcia oddechowego*, które „[...] polega w swej istocie na możliwie długim utrzymaniu aparatu oddechowego w pozycji wdechowej” [Tarasiewicz, 2003, s. 139]. W tym sposobie oddychania podczas wydechu klatka piersiowa pozostaje jeszcze przez pewien czas w pozycji wdechowej, przepona zaś powoli unosi się, co prowadzi do wydłużenia fazy wydechowej, wzmocnienia głosu.

Dla diagnozowania i usprawniania funkcji oddechowej istotna jest znajomość różnic w budowie oraz funkcjonowaniu układu oddechowego zarówno dzieci, jak i osób w starszym wieku (seniorów). Podmiotem zainteresowania logopedów jest przecież człowiek na przestrzeni całego swojego życia.

Drogi oddechowe dzieci są krótkie i wąskie, co sprzyja częstym infekcjom, a to z kolei może prowadzić do kształtowania się nieprawidłowego (ustnego) toru oddychania. Krtani jest wysoko ustawiona, nagłośnia wiotka. Mięśnie międzybrowe są słabo rozwinięte. Szkielet chrząstny krtani, tchawicy, oskrzeli jest cienki, a tkanka łączna i mięśniowa całego układu oddechowego wiotka. Noworodki i niemowlęta przez pierwsze sześć miesięcy życia oddychają wyłącznie przez nos, dlatego bardzo ważne jest dbanie o jego drożność. Wąskie i bogato unaczynione przewody nosowe łatwo ulegają obrzękom, a to w połączeniu z nieżytem nosa może prowadzić do niewydolności oddechowej. Migdałki (zwłaszcza gardłowy) często ulegają przerostowi, stanowiąc przeszkodę w oddychaniu drogą nosową. Błona śluzowa dróg oddechowych jest obficie ukrwiona, co przy dużej pobudliwości dzieci może prowadzić do obrzęków różnych części układu oddechowego, np. krtani, przyczyniając się do powstania zaburzeń głosu. Niemowlęta oddychają w sposób przeponowy. Z chwilą przyjęcia przez dziecko postawy pionowej sposób oddychania zmienia się na żebrowy (częstszy u dziewcząt) lub brzuszny [Eberhardt, 1998; Kluj, Gaszyński, 2014].

Funkcjonowanie układu oddechowego pogarsza się wraz z wiekiem, w związku z naturalnym starzeniem się organizmu, niezależnie od ogólnego stanu zdro-

wia człowieka. U osób starszych zmniejsza się ruchomość klatki piersiowej, jej ściany stają się mniej rozciągliwe z powodu zwapnień chrząstek żebrowych, a także osteoporozy. Dochodzi do upośledzenia mechanizmów obronnych układu oddechowego, obniżenia siły wszystkich mięśni (całego układu mięśniowego), a więc także mięśni oddechowych. Tym, co charakteryzuje układ oddechowy seniorów, jest wiotkość górnych dróg oddechowych, zwłaszcza podniebienia miękkiego, prowadząca do bezdechów nocnych oraz zaburzeń rezonansu nosowego. Redukcji ulega pojemność życiowa płuc, a także długość i siła maksymalnego wydechu. U osób, u których przewlekła choroba wiąże się z koniecznością leżenia w łóżku, dochodzi do zalegania wydzieliny w oskrzelach, co powoduje spływanie oddechu [Jajor i in., 2013; Kozak-Szkopek, Galus, 2010].

### **Sposoby diagnozy funkcji oddechowej stosowane w postępowaniu logopedycznym**

Ocena oddychania stanowi integralną część badania logopedycznego. W diagnozie logopedycznej opisuje się i interpretuje zachowania językowe badanej osoby. A więc zasadne jest także badanie czynności leżących u podstaw mowy, wśród nich oddychania.

Diagnozowanie funkcji oddechowej obejmuje ocenę:

- toru oddechowego;
- typu oddychania;
- długości fazy wydechowej;
- równomierności siły wydechu;
- koordynacji oddechu z wypowiedzianym tekstem.

Ocenia się także stan napięcia mięśniowego, postawę ciała, stan emocjonalny pacjenta.

Diagnozy wymienionych aspektów funkcji oddechowej dokonuje się na podstawie próbek mowy spontanicznej (oddychanie dynamiczne), obserwacji oddychania statycznego, prób, które poleca się wykonać pacjentowi (oddychanie statyczne i dynamiczne). Sposób oceny trzeba dostosować do wieku pacjenta, jego możliwości psychofizycznych, umiejętności współpracy z diagnostą (np. pewne próby są niemożliwe do przeprowadzenia z bardzo małymi dziećmi, z kolei w badaniu osób dorosłych nie korzysta się z zabawek, z uwagi na opór pacjenta dorosłego przed infantylizacją postępowania diagnostycznego). W diagnozie oddychania ważne są także informacje pochodzące z wywiadu logopedycznego oraz uzyskane od innych specjalistów, np. laryngologów, fizjoterapeutów czy rehabilitantów, którzy współuczestniczą w opiece nad pacjentem z zaburzeniami funkcji oddechowej.

Diagnozowanie toru oddechowego u najmłodszych pacjentów sprowadza się do obserwacji. W okresie noworodkowym i niemowlęcym ocenie podlega

między innymi umiejętność integracji ssania, połykania i oddychania. O prawidłowej koordynacji tych czynności świadczy rytmiczność ssania [Pietras, 2016]. Podczas badania zwraca się również uwagę na domknięcie warg (w trakcie wywiadu logopedycznego pyta się o to rodziców lub opiekunów). Jak wspomniano, niemowlęta do 6. m. ż. oddychają wyłącznie przez nos [Kluj, Gaszyński, 2014], ale uchylone usta w czasie snu i czuwania mogą mieć negatywne konsekwencje w przyszłości, sprzyjając rozwojowi patologicznego toru oddychania (właśnie przez usta) po 6. m. ż. Obserwowany brak domknięcia warg może wynikać z obniżonego napięcia mięśniowego, a także wadliwego nawyku. W przypadku wcześniaków może być rezultatem braku dojrzałości układu mięśniowego.

Pożądaną, nosowy tor oddychania wpływa na właściwy rozwój twarzy i narządu żucia, sprzyja więc prawidłowemu rozwojowi artykulacji. Jak podkreślają ortodonci, powietrze przepływając przez jamę nosową masuje dno nosa, a brak takiego „[...] masażu powoduje zahamowanie poprzecznego wzrostu podstawy szczęki” oraz prowadzi do powstania wąskiego i wysokiego podniebienia [Wędrychowska-Szulc, 2008, s. 66]. Badania Małgorzaty Zadurskiej i in. wykazały statystycznie istotną zależność pomiędzy oddychaniem przez usta a wadami zgryzu i wadami wymowy [2007]. Przeglądowi piśmiennictwa na temat związków nieprawidłowego toru oddychania z zaburzeniami realizacji fonemów poświęcony jest również tekst Izabeli Malickiej [2017]. Także praktyka logopedyczna autorki prezentowanego artykułu potwierdza, że u pacjentów, u których diagnozuje się ustny tor oddychania bardzo często występuje międzyzębowa artykulacja głosek trzech szeregów (ś, ź, ć, dź, s, z, c, dz, sz, ż, cz, dż), głosek (t, d, n, l), obecne są też zaburzenia rezonansu nosowego.

Obserwacja to podstawowa metoda oceny toru oddychania również u starszych dzieci, młodzieży oraz dorosłych. O prawidłowym oddychaniu statycznym (drogą nosową) świadczy:

- wdech i wydech nosem;
- domknięte wargi, podniesiona (domknięta) żuchwa;
- pozostający w jamie ustnej (za górnymi zębami) język [Pluta-Wojciechowska, 2013].

Należy zwrócić uwagę na to, aby zwarciu warg nie towarzyszył widoczny wysilek.

W przypadku rozpoznania ustnego toru oddechowego, dla pogłębienia diagnozy można polecić pacjentowi wykonanie dwóch przysiadów (przypominając o konieczności złączenia warg) i dokonać oceny oddychania po zwiększonym przez ruch zapotrzebowaniu na tlen. Jeżeli po przeprowadzonej próbie usta badanego pozostaną złączone i nie wystąpią objawy duszności, to można uznać, że oddychanie przez usta ma charakter nawykowy [Karlowska, 2008]. Trzeba pamiętać, że oddychanie torem ustnym może być spowodowane niewłaściwym nawykiem lub nieprawidłowościami o charakterze organicznym, dlatego wskazana jest konsultacja laryngologiczna celem ich potwierdzenia (i ewentualnego lecze-

nia) bądź wykluczenia. W badaniu logopeda może posłużyć się również próbą lusterkową, która polega na przyłożeniu lusterka podczas wydechu (w oddychaniu spoczynkowym) nad górną wargą osoby badanej. Jeżeli na lusterku powstaną symetryczne, charakterystyczne ślady (tzw. skrzydła motyla) utworzone przez wydychaną parę wodną, świadczy to o równomiernym przepływie powietrza, a więc prawdopodobnie o braku przeszkód w jamie nosowej [Karlowska, 2008]. Badacze podkreślają, że w 80% przypadków oddychanie przez usta spowodowane jest nawykiem [Wędrychowska-Szulc, 2008]. Sprzyja temu niewłaściwa pozycja dziecka podczas snu oraz leżenia z odgięciem głowy do tyłu, kiedy zuchwa cofa się i przesuwają do dołu, a usta rozchylają się.

Diagnoza typu oddychania powinna uwzględniać ocenę pozycji ciała i napięcia mięśniowego. Rozluźnione, swobodne ciało jest warunkiem miarowego, spokojnego, wykonanego bez wysiłku oddechu. Za najbardziej pożądane i optymalne podczas mówienia, wydobywania głosu uważa się oddychanie piersiowo-brzuszne. Rozpoznanie typu oddychania polega na obserwacji pacjenta oraz na dotykowej kontroli mięśni oddechowych w czasie wdechu i wydechu. Nieprawidłowości podczas oddychania, na które powinno zwracać się uwagę w badaniu logopedycznym, to:

- unoszenie ramion podczas wdechu;
- brak lub niewystarczająca praca żeber;
- wciąganie brzucha podczas wdechu;
- wypinanie i napinanie brzucha podczas wydechu;
- nadmierne napięcie mięśniowe całego ciała;
- nierównomiernie rozłożony ciężar ciała.

Długość fazy wydechowej możemy określić pośrednio przeprowadzając próbę *maksymalnego czasu fonacji* (MCF), definiowanego jako „[...] najdłuższy czas (mierzony w sekundach), podczas którego dźwięk (najczęściej samogłoska «a») może być podtrzymany przy maksymalnym wdechu” [Halama, Raes, 1998, s. 39]. U dorosłych maksymalny czas fonacji wynosi około 20–25 sekund, u dzieci w 1. r.ż. – 2 sekundy, u dziesięciolatka waha się w granicach 10–15 sekund [Eberhard, 1998]. Jak podaje Grażyna Eberhard, maksymalny czas fonacji krótszy, niż 10 sekund u dorosłej osoby, dowodzi istniejącej patologii [1998]. Skrócony czas fonacji może świadczyć zarówno o nieprawidłowościach w zakresie głosu, jak i oddechu (obie funkcje – głosowa i oddechowa – są ze sobą ściśle związane).

Równomierność siły wydechu oceniamy za pomocą specjalnie przygotowanych prób, a także na podstawie analizy mowy spontanicznej. Przy równomiernym wydechu słowa w zdaniach, a także sylaby w słowach wypowiedane są z jednakową siłą. Przykładowe próby diagnostyczne oceniające umiejętność równomiernej siły wydechu to:

- dmuchanie na gaziki, paski papieru, inne lekkie przedmioty zawieszane na nitce, płomień świecy; przy równomiernej sile wydychanego powietrza kartka papieru, gazik, płomień świecy będą odchyłać się pod stałym kątem;



- dmuchanie na zabawki typu wiatraczki, inne wirujące przedmioty; przy równomiernej sile wydechu będą obracały się z jednakową prędkością;
- wypowiedanie głoski [s] z przerwami; przy równomiernej sile wydechu głoska za każdym razem będzie brzmiała z taką samą głośnością;
- wypowiedanie głoski [s] naprzemiennie raz ciszej, raz głośniej; przy równomiernej sile wydechu zostanie zachowany rytm powtórzeń;
- dmuchanie na piłeczkę umieszczoną w zabawce typu „dmuchajka”; przy równomiernej sile wydechu piłeczka będzie utrzymywana na jednakowej (stałej) wysokości.

Wybór prób zależy od wieku pacjenta, z oczywistych względów te z użyciem zabawek przeznaczone są dla dzieci.

Oceny umiejętności koordynacji oddychania z wypowiedzianym tekstem dokonuje się na podstawie analizy mowy spontanicznej pacjenta, a także prosząc go o przeczytanie przygotowanego tekstu. Istotne, aby pauzy oddechowe nie dzieliły wyrazów połączonych w logiczną całość, aby były wykonywane w oczekiwanym miejscu, zgodnie z sensem tekstu. Przy diagnozie tego aspektu oddychania można wykorzystać fragment prozy, wiersza, a także specjalnie przygotowane listy zdań bądź wyrażen nie powiązanych ze sobą logicznie (w tekście brak wielkich i małych liter, znaków interpunkcyjnych). Są to tzw. testy słów łańcuchowych, służące także ocenie umiejętności czytania ze zrozumieniem.

## Usprawnianie funkcji oddechowej

Jedną z zasad terapii zaburzeń mowy i głosu jest adekwatność postępowania naprawczego do zdiagnozowanego problemu, manifestowanych objawów. Nie ma jednej metody ani jednego modelu terapeutycznego. Diagnoza i terapia muszą być indywidualnie dostosowane do potrzeb i możliwości osoby z zaburzeniami mowy. Dotyczy to także usprawniania funkcji oddechowej – ćwiczenia powinny być odpowiednio dobrane do pacjenta, jego wieku, stanu psychofizycznego, rodzaju nieprawidłowości oddechowych. Przecież nie każdy pacjent potrzebuje wydłużenia fazy wydechowej, ćwiczeń oddechu całościowego czy pracy nad zmianą toru oddechowego. Na przykład nie u wszystkich osób jękających się występuje skrócony oddech, w związku z czym nie ma uzasadnienia dla ćwiczeń jego wydłużenia w każdym przypadku niepłynności mówienia [por. Woźniak, 2015]. Podstawą modyfikowania funkcji oddechowej (i całej terapii logopedycznej) jest dokładne rozpoznanie problemów pacjenta.

Usprawnianie toru oddechowego to przede wszystkim przeciwdziałanie nawykowemu oddychaniu przez usta poprzez mechaniczne domknięcie warg niemowlęcia w czasie snu i czuwania, dozór nad prawidłową pozycją ciała dziecka podczas snu (bez odgięcia głowy do tyłu) oraz dbanie o drożność przewodów nosowych. Rozwojowi nosowego toru oddychania sprzyja też naturalne karmienie.

W przypadku organicznych przyczyn oddychania torem ustnym konieczne jest leczenie laryngologiczne, bez którego ćwiczenia logopedyczne nie przyniosą pożądanego efektu. Przy obniżonym napięciu mięśnia okrężnego warg niezbędne są ćwiczenia wzmacniające, które mogą mieć charakter bierny (masaż i stymulację punktów neuromotoralnych przeprowadza logopeda) lub czynny, kiedy pacjent wykonuje zalecone ćwiczenia na zasadzie naśladownictwa. Biernie ćwiczenia to przede wszystkim postępowanie zgodnie z zasadami integracyjnej terapii ustno-twarzowej według Swietłany Masgutowej [Masgutowa, Regner, 2007] czy neuromotorycznej terapii ustno-twarzowej według Rodolfo Castillo Moralesa<sup>1</sup> [Kaczan, 2006; Kaczan, Regner, 2004]. Wśród ćwiczeń czynnych wymienić można np.: naprzemienne wysuwanie warg do przodu (tzw. dzióbek) i ich rozciąganie (jak do uśmiechu), przesyłanie całusów (ważne, aby w trakcie ćwiczenia wargi były wysunięte do przodu), przenoszenie skrawków papieru przy użyciu słomki, którą pacjent obejmuje zaokrąglonymi i lekko wysuniętymi do przodu wargami (jednocześnie pracuje podniebienie miękkie), picie przez słomkę (utrzymywaną zaokrąglonymi, wysuniętymi do przodu wargami), ćwiczenia napinania warg z użyciem płytki przedsionkowej, szpatułki.

Kształtowanie pożądanego typu oddychania odbywa się przede wszystkim w ramach działań z zakresu profilaktyki logopedycznej, a także w terapii zaburzeń głosu. Pracę rozpoczynamy od wyjaśnienia pacjentowi, na czym polega prawidłowe oddychanie oraz uświadomienia popełnianych błędów (w profilaktyce logopedycznej ewentualnych błędów). W kształtowaniu oddechu całościowego (najbardziej pożądanego z punktu widzenia tworzenia głosu i wypowiedzania słów) bardzo ważne jest rozluźnione ciało, odpowiednia postawa. Bogumiła Toczyńska podkreśla, że „podstawą pracy nad oddechem jest spokój ciała i pozbanienie korpusu wszelkich napięć” [2003, s. 135]. Dlatego wskazane są ćwiczenia relaksacyjne, które pomagają pacjentowi w kształtowaniu i doskonaleniu umiejętności różnicowania napięcia i rozluźnienia różnych grup mięśniowych. Przykładowe ćwiczenia napinania i rozluźniania mięśni to: maszerowanie i swobodne wymachiwanie ramionami w różnych kierunkach; maszerowanie w czasie odtwarzania podkładu muzycznego, a w momencie przerwy w muzyce – przyjęcie pozycji „na baczność” (następuje wtedy napięcie mięśni); podczas siadu skulonego (ręce oplatają nogi) napinanie i rozluźnianie mięśni [Walencik-Topiłko, 2009], a także zaciskanie i rozluźnianie dłoni; wspinanie się na palce i wyciąganie w górę rąk (jak najwyżej), aby sięgnąć po wyobrażony przedmiot, np. jabłko rosnące na gałęzi; podczas siedzenia na krześle podnoszenie wyprostowanych nóg (równoległe do podłogi) i utrzymywanie ich przez dłuższą chwilę w tej pozycji itp. Aneta Łastik [2002] zaleca, aby rozpocząć pracę nad oddechem od kilkunastominuto-

---

<sup>1</sup> W literaturze przedmiotu znaleźć można szczegółowy opis obu metod, dlatego w prezentowanym artykule zrezygnowano z analizy tych zagadnień.



wych relaksacji, które pozwolą pacjentowi wsłuchać się we własny oddech, a nie dyrygować nim, nauczą rozpoznawania napięć i sposobów ich rozładowywania.

W pracy nad całościowym sposobem oddychania dążymy do uaktywnienia mięśni przepony. Jak podkreślono we wcześniejszej części artykułu, na jej aktywność nie mamy bezpośredniego wpływu, ale możemy aktywizować mięśnie żeber, do których przepona jest przyczepiona. Pomocne w osiągnięciu tego celu jest zachęcanie pacjenta do wizualizacji takich czynności, jak: naturalny śmiech, zaparcie się i podnoszenie ciężaru lub wchodzenie do zimnej wody [Tarasiewicz, 2003]. W usprawnianiu oddychania eliminuje się także wadliwe nawyki, takie jak: unoszenie ramion, wciąganie brzucha w czasie wdechu (powietrze powinno być zassane do płuc z zewnątrz poprzez powiększenie klatki piersiowej, zgodnie z zasadą wyrównania ciśnień), wypychanie brzucha w czasie wydechu. W trakcie ćwiczeń logopeda stosuje kontrolę dotykową pracy mięśni oddechowych, uczy pacjenta samokontroli. Trzeba też pamiętać, że prawidłowy przebieg czynności oddechowych odbywa się przy minimalnym wysiłku mięśni układu oddechowego. Przykłady ćwiczeń pomagających w kształtowaniu prawidłowego typu oddychania można odnaleźć w publikacjach: Agnieszki Płusajskiej-Otto [2017], Jolanty Sipowicz [2009], Bogumiły Tarasiewicz [2003] i Marioli Śliwińskiej-Kowalskiej [1999].

Podczas doskonalenia funkcji oddechowej bardzo ważne jest skupienie się na elastyczności i swobodzie mięśni oddechowych, „[...] długi oddech jest sprawą czasu” [Tarasiewicz, 2003, s. 147]. Wydłużanie wydechu jest więc istotne, choć nie na pierwszym etapie pracy terapeutycznej. Wśród ćwiczeń kształtujących długą fazę wydechową wymienia się:

- wypowiedzianie na jednym wydechu spółgłosek [f] lub [s], a także samogłosek [a, e, o, i, e], dbając o to, aby dźwięk brzmiał w taki sam sposób przez cały czas fonacji;

- liczenie na jednym wydechu;

- wypowiedzianie wyrażeń typu „jedna wrona bez ogona, druga wrona bez ogona itd.” na jednym wydechu; recytowanie bądź czytanie na jednym wydechu coraz dłuższych fraz, fragmentów tekstów.

W literaturze przedmiotu można jednak znaleźć stanowisko negujące celowość tego typu ćwiczeń. Barbara Sambor podkreśla, że:

[...] w trakcie przesadnego wydłużania fazy wydechowej wzrasta ciśnienie wymuszone mięśniami pomocniczymi (przepona nie może wznieść się wyżej niż jej spoczynkowe położenie, zatem mówca uruchamia pomocnicze mięśnie wydechowe dla utrzymania wystarczającego ciśnienia podgłośniowego, tworzenie głosu odbywa się w trybie hiperfunkcji)” [2017, s. 346].

Kluczowe w tej opinii jest określenie „przesadne”, gdyż nie każde wydłużanie fazy wydechowej jest нефизjologiczne i szkodliwe, ale właśnie nadmierne, w któ-

rym wyzbywamy się całego powietrza. Trzeba wyraźnie podkreślić, że zarówno podczas wdechu jak i wydechu mięśnie krtani powinny być swobodne.

Wzmocnienie siły wydechu, także jego wydłużanie, jest szczególnie ważne u pacjentów z anartrią/dysartrią (w najcięższych przypadkach krótki i bardzo słaby wydech uniemożliwia wypowiedzenie choćby jednosylabowych wyrazów). W terapii osób anartrycznych/dysartrycznych celowe są ćwiczenia takie, jak: dmuchanie na gaziki, kartki papieru, po to, by się odchyliły i jak najdłużej w tej pozycji pozostały (stopień odchylenia zwłaszcza w początkowej fazie terapii nie jest najważniejszą kwestią), dmuchanie na kulki waty, wirujące przedmioty w celu wprowadzenia ich w jak najdłużej trwający ruch, dmuchanie przez słomkę do szklanki z wodą dla uzyskania maksymalnie długiego efektu „bulgotania” wody itp. Ćwiczenia tego typu są też bardzo istotne u pacjentów z zaburzeniami słuchu.

W pracy nad równomierną fazą wydechu oraz koordynacją oddechu z wypowiedzianym tekstem można wykorzystać próby, na których opiera się diagnoza problemów oddechowych w wymienionych zakresach, a które zostały zaprezentowane we wcześniejszym fragmencie artykułu.

Na zakończenie krótki komentarz dotyczący zasadności i celowości ćwiczeń oddechowych w terapii zaburzeń artykulacji. W opracowaniach metodycznych poświęconych korekcji wad wymowy w etapie przygotowawczym terapii wymienia się ćwiczenia: usprawniające pracę narządów artykulacyjnych, oddechowe, rytmizujące, słuchu fonematycznego, percepcji słuchowej [por. Stasiak, 2015; Sołtys-Chmielowicz, 2008; Jastrzębowska, 2003]. Nie znaczy to jednak, że wszystkie wymienione ćwiczenia wykonuje się z każdym pacjentem. Terapeuta realizuje te, które uznaje za konieczne, ze względu na przyczynę i patomechanizm wady u konkretnej osoby. I tak, jeżeli chodzi o ćwiczenia oddechowe, prowadzi się je u pacjentów, u których w trakcie badania logopedycznego stwierdzono zaburzenia oddychania (konkretnego jego aspektu, np. toru czy typu oddychania). Najczęściej u osób z wadą wymowy korekcji wymaga wadliwy (ustny) tor oddychania i właśnie na usprawnianiu tego aspektu funkcji oddechowej powinniśmy się skupić. Nie ma żadnego logicznego uzasadnienia dla ćwiczeń oddechowych typu: dmuchanie na piórko, kuleczki waty, wiatraczki itp. jako obowiązkowego elementu w terapii wad artykulacyjnych.

## Podsumowanie

Ocena funkcji oddechowej stanowi ważny element diagnozy logopedycznej, z uwagi na rolę, jaką oddychanie pełni w mówieniu (tworzeniu dźwięków mowy) oraz emisji głosu. W diagnozowaniu mowy i leżących u jej podstaw czynności prymarnych, a więc i oddychania, powinniśmy przestrzegać określonych kryteriów oceny, a badanie dostosować do wieku i możliwości pacjenta. Logopedzi wykorzystują różne sposoby oceny funkcji oddechowej, w zależności od badane-

go aspektu oddychania (toru oddechowego, typu oddychania, długości fazy wydechowej itd.). Jedne nie wymagają współpracy pacjenta, oparte są na obserwacji, której dokonuje logopeda, w innych jest konieczny aktywny udział badanego, np. podczas oceny maksymalnego czasu fonacji, na podstawie którego możemy wnioskować o długości fazy wydechowej. Diagnoza nieprawidłowości oddechowych stanowi podstawę usprawniania różnych aspektów oddychania.

Terapia logopedyczna (jak każdy rodzaj terapii) to przemyślany i zaplanowany proces, dostosowany do rozpoznanych trudności, dlatego decyzję o włączeniu takich, a nie innych ćwiczeń usprawniających oddychanie należy podjąć świadomie. Niestety, zdarza się, że działania są prowadzone bez logicznego uzasadnienia albo realizowane są nie te, które są najbardziej wskazane. Wyraźnie należy podkreślić, że ramy i sposób postępowania terapeutycznego wyznaczone są diagnozą logopedyczną problemów konkretnej osoby (w danym wieku i o danych możliwościach psychofizycznych). Ćwiczenia oddechowe każdy pacjent powinien wykonywać systematycznie, nie tylko w gabinecie logopedycznym, ale także w domu, zgodnie ze wskazówkami terapeuty. Praca nad oddechem stanowi także istotny element profilaktyki logopedycznej, w tym profilaktyki zaburzeń głosu.

---

## Bibliografia

- Eberhardt Grażyna, 1998, *Zaburzenia głosu u dzieci w wieku rozwojowym*, w: Halina Mierzejewska, Maria Przybysz-Piwkowa (red.), *Zaburzenia głosu – badanie – diagnozowanie – metody usprawniania. Materiały z konferencji zorganizowanej przez Pomagisterskie Logopedyczne UW i Sekcję Towarzystwa Kultury Języka Polskiego Logopedyczną*, Warszawa, s. 7–21.
- Grabias Stanisław, 2012, *Teoria zaburzeń mowy. Perspektywy badań, typologie zaburzeń, procedury postępowania logopedycznego*, w: Stanisław Grabias, Marek Kurkowski (red.), *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy*, Lublin, s. 15–71.
- Halama Andrzej R., Raes Jan, 1998, *Pomiar maksymalnego czasu fonacji jako prosta próba oceny zaburzeń głosu*, w: Halina Mierzejewska, Maria Przybysz-Piwkowa (red.), *Zaburzenia głosu – badanie – diagnozowanie – metody usprawniania. Materiały z konferencji zorganizowanej przez Pomagisterskie Logopedyczne UW i Sekcję Towarzystwa Kultury Języka Polskiego Logopedyczną*, Warszawa, s. 39–43.
- Jajaor Julia, Nonn-Wasztan Sebastian, Rostkowska Elżbieta, Samborski Włodzimierz, 2013, *Specyfika rehabilitacji ruchowej osób starszych*, „Nowiny Lekarskie”, 1 (82), s. 89–96.
- Kaczan Teresa, 2006, *Rola neurorozwojowej metody Castillo Moralesa w postępowaniu terapeutycznym i wczesnej stymulacji dzieci z grupy wysokiego ryzyka*, Kraków.
- Kaczan Teresa, Regner Anna, 2004, *Teoretyczne i praktyczne podstawy ustno-twarzowej terapii regulacyjnej według koncepcji Rodolfo Castillo Moralesa*, w: Ludwika Sadowska (red.), *Neurofizjologiczne metody usprawniania dzieci z zaburzeniami rozwoju*, Wrocław, s. 163–200.

- Karłowska Irena, 2008, *Badanie czynnościowe narządu żucia*, w: taż (red.), *Zarys współczesnej ortodoncji. Podręcznik dla studentów i lekarzy dentyków*, Warszawa, s. 120–129.
- Kluj Przemysław, Gaszyński Tomasz, 2014, *Różnicowanie wybranych odrębności anatomicznych i fizjologicznych dziecka w stanie zagrożenia życia, terminologia, drogi oddechowe, oddechowanie*, „Ostry Dyżur”, 2 (7), s. 69–72.
- Kozak-Szkopek Elżbieta, Galus Krzysztof, 2010, *Wpływ rehabilitacji ruchowej na stan układu oddechowego kobiet w podeszłym wieku*, „Gerontologia Polska”, 4 (18), s. 201–206.
- Łastik Aneta, 2002, *Poznaj swój głos*, Warszawa.
- Malicka Izabela, 2017, *Przegląd badań dotyczących dysfunkcji mowy*, „Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis” 225, *Studia Logopaedica VI*, s. 101–112.
- Ostapiuk Barbara, 2010/2011, *Asymetria w tworzeniu głosek u osób z ankyloglosja*, „Logopedia”, 39/40, s. 121–146.
- Ostapiuk Barbara, 2012, *Zaburzenia dźwiękowej realizacji fonemów języka polskiego – propozycja terminów i klasyfikacji*, w: Stanisław Grabias, Marek Kurkowski (red.), *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy*, Lublin, s. 431–454.
- Ostaszewska Danuta, Tambor Jolanta, 2005, *Fonetyka i fonologia współczesnego języka polskiego*, Warszawa.
- Pawłowski Zygmunt., 2010, *Podstawy foniatryi dla osób duchownych, aktorów, nauczycieli i prawników*, Warszawa.
- Pietras Katarzyna, 2016, *Problemy związane z przyjmowaniem pokarmu w okresie noworodkowym i niemowlęcym*, w: Janusz Świetliński (red.), *Neonatologia i opieka nad noworodkiem*, Warszawa, s. 241–276.
- Pluta-Wojciechowska Danuta, 2011, *Mowa dzieci z rozszczepem wargi i podniebienia*, Kraków.
- Pluta-Wojciechowska Danuta, 2013, *Zaburzenia czynności prymarnych i artykulacji. Podstawy postępowania logopedycznego*, Bytom.
- Plusajska-Otto Agnieszka, 2017, *Podręcznik pracy głosem. Ćwiczenia i wskazówki dla osób występujących publicznie*, Łódź.
- Sambor Barbara, 2017, *Anatomia i fizjologia układu o-f-a podstawą planowania skutecznej terapii głosu*, w: Danuta Pluta-Wojciechowska, Barbara Sambor (red.), *Współczesne tendencje w diagnozie i terapii logopedycznej*, Gdańsk, s. 339–359.
- Sipowicz Jolanta, 2009, *Ja i mój głos. Jak odnaleźć wibracje swojego głosu i nawiązać głębszy kontakt z samym sobą i innymi ludźmi?*, Brzezia Łąka.
- Sołtys-Chmielowicz Anna, 2008, *Zaburzenia artykulacji. Teoria i praktyka*, Kraków.
- Stasiak Joanna, 2015, *Postępowanie logopedyczne w przypadku dyslalii*, w: Stanisław Grabias, Jolanta Panasiuk, Tomasz Woźniak (red.), *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego. Podręcznik akademicki*, Lublin, s. 227–264.
- Śliwińska-Kowalska Mariola (red.), 1999, *Głos narzędziem pracy. Poradnik dla nauczycieli*, Łódź.
- Tarasiewicz Bogumiła, 2003, *Mówię i śpiewam świadomie. Podręcznik do nauki emisji głosu*, Kraków.
- Wędrychowska-Szulc Barbara, 2008, *Etiologia wad zgryzu*, w: Irena Karłowska (red.), *Zarys współczesnej ortodoncji. Podręcznik dla studentów i lekarzy dentyków*, Warszawa, s. 59–73.
- Woźniak Tomasz, 2015, *Diagnoza i terapia osób z zaawansowanym jąkaniem*, w: Stanisław Grabias, Jolanta Panasiuk, Tomasz Woźniak (red.), *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego. Podręcznik akademicki*, Lublin, s. 797–835.

Zadurska Małgorzata, Siemińska-Piekarczyk Barbara, Wierusz Weronika, Mysiorska Marcelina, Kosińska Katarzyna, 2007, *Ocena współzależności występowania wady zgryzu, wady artykulacji i dysfunkcji narządu żucia u dzieci z przedszkoli warszawskich*, „Stomatologia Współczesna”, Suplement 2, s. 17–24.

---

## Summary

The article is devoted to diagnosing and streamlining the respiratory function in speech-therapy proceedings. A respiration is one of primal activities with regard to the speech, and its evaluation constitutes the integral part of the speech-therapy examination. The correct way of the respiration is an essential condition of the appropriate vocal emission, of saying. In the article the ways of the diagnosis and therapy of the respiratory function (of its different aspects) applied by the speech therapists were presented both at children as well as at adult patients.



Renata Gliwa

Uniwersytet Łódzki\*

## FLUENCJA SŁOWNA W OTĘPIENIU NACZYNIOPPOCHODNYM – UJĘCIE KLINICZNE

---

VERBAL FLUENCY IN VASCULAR DEMENTIA  
– CLINICAL APPROACH

**Słowa kluczowe:** test fluencji słownej, fluencja semantyczna, fluencja formalna, otępienie naczyniopochodne.

**Keywords:** verbal fluency test, semantic fluence, formal fluency, vascular dementia.

### Wprowadzenie

Przez długi czas w diagnostyce osób, u których rozwijało się otępienie naczyniopochodne (*vascular dementia*, VaD) nie zwracano uwagi na zaburzenia funkcji poznawczych, a zatem i językowych, skupiając się na chorobach, którym otępienie towarzyszyło. Nadal większość osób dotkniętych VaD nie korzysta z możliwości wspierania funkcjonowania poznawczego odpowiednią terapią farmakologiczną lub nefarmakologiczną (np. logopedyczną czy neuropsychologiczną). W części przypadków jest to efekt traktowania zaburzeń poznawczych jako konsekwencji naturalnego procesu starzenia się, dlatego znajomość podstawowych objawów otępienia, rozumianego jako zespół zaburzeń funkcji poznawczych, jest szczególnie istotna w praktyce logopedycznej.

VaD to jeden z najmniej poznanych typów otępienia ze względu na jego trudną do ustalenia patogenezę [Sobów, Barcikowska, Liberski, 2014; Józwiak, 2008]. Praktyka wskazuje, że jego diagnostyka ogranicza się na ogół do stwierdzenia występowania otępienia, którego podłożem są zmiany naczyniowe bez dalszego szczegółowego rozpoznania. Fakt ten był motywacją do podjęcia niniejszych badań, których założeniem stała się charakterystyka fluencji słownej w otę-

---

\* Wydział Filologiczny, Instytut Filologii Polskiej i Logopedii, Zakład Dialektologii Polskiej i Logopedii, ul. Pomorska 171/173, 90-236 Łódź, [renata.gliwa@uni.lodz.pl](mailto:renata.gliwa@uni.lodz.pl)



pieniu naczyniowym o nieustalonej patogenezie. Do jej oceny wykorzystano niezbyt popularny w diagnostyce logopedycznej<sup>1</sup> test fluencji słownej (dalej TFS; por. też ang. VFT, *Verbal Fluency Test*)<sup>2</sup>.

## Otępienie naczyniopochodne

### Epidemiologia otępienia naczyniopochodnego

Otępienie naczyniopochodne jest, obok otępienia w przebiegu choroby Alzheimerera, jednym z najczęściej diagnozowanych typów demencji<sup>3</sup> [Opala, Ochudło, 2004; Sobów, Barcikowska, Liberski, 2014; Józwiak, 2008]. Rozbieżności w ocenie rozpowszechnienia i zachorowalności<sup>4</sup> na VaD wynikają głównie z heterogenności schorzenia, ale także z braku precyzyjnych kryteriów diagnostycznych<sup>5</sup> [Opala, Ochudło, 2004]. U jego podłoża leżą różne zmiany naczyniowe, takie jak choroba dużych naczyń, choroba małych naczyń (cho-

---

<sup>1</sup> Mała popularność testu wynika z braku pełnej polskojęzycznej adaptacji lingwistycznej tego narzędzia [Ponichtera-Kasprzykowska, Sobów, 2014] a tym samym braku norm i zasad interpretacji wyników, co istotnie zmniejsza jego wartość.

<sup>2</sup> Test fluencji słownej (*Thurstone's Word Fluency Test*) został stworzony w pierwszej połowie XX w., w celu oceny produktywności umysłowej osób z uszkodzeniami ośrodkowego układu nerwowego. Polegał na generowaniu w formie pisemnej, w określonym czasie, jak największej liczby słów na wskazaną literę [Piskunowicz, Bieliński, Zgliński, Borkowska, 2013]. Obecnie test wykorzystuje się do badań osób zdrowych i chorych, np. osób z uszkodzeniami mózgu o różnej etiologii [Szepietowska, Lipian, 2012], osób z depresją i organicznymi zaburzeniami depresyjnymi [Talarowska i in., 2011], z cukrzycą [Talarowska i in., 2008; Ponichtera-Kasprzykowska, Sobów, 2014]. Obszerne badania nad płynnością semantyczną i literową w różnych fazach dorosłości przedstawiają B. Daniluk i E.M. Szepietowska [2009a, 2009b], coraz częściej test wykorzystuje się do oceny zaburzeń neurologicznych u dzieci [Biechowska i in., 2012].

<sup>3</sup> W Polsce liczbę chorych szacuje się na około 400 tysięcy [Opala, Ochudło, 2004].

<sup>4</sup> Według danych przytaczanych przez T. Sobowa, M. Barcikowską i P.P. Liberskiego [2014], stanowi ono 7–15% wszystkich przypadków demencji, wg danych zamieszczonych w publikacji G. Opali i S. Ochudły [2004] – 13–35%.

<sup>5</sup> „Obecnie wszystkie obowiązujące kryteria rozpoznania otępienia naczyniowego są kryteriami utworzonymi na podstawie ustaleń różnych grup eksperckich, bez przeprowadzenia prospektywnych obserwacji populacyjnych. Zasadniczo wynikają z hipotezy o niedokrwinnym patomechanizmie rozwoju otępienia” [Opala, Ochudło, 2004, s. 11]. Wspomnieć należy także o licznych przypadkach współlistnienia objawów VaD z AD, co znacznie komplikuje diagnostykę [Kłoszewska, 2011; Józwiak, 2008].

roba/zespół Binswagera), zmiany wynikające z hipoperfuzji/niedotlenienia (np. w następstwie zaburzeń krążenia ogólnego, zawałów tzw. „ostatniej łąki”, niekompletnych zawałów w istocie białej), zmiany pokrwotoczne, choroby układu krążenia oraz inne rzadsze przyczyny [Sobów, Barcikowska, Liberski, 2014; Opala, Ochudło, 2004; Józwiak, 2008; Klimkowicz-Mrowiec, Szczudlik, 2011].

### **Kryteria diagnostyczne otępienia naczyniopochodnego**

Klinicznie kryteria diagnostyczne otępienia<sup>6</sup> i otępienia naczyniopochodnego zawarto w klasyfikacji chorób ICD-10<sup>7</sup>. Postawienie diagnozy VaD wymaga spełniania takich warunków, jak:

- obecność otępienia;
- choroba naczyń mózgowych;
- zależność między obiema chorobami: początek otępienia w ciągu 3 miesięcy od udaru;
- nagle pogorszenie funkcji poznawczych lub zmienność natężenia objawów na tle stopniowego pogarszania się zaburzeń funkcji poznawczych<sup>8</sup>.

Jak wspomniano, otępienie naczyniopochodne nie jest jednostką jednorodną, najczęściej wyróżniane jego podtypy to:

- otępienie naczyniowe z ostrym początkiem;
- otępienie wielozawałowe;
- otępienie naczyniowe-podkorowe;

---

<sup>6</sup> „Otępienie to zespół spowodowany chorobą mózgu, zwykle o przewlekłym i postępującym charakterze, w którym u osoby bez jakościowych zaburzeń świadomości zaburzone są takie funkcje poznawcze, jak: pamięć, myślenie abstrakcyjne, orientacja, rozumienie, liczenie, zdolność uczenia się, funkcje językowe, zdolność porównywania, oceniania i dokonywania wyborów [...]” (ICD 10).

<sup>7</sup> W diagnostyce różnicowej VaD przydatne są także kryteria NINDS-AIREN [1993], które określają zespół objawowy dla prawdopodobnego i możliwego VaD oraz zawierają kategorię objawów negatywnych [Sobów, Barcikowska, Liberski, 2014].

<sup>8</sup> Innymi, często towarzyszącymi objawami pomocnymi w rozpoznaniu VaD są: zaburzenia chodu; niespecyficzne zaburzenia równowagi i częste upadki; wczesne zaburzenia zwieraczy; zaburzenia osobowości i nastroju, abulia, depresja, nietrzymanie emocji; zaburzenia funkcji wykonawczych. Objawami, których występowanie może podważać rozpoznanie otępienia naczyniowego są: wczesne zaburzenia pamięci i postępujące pogorszenie zarówno tej, jak i innych funkcji poznawczych, z jednoczesnym brakiem odpowiednich obszarów ogniskowego uszkodzenia w badaniach neuroobrazowych; brak objawów ogniskowego uszkodzenia OUN, poza zaburzeniami funkcji poznawczych; brak zmian naczyniowych widocznych w badaniach CT i MRI (ICD 10); por. też Opala, Ochudło [2004].

- otępienie naczyniowe mieszane – korowe i podkorowe;
- inne rodzaje otępienia naczyniowego;
- otępienie naczyniowe nieokreślone (ICD 10)<sup>9</sup>.

## **Zaburzenia poznawcze typowe dla otępienia naczyniopochodnego**

Pomimo zróżnicowania neuropatologicznego podtypów otępienia naczyniowego można wskazać cechy typowe dla jego obrazu klinicznego w obszarze funkcjonowania poznawczego, tj. zaburzenia funkcji wykonawczych (głównie w zakresie planowania, programowania kolejności wykonywanych zadań, spowolnienia myślowego i zaburzeń uwagi), przy dość dobrze zachowanej pamięci [Opala, Ochudło, 2004; Klimkowicz-Morawiec, Szczudlik, 2011; Whatmough, 2014].

### **Fluencja słowna**

Fluencja to sprawność, z jaką tworzy się, planuje oraz wykonuje sekwencję niezautomatyzowanych czynności określonego rodzaju w ograniczonym czasie [Łojek, Stańczak, 2005; Szepietowska, Gawda, 2011; Rosińczuk-Tonderys i in., 2013; Gliwa, 2018]<sup>10</sup>. Fluencja werbalna to umiejętny dobór słów zakodowanych i skonsolidowanych w wyniku nabywania doświadczenia językowego [Łuczywek, Fersten, 1992; Szepietowska, Gawda, 2011; Szepietowska, Lipman, 2012; Biechowska i in., 2012].

Wykonując zadania z zakresu płynności werbalnej, korzystamy m.in. z tak zwanej wiedzy kategoryjnej (kategoria semantyczna to minimum znaczeniowe tkwiące w świadomości ludzi, składające się na ich wiedzę referencjalną) [Zawadzka, 2013]. Umiejętność płynnego generowania słów zgodnie z ustalonym założeniem jest możliwa dzięki sieciom semantycznym łączącym pojęcia w określone zbiory oraz dzięki mechanizmowi aktywacji leksykalnej<sup>11</sup>.

Płynność słowna wymaga dostępu do zasobów leksykalnej i semantycznej pamięci długotrwałej, a także sprawności procesów wydobywania informacji z pamięci długotrwałej oraz efektywności działania, a za to odpowiedzialne są

---

<sup>9</sup> W literaturze znajdujemy różne typy klasyfikacji VaD [Opala, Ochudło, 2004].

<sup>10</sup> Można ją odnosić do wielu procesów psychicznych, takich jak płynność słowna, płynność niewerbalna, konstrukcyjna czy ruchowa itd. [Szepietowska, Gawda, 2011].

<sup>11</sup> Na temat *hipotezy aktywacji leksykalnej* szerzej wypowiadają się Kielar-Turska i Byczewska-Konieczny [2014]. W modelu tym wiedza semantyczna przechowywana jest w postaci sieci semantycznych złożonych z licznych połączeń między różnymi reprezentacjami, zwanymi węzłami.

m.in. funkcje wykonawcze, funkcje uwagi dowolnej oraz pamięci operacyjnej – koordynujące i monitorujące przebieg wykonania próby [Ruff i in., 1997; Piskunowicz i in., 2013].

Istotną rolę w wykonywaniu TFS odgrywają płaty czołowe [Piskunowicz i in., 2013]. Uszkodzenie górnych przyśrodkowych okolic czołowych obu półkul lub lewego płata ciemieniowego wiąże się z umiarkowanymi zaburzeniami wykonania TFS. Największych zaburzeń należy spodziewać się u chorych z uszkodzeniami grzbietowo-bocznych płatów czołowych i/lub prążkowania [Piskunowicz i in., 2013]. W literaturze opisano dominujący związek fluencji formalnej z funkcjami płatów czołowych, a semantycznej z okolicami skroniowymi. Współczesne badania podkreślają jednak integracyjny charakter mózgowych mechanizmów fluencji [Szepietowska, Gawda, 2011]

### Test fluencji słownej<sup>12</sup>

Wykonanie testu fluencji słownej polega na wygenerowaniu jak największej liczby słów zgodnie z określonym kryterium w przewidzianym czasie<sup>13</sup> [Ponichtera-Kasprzykowska, Sobów, 2014; Szepietowska i in., 2012; Szepietowska, Gawda, 2011].

Najczęściej wykorzystuje się dwie techniki oceniające płynność słowną – formalną (głoskową) i semantyczną (kategorialną)<sup>14</sup>.

Ocenie podlega nie tylko zasób ilościowy generowanych ciągów, lecz także sposób realizacji zadania, tj. liczba generowanych pojęć zgodnych z kryterium, liczba klasterów i ich pojemność, charakter błędów (powtórzeń, wypełniaczy,

---

<sup>12</sup> Z praktycznego punktu widzenia test fluencji słownej jest bardzo przydatnym narzędziem oceniającym zasób słownika mentalnego. Jego krótka i prosta forma nie powoduje zmęczenia badanych, sami pacjenci odbierają test jako mało inwazyjny [Stolarska i in., 2008; Puchowska-Florek i in., 2005]. W literaturze opisuje się ponadto niską podatność testu na efekt uczenia się [Piskunowicz i in., 2013, s. 479].

<sup>13</sup> Na wykonanie próby przeznaczają się zazwyczaj 60 sekund [Daniluk, 2000; Stolarska i in., 2008; Mosiołek, 2014]; w *Teście Diagnostycznym do Badania Afazji (Boston Diagnostic Aphasia Examination)* na wykonanie próby fluencji semantycznej (nazwy zwierząt) przewidziano 90 sekund [Goodglass, Kaplan, 1972]; czas wykonania próby przedłuża się do 2 minut u pacjentów ze zdiagnozowaną chorobą lub z podejrzeniem występowania choroby wpływającej na spowolnienie psychomotoryczne [Szepietowska, Gawda, 2011], próby z użyciem nieuobrazowania trwają zazwyczaj 15 sekund [Wood i in., 2001].

<sup>14</sup> W praktyce neuropsychologicznej wykorzystywane są także testy mające na celu ocenę innych typów płynności np. płynność w zakresie możliwości generowania czasowników [Ostberg i in., 2005; Szepietowska, Gawda, 2011]; płynność afektywną [Rossell, 2006]; płynność asocjacyjną [Heim i in., 2008] itd.

neologizmów, perseweracji). Na ich podstawie można wnioskować o jakości procesów językowych i stanie pamięci semantycznej. Ocena możliwości płynnego przełączania się z klasteru na klaster – zgodnie z wymaganym kryterium grupowania słów – pozwala określić jakość funkcji wykonawczych i może być wykorzystana w diagnozie różnicowej otępienia [Szepietowska, Gawda, 2011; 2012].

## Metodologia badań

Eksperyment miał charakter wieloetapowy. Najpierw dokonano wyboru grupy badanych (por. „Charakterystyka grupy eksperymentalnej”). Następnie, ze względu na progresywny charakter otępienia, dokonano oceny stopnia jego zaawansowania w grupie klinicznej za pomocą *Krótkiej Skali Oceny Stanu Psychicznego* (MMSE). Właściwy etap badania polegał na przeprowadzeniu testu fluencji słownej, składającego się z czterech prób: dwie dotyczyły fluencji formalnej (dalej FF), dwie fluencji semantycznej (dalej FS).

W teście FF proszono badanego o wymienienie jak największej liczby słów/nazw /rzeczowników rozpoczynających się od głoski o stosunkowo niskiej frekwencji – *f* (dalej Ff) oraz głoski o stosunkowo wysokiej frekwencji – *k* (dalej Fk)<sup>15</sup>. Zadania w próbach fluencji semantycznej również dobrano tak, aby obejmowały kategorię szeroką – nazwy zwierząt (dalej NZ) i wąską – nazwy ostrych przedmiotów (dalej NOP).

Na każdą próbę przeznaczono 60 sekund, ich kolejność była jednakowa dla wszystkich badanych<sup>16</sup>, tj. 1) Ff, 2) Fk, 3) NZ, 4) NOP. Całość testu trwała około 6–7 minut.

Ze względu na brak norm dla TFS w języku polskim, do oceny wyników badania wykorzystano normy wg testu COWAT<sup>17</sup>, w którym średnia wypowiedzianych słów wynosiła 11–15 słów na minutę.

<sup>15</sup> W polskich badaniach klinicznych wykorzystuje się pojedyncze litery lub ich różne zestawy, np.: *k, m, p, s* [Jodzio, 2008; Szepietowska, Gawda, 2011]; liczywnych badaniach wykorzystuje się także głoski: *m, p, k, z, l* [Daniluk, 2000]; *s, k, w* [Stolarska i in., 2008]; *k, f* [Daniluk, Szepietowska, 2009a, 2009b]; *k* [Szatkowska i in., 2000; Szepietowska, Lipian, 2012]. Część badaczy stosuje oryginalny zestaw: *f, a, s* [Borkowska i in., 2006; Magierska i in., 2012; Puchowska-Florek i in., 2005]. Stosowanie wymienionych zestawów autorzy uzasadniają frekwencją wyrazów na daną literę (np. *k* – wysoka frekwencja, *f* – niska frekwencja) [Szepietowska, Gawda, 2011].

<sup>16</sup> Na temat roli kolejności wykonywania zadań w zakresie fluencji słownej pisały Szepietowska i Gawda [2011]. Obserwacje auterek – tendencja do przytaczania nazw z poprzednio realizowanej próby – potwierdza się także w niniejszych badaniach.

<sup>17</sup> Anglojęzyczny test COWAT (*Controlled Oral Word Association Test*) jest jednym z najpopularniejszych i najczęściej adaptowanych testów badających płynność słowną.

Każdy uczestnik eksperymentu był informowany o jego celu i przebiegu. Badający powtarzał polecenie kilka razy przed oddaniem głosu ankietowanemu, aż uzyskał pewność, że badany zrozumiał kierowany do niego komunikat, bądź nie jest w stanie zrozumieć treści instrukcji. Polecenie powtarzano w trakcie próby tylko na prośbę badanego, wszystkie prośby odnotowano.

## Charakterystyka grupy eksperymentalnej

Grupa eksperymentalna to 42 osoby po 65. r.ż. ze zdiagnozowanym otępieniem naczyniopochodnym<sup>18</sup>. Podstawą włączenia do badania była dokumentacja medyczna – łącznie zakwalifikowano 34 kobiety i 8 mężczyzn<sup>19</sup>.

Na podstawie wyników MMSE badanych podzielono na trzy grupy – adekwatnie do stopnia zaawansowania otępienia, zestawienie przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1. Charakterystyka grupy eksperymentalnej

Stopień zaawansowania otępienia	Liczba badanych
Otępienie w stopniu lekkim	15 osób
Otępienie w stopniu średnim	13 osób
Otępienie w stopniu głębokim	14 osób

Źródło: badania własne.

Wiek pacjentów zawierał się w następujących przedziałach: 7% stanowiły osoby w wieku 65–70 lat; 19% osoby w wieku 71–75 lat; 27% osoby w wieku 76–80 lat; 33% osoby w wieku 81–85 lat; 11% osoby w wieku 86–90 lat; 3% badanych miała powyżej 90 lat.

<sup>18</sup> Badania przeprowadzono za zgodą uczestników eksperymentu lub ich opiekunów oraz dyrekcji placówki, w której prowadzono badania. Autorka dołożyła wszelkich starań, aby nie ujawniać szczegółów mogących zdradzić tożsamość pacjentów. Badania przeprowadzono tak, aby nie naruszyć zasad ochrony danych osobowych.

<sup>19</sup> W niniejszych badaniach w analizie wyników nie uwzględniano zróżnicowania płciowego. W literaturze przedmiotu odnajdujemy bardzo liczne badania dotyczące oceny porównawczej fluencji słownej kobiet i mężczyzn, wyniki nie są jednak jednoznaczne, z jednej strony dość popularna jest teza o lepszych językowych umiejętnościach kobiet, ale z drugiej nie znajdują one potwierdzenia w badaniach eksperymentalnych [Szepietowska, Gawda, 2011; Crossley i in., 1997; Heister, 1982], część badaczy stwierdza występowanie lepszych językowych możliwości u kobiet w zakresie fluencji formalnej [Olive, 1972], są one jednak dyskutowane.



Wykształcenie podstawowe uzyskało ok. 56% badanych, zawodowe ok. 44%; 92% badanych deklaroowało, że od co najmniej 20 lat mieszka w mieście, pozostali jako miejsce zamieszkania wskazywali wieś<sup>20</sup>.

Okazjonalnie wyniki prób FS odnoszono do wyników grupy osób zdrowych, nieobciążonych neuropsychologicznie, w porównywalnym przedziale wiekowym.

## Analiza wyników badań

Ilościowa i jakościowa analiza materiału badawczego pozwoliła na sporządzenie rejestru zaburzeń w zakresie fluencji słownej w kolejnych grupach badanych.

### Fluencja werbalna u pacjentów z otępieniem w stopniu lekkim

Wyniki przeprowadzonych badań przedstawiono w tabeli 2., a następnie opisano je adekwatnie do przyjętego układu zagadnień.

Grupa badanych ze zdiagnozowanym otępieniem w stopniu lekkim pierwsze egzemplarze zbioru we wszystkich próbach wymieniała zazwyczaj w przedziale 1–5 s. Największą produktywność w próbach fluencji formalnej obserwowano do ok. 30 (Ff) – 40 s. (Fk), w próbach fluencji semantycznej 45 (NZ) – 20 s. (NOP). Badani szybciej porzucali zadania dotyczące kategorii wąskich. Na ogół nie wykorzystywali całego czasu przeznaczanego na próby, dość łatwo rozpraszali się, ale większość nie wymagała ponownego przypomnienia polecenia. Dwóch pacjentów zrezygnowało z próby, komentując ćwiczenie jako czynność bezzasadną. Niechęć do podejmowania zadania, utratę pozytywnego nastawienia psychicznego na wykonanie działania można wiązać z uszkodzeniami kory przedczołowej [Kielar-Turska, Byczewska-Konieczny, 2014].

Badani generowali statystycznie podobną liczbę nazw w zakresie obu typów fluencji, tj. formalnej (FF) i semantycznej (FS). Najmniej przykładów przytoczono w wąskiej kategorii nazw ostrych przedmiotów (NOP).

Statystycznie więcej prawidłowych odpowiedzi zanotowano w próbach fluencji formalnej.

Nieprawidłowe odpowiedzi pojawiały się w obu typach prób, błędy formalne w zadaniach FF polegały głównie na przytaczaniu wyrazów niespełniających podstawowego kryterium (trudno niejednokrotnie wyjaśnić ich obecność, np. w próbie Fk badany wymienił wyraz *róża*, choć nie można wykluczyć, że miał zamiar wymienić wyraz *kwiat*, być może jego realizacja została zatrzymana przez tzw. *bloker*, przywołany na podstawie styczności semantycznej).

---

<sup>20</sup> Dane zestawiono na podstawie wywiadów z badanymi, a także dostępnej dokumentacji.



Tabela 2. Fluencja werbalna u pacjentów z otępieniem w stopniu lekkim

Otępienie w stopniu lekkim	Fluencja formalna (FF)		Fluencja semantyczna (FS)	
	nazwy rozpozczynające się od głoski		nazwy zwierząt (NZ)	nazwy ostrych przedmiotów (NOP)
	f (Ff)	k (Fk)		
Statystyczna liczba prawidłowych odpowiedzi przypadająca na jednego badanego	4	4,8	5,8	3,2
Liczba nazw poprawnych wśród udzielonych odpowiedzi <sup>21</sup>	63%	77,1%	42%	45%
Błędy formalne wśród zanotowanych odpowiedzi	4%	3%	—	—
Błędy semantyczne wśród wszystkich zanotowanych odpowiedzi	—	—	4,3%	14,5%
Konstrukcje opisowe	0,2%	0,9%	9%	4%
Powtórzenia wśród wszystkich odpowiedzi	16%	9%	29%	8%
Wypełniacze wśród wszystkich odpowiedzi	8,8%	10%	12%	14%
Neologizmy wśród wszystkich odpowiedzi	8%	0%	0%	0%
Persewercje z poprzednich kategorii	—	—	4%	15%
Średnia liczba klasterów przypadająca na jedną osobę	1,25	1,6	2	1,6
Średnia pojemność klasterów	2	2	3,4	2

Źródło: badania własne.

Błędy semantyczne zanotowane w próbach FS dotyczyły zwłaszcza kategorii NOP, np. badani generowali nazwy oparte na styczności znaczeń np. *chrzan*; *musztarda*; *miłość*. Częstość błędem było także wymienianie nazwy kategorii nadrzędnej, np. w próbie NZ: *ptactwo różne*; *ptaki różnego rodzaju*; w kategorii NOP: *wszystkie ostre przedmioty*, odpowiedzi tego typu świadczą o gorszym

<sup>21</sup> Poprzez sformułowanie „liczba nazw poprawnych wśród udzielonych odpowiedzi” rozumie się liczbę nazw spełniających podstawowe kryterium, nazw niepowtórzonych.

funkcjonowaniu prawej półkuli mózgu [Szepietowska, Lipman, 2012; Goulet i in., 1997], mogą wynikać z deficytów pamięci semantycznej, polegających na upośledzeniu możliwości identyfikacji specyficznych, niezbędnych dla pojęcia cech, konsekwencją jest generowanie nazw kategorii nadrzędnych lub subkategorii [Grossman i in., 2001].

Tendencję do wykorzystywania konstrukcji opisowych (przy użyciu zaimków oraz innych rzeczowników: powtórzeń nazwy kategorii głównej w obecności przymiotnika, którego zadaniem jest uszczegółowienie informacji) zanotowano w znaczącej przewadze w próbach fluencji semantycznej zarówno w kategorii NZ, np. *groźny, niebezpieczny, jak on się nazywa?, ten leśny, jak i NOP, np. to do cięcia, no wiem, ale mi nie przychodzi...*, ich obecność należy wiązać ze zjawiskiem TOT (ang. *tip-of-the-tongue*) – badany posiada pewną wiedzę na temat pojęcia, którego chce użyć, ale świadomość brzmienia słowa wymaga aktywacji reprezentacji również w systemie fonologicznym, którego pobudzenie jest zbyt niskie ze względu na słabość połączenia z systemem leksykalnym, badani produkują wówczas słowa w jakimś stopniu styczne z poszukiwanym [Kielar-Turska, Byczewska-Konieczny, 2014].

Najczęstszy typ błędów, obserwowany zarówno w zadaniach FF, jaki i w FS, to powtórzenia, które wynikają z zaburzeń pamięci oraz z zaburzeń mechanizmów kontrolujących przebieg zadania. Część badanych komunikowała świadomość ich pojawiania się, np. pytając: *Było?; Ptactwo... mówiłam?; Mówiłam?* – przykłady te dowodzą, że mechanizmy kontroli realizacji zadania działają z opóźnieniem.

W ciągach realizowanych przez badanych obserwowano tzw. wypełniacze<sup>22</sup>, tj. jedno- lub wielokrotne powtórzenia wcześniej wypowiedzianego wyrazu, który został już zaplanowany i zrealizowany (np. *nóż, widelec..., nóż, widelec..., nóż widelec..., co jeszcze, jakoś nic mi nie przychodzi do głowy*). W ten sposób zyskiwali oni czas na zaplanowanie reszty wypowiedzi, przeszukując słownik leksykalny. Ten typ niepełności odróżnić należy od powtarzania wyrazu już wypowiedzianego z powodu zaburzeń pamięci, gdy badany nie ma świadomości, że wyraz został już zrealizowany. Obecność wypełniaczy świadczy o obniżonej efektywności przeszukiwania słownika mentalnego, ale ułatwia uaktywnianie pól semantycznych związanych z generowanymi wyrazami [Marczinski, Kertesz, 2006]. Podobne funkcje pełnią powtórzenia instrukcji np. *nazwy na f, nazwy na f, f, f, f; zwierzęta..., zwierzęta...; jakie by to mogły być jeszcze zwierzęta..., zwierzęta...*

Perseweracje, czyli powrót do poprzednio realizowanego zadania, zanotowano we wszystkich próbach z wyjątkiem Ff (ponieważ była ona realizowana jako pierwsza). Ich obecność sugeruje zaburzenia funkcji wykonawczych, których za-

---

<sup>22</sup> Badania prowadzone przez autorkę niniejszego artykułu wskazują, że są one znacznie częstsze w otępieniu lekkim w przebiegu choroby Alzheimera [Gliwa, 2018], mogą mieć zatem wartość różnicową.

daniem jest kontrola przebiegu próby, w tym utrzymanie zgodności odpowiedzi ze wskazanym kryterium [Piskunowicz i in., 2013; Biechowska i in., 2012].

Kolejny typ obserwowanych błędów to neologizmy, badani generowali je tylko w próbie Ff (np. *fenili*). Nie można wykluczyć, że część z nich to formy zniekształconych wyrazów obcych lub zniekształconych wyrazów o bardzo niskiej frekwencji.

Najwięcej klasterów zanotowano w próbach FS w kategorii NZ<sup>23</sup>, wśród nich zwraca uwagę brak różnorodności<sup>24</sup>. Klasterly obejmowały jedynie trzy subkategorie, tj. nazwy zwierząt domowych, hodowlanych oraz leśnych. Podstawą części klasterów było kryterium brzmieniowe (najczęściej głoska *k*, np. *koty*, *króliki*), wykorzystywanie kryterium formalnego w zadaniach fluencji semantycznej najprawdopodobniej świadczy o lepszym funkcjonowaniu płatów czołowych aniżeli płatów skroniowych, które odpowiadają za semantyczne grupowanie nazw<sup>25</sup> [Szepietowska, Lipman, 2012]. Badani bardzo szybko wyczerpywali zawartość podzbiorów, tylko jednemu udało się wymienić klaster 10-elementowy. Tylko jeden klaster był oparty na rymie<sup>26</sup> (*koń*, *słoń*). Mniej klasterów zanotowano w kategorii nazw ostrych przedmiotów, tu najczęściej powtarzało się połączenie: *nóż*, *widelec* (klucz wydobywania – semantyczny), *nóż*, *nożyczki* (klucz wydobywania – formalny), dość często badani przytaczali ciąg: *nóż*, *łyżka* lub *nóż*, *łyżka*, *widelec*. Jest to efekt zaburzeń mechanizmu kontrolującego zgodność odpowiedzi z podstawowym kryterium zadania.

Nieco mniej liczne klasterly zanotowano w próbach fluencji formalnej, badani najczęściej wymieniali imiona, kluczem ich „wydobywania” było zatem kryterium semantyczne, w dalszej kolejności używali klucza formalnego, np. sylaby *fa*, *ka*, rzadziej opartego na zbitce spółgłoskowej i samogłosce, np. *krzy*.

Ograniczona zdolność do generowania klasterów, ich niewielka liczba, mała pojemność i brak różnorodności świadczą o znacznym spadku sprawności rozprzestrzeniania się aktywacji na pojęcia związane z już uaktywnionymi, a także o malejących zasobach słownika semantycznego i spadku jakości połączeń pomiędzy jego elementami [Marczinski, Kertesz, 2006].

Wśród generowanych przez badanych ciągów zanotowano ponadto bardzo liczne zdrobnienia, rzadziej zdrobnienia obok form podstawowych. Spora grupa

<sup>23</sup> Przeciętny wynik w grupie kontrolnej to 7,6 [Gliwa, 2018].

<sup>24</sup> W grupie kontrolnej [Gliwa, 2018], klasterly obejmowały aż 12 subkategorii (np. nazwy zwierząt domowych, hodowlanych, ryb, ptaków, gadów, ssaków, zwierząt afrykańskich, leśnych, a nawet dinozaurów itd.). Liczyły one od 2 do 14 egzemplarzy (najliczniejsze obejmowały nazwy zwierząt gospodarskich).

<sup>25</sup> Badani z otępieniem w przebiegu choroby Alzheimerera znacznie częściej korzystali z kryterium formalnego, co może mieć wartość diagnostyczną [Gliwa, 2018].

<sup>26</sup> Na temat fluencji rymów pisali m.in. M. Piskunowicz, M. Bieliński, A. Zgliński, A. Borkowska [2013].

badanych wymieniała nazwy w liczbie mnogiej (np. *koty, psy, różne inne zwierzęta; cielaczki*) bądź nazwy w liczbie pojedynczej, a także te same w liczbie pojedynczej (np. *koty, psy, kot, pies*).

### Fluencja werbalna u pacjentów z otępieniem w stopniu średnim

Wyniki przeprowadzonych badań przedstawiono w tabeli 3., a następnie dokonano ich analizy.

Tabela 3. Fluencja werbalna u pacjentów z otępieniem w stopniu średnim

Otępienie w stopniu średnim	Fluencja formalna		Fluencja semantyczna	
	nazwy rozpoczynające się od głoski		nazwy zwierząt (NZ)	nazwy ostrych przedmiotów (NOP)
	f (Ff)	k (Fk)		
Statystyczna liczba odpowiedzi przypadająca na jednego badanego	1,75	3,75	4,75	2,2
Liczba nazw poprawnych wśród udzielonych odpowiedzi	37%	56%	33,8 %	25,4%
Błędy formalne wśród wszystkich zanotowanych odpowiedzi	11%	9%	—	—
Błędy semantyczne wśród wszystkich zanotowanych odpowiedzi	—	—	8%	16,6%
Konstrukcje opisowe	2,5%	6%	10%	14%
Powtórzenia wśród wszystkich odpowiedzi	42%	22%	30,2%	28%
Wypełniacze wśród wszystkich odpowiedzi	7%	9%	10,2%	9%
Neologizmy wśród wszystkich odpowiedzi	0%	0%	0%	0%
Persewercje z poprzednich kategorii	—	2%	8%	5%
Średnia liczba klasterów przypadająca na jedną osobę	0,5	0,9	1,2	0,7
Średnia pojemność klasterów	2	2	3	2

Źródło: badania własne.

Grupa badanych ze zdiagnozowanym otępieniem w stopniu średnim pierwsze egzemplarze zbioru, we wszystkich próbach, wymieniała zazwyczaj w prze-

dziale ok. 1–10 s. Największą produktywność w próbach FF obserwowano do ok. 20 (Ff) – 30 s. (Fk), w próbach fluencji semantycznej 30 (NZ) – 10 s. (NOP). Badani szybciej porzucali zadania fluencji formalnej aniżeli semantycznej. Wielu wykorzystywało cały czas przeznaczony na próby. Badani mieli większe trudności ze skupieniem się aniżeli poprzednia grupa, nie wszyscy po okresie rozproszenia uwagi powracali do zadania i wymagali powtórzenia części bądź całego polecenia. W tej grupie wzrosła liczba osób z niechęcią przystępujących do zadania.

Błędy notowano w obu typach fluencji, ale liczniejsze, podobnie jak w poprzedniej grupie, były błędy semantyczne w próbach FS, dotyczyły głównie kategorii NOP, np. *nóż, łyżka*. Nielicznym badanym udawało się dokonać oceny i korekty odpowiedzi, np. *no widelec, łyżka, a łyżka raczej chyba nie, no nóż*; błędy semantyczne w kategorii NZ dotyczyły głównie przywoływania nazw subkategorii, np. *bydło; ptaki* i nazwy kategorii nadrzędnej.

Błędy formalne w próbach FF na ogół polegały na wymienianiu nazwy niezgodnej z kryterium podstawowym, np. (Ff:) *Francja, Niemcy; Finlandia, Australia, nie bo to na et* – głównie w efekcie przełączania się na inne kryterium wyszukiwania w trakcie realizacji klasteru. Świadczą one o spadku tzw. elastyczności umysłowej i podzielności uwagi, które należy łączyć z funkcjami wykonawczymi i pamięcią operacyjną [Rende i in., 2002]. Badani generowali liczniejsze aniżeli w poprzednia grupa wyrazy o trudnej do ustalenia styczności, np. w próbie Fk: *puma*.

Wśród wypowiedzi badanych dość licznie występowały konstrukcje opisowe, przeważały one w próbach FS, zwłaszcza w kategorii wąskiej, np. *ta maszyna do cięcia; no to do golenia; taki maluteńki toporek do mięsa*, zapewne taki wynik należy wiązać ze specyfiką tej kategorii<sup>27</sup>. Wzrosła także liczba powtórzeń świadczących o zaburzeniach pamięci i zaburzeniach mechanizmów kontrolujących zadanie. Była ona porównywalna w obu typach fluencji.

Nieznacznie, w porównaniu do wyników poprzedniej grupy, spadła liczba wypełniaczy. Przeważały one w zadaniach FS prawdopodobnie dlatego, że badani poświęcali tym próbom więcej uwagi i później je porzucali. Częściej występowały perseweracje, najliczniejsze obserwowano w próbach FS, zwłaszcza w kategorii NZ. Badani bardzo często powracali do poprzednio realizowanej próby, wymieniając wyrazy rozpoczynające się od głoski *k*, znaczna ich część rozpoczynała od niej wymienianie nazw zwierząt, dwie osoby w trakcie realizowania próby upewniały się, czy próba dotyczy nazw zwierząt rozpoczynających się od głoski *k*.

<sup>27</sup> W literaturze spotykamy sąd, że kategoria *nazwy ostrych przedmiotów* należy do najmniej utrwalonych w naszym umyśle, ponieważ jej pojęcia przyswajamy najpóźniej w rozwoju osobniczym [Ponichtera-Kasprzykowska, Sobów, 2014].

Osoby ze zdiagnozowanym otępieniem w stopniu średnim tworzyły nieliczne klasterzy, badani wymieniali nazwy na ogół bez użycia jakiegokolwiek klucza ich wydobycia. Świadczy to o znacznym, postępującym zanikaniu połączeń semantycznych w słowniku mentalnym. Zanotowane klasterzy przeważały w szerokiej kategorii NZ, charakteryzowała je mała pojemności i brak różnorodności – wszystkie obejmowały nazwy tzw. zwierząt gospodarskich. W kategorii NOP podstawą klasterów było kryterium semantyczne, np. *nóż*, *widelec* oraz kryterium formalne, np. *nóż*, *nożyce*. W obu zadaniach FF podstawą nielicznych klasterów była kategoria imion, np. *Franek*, *Franciszka*, rzadziej pierwsza sylaba wyrazów.

Podobnie jak w poprzedniej grupie, wśród generowanych przez badanych ciągów zanotowano liczne zdrobnienia, rzadziej zdrobnienia obok form podstawowych, nazwy w liczbie mnogiej bądź nazwy w liczbie mnogiej, a także te same w liczbie pojedynczej. Notowano także zjawisko *off-target verbosity* – odchodzenie od celu zadania – poprzez liczne reminiscencje odwołujące się do przeszłych doświadczeń.

### **Fluencja werbalna u pacjentów z otępieniem w stopniu głębokim**

Wyniki przeprowadzonych badań przedstawiono w tabeli 4. Badani z otępieniem w stopniu głębokim pierwsze egzemplarze realizowanych ciągów wymieniali zazwyczaj w przedziale ok. 1–15 s. Największą produktywność w próbach fluencji formalnej obserwowano do ok. 8 (Ff) – 12 s. (Fk), w próbach fluencji semantycznej do ok. 4 (NOP) – 10 s. (NZ). Nikt z ankietowanych osób nie wykorzystał całego czasu przeznaczanego na próby. Badani z trudem się skupiali, a po okresie rozproszenia uwagi nie powracali do zadania, o powtórzenie polecenia prosiły nieliczne osoby. Badani, którzy uzyskali w MMSE od 0 do 3 pkt. nie przystąpili do testu, najprawdopodobniej ze względu na zaburzenia rozumienia polecenia, które ujawniały się w tej grupie także u badanych z wyższymi wynikami w MMSE (tj. 4–5 pkt), np. NZ: *kura, mało spotykałam zwierząt, słyszałam tylko o kaczce, ale po prostu nie miałam w rękach*.

Warto podkreślić, że w tej grupie nie notowano skarg na bezzasadność/bezcelowość polecenia, badani przystępowali do niego bezrefleksyjnie, bądź go nie wykonywali. Bardzo często informowali o braku możliwości wykonania zadania, np. Ff: *nie wiem, nic mi nie przychodzi do głowy*; Ff: *nie wiem, nie wiem na f, nie mam pojęcia*; Fk: *na ka... ale ja to już nic; na k, na ka, krowa, wszystko pozapominałam*; NZ: *zwierzęta..., to będzie ciężko*; NOP: *nóż, chce powiedzieć i nie może mi do głowy przyjść; na pewno, ale uciekło to wszystko; dużo wszystkiego znałam*.

Statystycznie wyższą płynność i poprawność uzyskano w próbach FS.



Tabela 4. Fluencja werbalna u pacjentów z otępieniem w stopniu głębokim

Otępienie w stopniu głębokim	Fluencja formalna (FF)		Fluencja semantyczna (FS)	
	nazwy rozpozynające się od głoski		nazwy zwierząt (NZ)	nazwy ostrych przedmiotów (NOP)
	f (Ff)	k (Fk)		
Statystyczna liczba odpowiedzi przypadająca na jednego badanego	0,4	2,6	3,3	1,3
Liczba nazw poprawnych wśród udzielonych odpowiedzi	14,8%	27,9%	25,1%	18,6%
Błędy formalne wśród wszystkich zanotowanych odpowiedzi	60%	28,8%	—	—
Błędy semantyczne wśród wszystkich zanotowanych odpowiedzi	—	—	12,7%	24%
Konstrukcje opisowe	5,2%	4,3%	14,2%	12,2%
Powtórzenia wśród wszystkich odpowiedzi	20%	18%	30%	30,8%
Wypełniacze wśród wszystkich odpowiedzi	0%	2%	3%	2,2%
Neologizmy wśród wszystkich odpowiedzi	0%	0%	0%	0%
Persewercje z poprzednich kategorii	—	19%	15%	12%
Średnia liczba klasterów przypadająca na jedną osobę	0,3	0,4	0,8	0,2
Średnia pojemność klasterów	2	2	2	2

Źródło: badania własne.

Znaczny odsetek błędów obserwowano w zadaniach FF, zwłaszcza Ff, taki wynik można wiązać z tym, iż było to pierwsze z zadań, być może badani nie do końca je rozumieli. Świadczą o tym pytania: *jak na f?*; *nie wiem jak to zrobić na f*. Błędy dotyczyły generowania nazw niespełniających podstawowego kryterium, np. w próbie Ff: *piątek; wróble?*, *kaczki też nie, bo to na k*; Fk: *nazwiska k*; *Karol* (po upływie 7 s.) *głupi, głupia*. Obserwowane błędy semantyczne w próbach FS to nazwy powiązane pośrednio lub bezpośrednio z kategorią podstawową, np. NZ: *domowe*, bądź nazwy, które trudno łączyć z tą kategorią, np. *balon*, NOP: *nóż, łyżka*, choć i tu zdarzali się pacjenci, którzy wychwytywali swój błąd: *nóż, łyżka, to jest już co innego*, (po upływie 7 s.) *łyżka, nóż*, inne notowane błędy semantyczne opierały się np. na styczności znaczeń: *chrzan*.



Konstrukcje opisowe przeważały w zadaniach FS, zwłaszcza w kategorii NZ np.: *krowa, no i ten samiec... z rogami*; w kategorii NOP: *te ostre, gospodarz je ma* (zapewne widły), konstrukcje były raczej ubogie i nie zawsze sugerowały, jaki przedmiot miał na uwadze badany.

W obu typach fluencji obserwowano liczne powtórzenia, badani nie byli w stanie wychwycić nazw powtórnie wypowiedzianych, powtarzali leksem w takiej samej formie lub zmieniali np. liczbę: *krowa, byk, krowa*. Zwraca uwagę prze-waga powtórzeń nad tzw. wypełniaczami, co świadczy o rezygnacji z aktywnego przeszukiwania słownika mentalnego i zaburzeniach pamięci krótkotrwałej. Persewercje zanotowano zarówno w próbach FF, jak i FS, choć przeważały w próbie Fk: *Frania*; oraz NOP: *noże, kosa, a z imion, też nazwiska Katarzyna, Kinga, Kasia*. Nie można wykluczyć, że pierwsze egzemplarze w kategorii NZ rozpoczynające się od głoski *k*, to forma persewercji.

## Podsumowanie

Istnieją dwie strategie wykonywania zadań fluencji słownej, prowadzące do osiągnięcia wysokiego rezultatu: po pierwsze – badany może dysponować odpowiednio bogatym leksykonem, czyli ma łatwy dostęp do danego rodzaju informacji magazynowanych w pamięci, po drugie – może posiadać zdolność szybkiej zmiany nastawienia umysłowego z wyrazu na wyraz, czyli ma łatwość przeszukiwania wielu różnych rodzajów danych [Biechowska i in., 2012; Gliwa, 2018]. Wyniki przeprowadzonych badań wskazują, że w otępieniu naczyniopochodnym, niezależnie od jego patogenezy, w miarę narastania zmian otępiennych zmniejsza się możliwość korzystania z tych strategii.

Najmniejsze trudności w aktualizowaniu słowa obserwowano u osób ze zdiagnozowanym otępieniem w stopniu lekkim, badani, którzy uzyskali 4 i mniej punktów w MMSE w zasadzie nie realizowali prób. Jest to zapewne efekt słabnięcia, a ostatecznie zaniku połączeń semantycznych i formalnych między elementami słownika mentalnego, gdy nazwa kategorii nie wywołuje dostatecznie silnego pobudzenia reprezentacji fonologicznej słowa. Badani mieli mniejsze możliwości generowania nazw, których kluczem wywołania było kryterium formalne.

Statystycznie w otępieniu lekkim i średnim notowano więcej błędów semantycznych w FS, aniżeli formalnych w FF. W otępieniu głębokim zanotowano tendencję odwrotną. Wzrost liczby błędów był adekwatny do wzrostu stopnia otępienia. Wynikały one z przeniesienia nazwy na wskutek styczności znaczeń lub innych relacji semantycznych, zagubienia się w relacjach semantycznych; przeniesienia nazwy na wskutek podobieństwa brzmienia; przywołania nazwy bez związku semantycznego, czy formalnego. Były one statystycznie częstsze w kategoriach wąskich, zjawisko to wiązać należy z mniejszym stopniem utrwalenia nazw do nich należących i późnym ich nabywaniem w rozwoju osobniczym.

W miarę narastania zmian otępiennych częstsza była także *quasinominacja* – stosowanie konstrukcji opisowych, zwłaszcza w otępieniu w stopniu średnim i głębokim.

Powtórzenia obserwowano w ciągach realizowanych przez pacjentów ze wszystkich grup, najliczniejsze jednak były w wypowiedziach osób z otępieniem w stopniu średnim. Nazwy powtórzone realizowane były w takiej samej formie bądź różnicowane za pomocą liczby, formy (zdrobnienia), przymiotnika: *zajączki, małe zajączki*.

Zmiana struktury formalnej jednostek leksykalnych, tj. zmiany konstrukcji, słowotwórczych, zmiany w strukturze fonologiczno-fonetycznej (zniekształcenia, elizje, substytucje) pojawiały się w wypowiedziach badanych ze zdiagnozowanym otępieniem w stopniu lekkim i średnim, wiązały się na ogół z przywoływaniem słów o skomplikowanej strukturze lub wyrazów obcych. W trakcie realizacji zadania obserwowano także zjawiska o charakterze marginalnym, jak echolalie, głównie u pacjentów z otępieniem w stopniu głębokim.

Ponieważ w literaturze mówi się o dominujących w otępieniu naczyniopochodnym (niezależnie od charakteru patologii naczyniowej) zaburzeniach funkcji wykonawczych nad zaburzeniami pamięci [Szepietowska, Gawda, 2012], to należy przyjąć, że trudności w zakresie możliwości realizacji zadań z zakresu płynności słownej wynikały kolejno z zaburzeń funkcji odpowiedzialnych za mechanizmy „zrządzające zadaniem” (funkcji wykonawczych)<sup>28</sup>; zaburzeń pamięci, znacznego zubożenia słownika mentalnego, rozpadu połączeń semantycznych oraz zaburzeń rozumienia mowy.

---

<sup>28</sup> „Funkcje zarządzające nie są zjawiskiem jednorodnym, wyróżnia się cztery ich komponenty: 1) giętkość poznawczą, czyli przerzutowość uwagi; 2) hamowanie, czyli zdolność od powstrzymywania się od narzucających się reakcji; 3) pamięć operacyjną, czyli zdolność do utrzymania w pamięci informacji niezbędnych do wykonania zadania i operowania nimi” [Kielar-Turska, Byczewska-Konieczny, 2014, s. 436–437].

## Bibliografia

- Biechowska Danuta, Kaczmarek Izabela, Witkowska Marta, Steinborn Barbara, 2012, *Przydatność prób fluencji słownej w diagnozie różnicowej zaburzeń neurologicznych u dzieci i młodzieży*, „Neurologia Dziecięca”, 21 (42), s. 45–51.
- Crossley Margaret, D’Arcy Carl, Rawson Nigel, 1997, *Letter and category fluency in community – dwelling Canadian seniors: A comparison of normal participants to those with dementia of the Alzheimer or vascular type*, „Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology”, 19 (1), s. 52–62.
- Daniluk Beata, 2000, *Deficyty poznawcze u osoby z postępującym schorzeniem mózgu o etiologii naczyniowej. Neuropsychologiczne studium przypadku*, w: Aneta Borkowska, Ewa M. Szepietowska (red.), *Diagnoza neuropsychologiczna. Metodologia i metodyka*, Lublin, s. 383–405.
- Daniluk Beata, Szepietowska Ewa Małgorzata, 2009a, *Płynność semantyczna i literowa osób w różnych fazach dorosłości*, cz. I, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska”, Sectio J: Paedagogia-Psychologia, 22, s. 97–110.
- Daniluk Beata, Szepietowska Ewa Małgorzata, 2009b, *Płynność semantyczna i literowa osób w różnych fazach dorosłości – czynniki modyfikujące wykonanie zadań fluencji słownej*, cz. II, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska”, Sectio J: Paedagogia-Psychologia, 22, s. 111–128.
- Domagała Aneta, 2015, *Standardy postępowania logopedycznego w przypadku otępienia alzheimerowskiego*, w: Stanisław Grabias, Jolanta Panasiuk, Tomasz Woźniak (red.), *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego*, Lublin, s. 995–1021.
- Gliwa Renata, 2018, *Fluencja słowna w zakresie wybranych kategorii nazw własnych i pospolitych w przebiegu otępienia w chorobie Alzheimerera*, w druku.
- Goodglass Harold, Kaplan Edith, 1972, *Boston Diagnostic Aphasia Examination*, Philadelphia.
- Goulet Pierre, Joanett Yves, Sabourin Lyne, Giroux Francine, 1997, *Word fluency after a right-hemisphere lesion*, „Neuropsychologia”, 35 (12), s. 1565–1570.
- Grossman Murray, Robinson Keith, Bernhardt Nechama, Koenig Phyllis, 2001, *A rule-based categorization deficit in Alzheimer’s Disease?*, „Brain and Cognition”, 45, s. 265–276.
- Heim Stefan, Eickhoff Simon B., Amunts Katrin, 2008, *Specialization in Broca’s region for semantic, phonological, and syntactic fluency?*, „Neuroimage”, 40 (3), s. 1362–1368.
- Heister Gabriele, 1982, *Sex Differences in Verbal Fluency: a short note*, „Current Psychological Research”, 2, s. 257–260.
- Jóźwiak Andrzej, 2008, *Otępienie u osób w wieku starszym*, „Geriatrics”, 2, s. 237–246.
- Kielar-Turska Maria, Byczewska-Konieczny Karolina, 2014, *Specyficzne właściwości posługiwania się językiem przez osoby w wieku senioralnym*, w: Stanisław Milewski, Jerzy Kuczkowski, Katarzyna Kaczorowska-Bray (red.), *Biomedyczne podstawy logopedii*, Gdańsk, s. 429–441.
- Klimkowicz-Mrowiec Aleksandra, Szczudlik Andrzej, 2011, *Otępienie poudarowe*, w: Jerzy Leszek (red.), *Choroby otępienne. Teoria i praktyka*, Wrocław, s. 331–342.
- Kłoszewska Iwona, 2011, *Choroba Alzheimerera i otępienie naczyniopochodne – jak rozległe jest pogranicze?*, w: Jerzy Leszek (red.), *Choroby otępienne. Teoria i praktyka*, Wrocław, s. 343–352.
- Łojek Emilia, Stańczak Joanna, 2010, *Podręcznik do Kalifornijskiego Testu Uczenia się Językowego CVLT D. C. Delisa, J. H. Kramera, E. Kaplan i B. Ober. Polska normalizacja*, Warszawa.

- Łuczywek Elżbieta, Fersten Ewa, 1992, *Poziom fluencji słownej przy różnych uszkodzeniach mózgu*, „Studia Psychologiczne”, 30 (1–2), s. 89–98.
- Magierska Joanna, Magierski Radosław, Fendler Wojciech, Kłoszewska Iwona, Sobów Tomasz, 2012, *Zastosowanie polskiej adaptacji Montrealskiego Testu do Oceny Funkcji Poznawczych (MoCA) w przesiewowej ocenie funkcji poznawczych*, „Neurologia i Neurochirurgia Polska”, 46, s. 130–139.
- Marczinski Cecile, Kertesz Andrew, 2006, *Category and letter fluency in semantic dementia, primary progressive aphasia, and Alzheimer’s disease*, „Brain and Language”, 97, s. 258–265.
- Mosiołek Anna, 2014, *Metody badań funkcji poznawczych*, „Psychiatria”, 11 (4), s. 215–221.
- Olive Helen, 1972, *A note on sex difference in adolescent’s divergent thinking*, „Journal of Psychology”, 82, s. 39–42.
- Opala Grzegorz, Ochudło Stanisław, 2004, *Obraz kliniczny i różnicowanie otępienia naczyniowego*, „Udar Mózgu”, 6 (1), s. 7–16.
- Ostberg Per, Fernaeus Sven Erik, Hellström Ake, Bogdanović Nenad, Wahlund Lars Olof, 2005, *Impaired verb fluency: a sign of mild cognitive impairment*, „Brain and Language”, 95, s. 273–279.
- Piskunowicz Małgorzata, Bieliński Maciej, Zgliński Adam, Borkowska Alina, 2013, *Testy fluencji słownej – zastosowanie w diagnostyce neuropsychologicznej*, „Psychiatria Polska”, 46 (3), s. 475–485.
- Ponichtera-Kasprzykowska Monika, Sobów Tomasz, 2014, *Adaptacja i wykorzystanie testu fluencji słownej na świecie*, „Psychiatria i Psychologia Kliniczna”, 14 (3), s. 178–187.
- Puchowska-Florek Marlena, Książkiewicz Barbara, Nowaczewska Magdalena, 2005, *Ocena przydatności wybranych skal i testów do oceny afazji u pacjentów w ostrym okresie udaru mózgu*, „Udar Mózgu”, 7 (2), s. 39–47.
- Rende Barbara, Ramsberger Gail, Miyake Akira, 2002, *Commonalities and differences in the working memory components underlying letter and category fluency task: A dual task investigation*, „Neuropsychology”, 16, s. 309–321.
- Rosińczuk-Tondersys Joanna, Murzyńska Dorota, Kazimierska-Zajac Magdalena, 2013, *Porównanie fluencji słownej u kobiet ze starzeniem fizjologicznym i chorych z zespołami otępiennymi*, „Forum Logopedyczne”, 21, s. 88–93.
- Rossell Susan, 2006, *Category fluency performance in patients with schizophrenia and bipolar disorder: the influence of affective categories*, „Schizophrenia Research”, 82, s. 135–138.
- Ruff Ronald, Light Rudolph, Parker Stephen, Levin Harvey, 1997, *The psychological construct of word fluency*, „Brain and Language”, 57, s. 394–405.
- Sobów Tomasz, Barcikowska Maria, Liberski Paweł Piotr, 2014, *Zespoły otępienne*, w: Wojciech Kozubski, Paweł Piotr Liberski (red.), *Neurologia*, t. 2, Warszawa, s. 273–276.
- Stolarska Urszula, Krocza Sławomir, Gergont Aleksandra, Steczkowska Małgorzata, Kaciński Marek, 2008, *Test fluencji słownej – aspekty rozwojowe w normie i patologii*, „Przegląd Lekarski”, 65, s. 764–768.
- Szepietowska Ewa Małgorzata, Gawda Beata, 2011, *Ścieżkami fluencji werbalnej*, Lublin.
- Szepietowska Ewa Małgorzata, Gawda Beata, 2012, *Werbalna fluencja afektywna i narracje emocjonalne u osób z chorobą Alzheimera i demencją naczyniową*, „Psychogeriatrics Polska”, 9 (1), s. 37–46.

- Szepietowska Ewa Małgorzata, Hasiec Tomasz, Jańczyk-Mikoś Anna, 2012, *Fluencja słowna i niewerbalna w różnych stadiach i formach choroby Parkinsona*, „Psychogeriatrya Polska”, 9 (4), s. 137–148.
- Szepietowska Ewa Małgorzata, Lipian Joanna, 2012, *Fluencja słowna neutralna i afektywna u chorych z uszkodzeniem prawej, lewej lub obu półkul mózgu*, „Psychiatria Polska”, 46 (4), s. 539–551.
- Talarowska Monika, Florkowski Antoni, Galecki Piotr, 2008, *Zaburzenia funkcji poznawczych wśród chorych na cukrzycę*, „Polski Merkurusz Lekarski”, 15, s. 349–355.
- Talarowska Monika, Zboralski Krzysztof, Bachurska Agnieszka, Galecki Piotr, 2011, *Results of the verbal fluency test among patients suffering from depressive disorders and organic depressive disorders*, „Current Problems of Psychiatry”, 12, s. 397–403.
- Whatmough Christine, 2014, *Otępienie*, w: Carol Armstrong, Lisa Morrow (red.), Michał Harciarek (red. wyd. polskiego), *Neuropsychologia medyczna*, Warszawa, s. 3–33.
- Wood Amanda Gabrielle, Saling Michael, Abbott David, Jackson Graeme, 2001, *A neurocognitive account of frontal lobe involvement in orthographic lexical retrieval: an fMRI study*, „NeuroImage”, 14, s. 162–169.
- Zawadzka Ewa, 2013, *Świat w obrazach u osób po udarze mózgu*, Warszawa.

---

## Summary

The assumption of this study was the characterization of verbal fluency in vascular dementia. The verbal fluency test was used for the tests. The experimental group included 42 people. Quantitative and qualitative analysis of the research material was made. Problems with verbal fluency have been described: formal and categorial in patients with vascular dementia in the light, middle and deep degree.

Katarzyna Jachimowska, Agata Korycka

Uniwersytet Łódzki\*

## LOGOPEDA WOBEC KONSEKWENCJI KOLCZYKOWANIA NARZĄDÓW ZESPOŁU USTNO-TWARZOWEGO

---

SPEECH THERAPIST FACING CONSEQUENCES  
OF ORAL PIERCING

**Słowa kluczowe:** dyslalia, kolczykowanie, powikłania piercingu.  
**Keywords:** dyslalia, piercing, complications after piercing.

### Uwarunkowania kulturowe kolczykowania

Na drugą połowę XX wieku datuje się powstanie *body artu* – sztuki, która wywarła ogromny wpływ na przełamanie tabu cielesności człowieka [Teodorczyk, b.r.]. Jej główną funkcją było – i wciąż jest – podkreślenie indywidualności jednostki, podniesienie poczucia własnej wartości, poprawienie samooceny. W XXI wieku wygląd nabrał większego znaczenia w tworzeniu estetycznego obrazu człowieka, co oznacza, że cielesność coraz bardziej liczy się w przestrzeni społecznej, a ludzie opierają swoje pierwsze wrażenia na spostrzeżeniach dotyczących estetyki wizualnej. Do dziś powstało już wiele sposobów poprawiania wyglądu, zwiększyła się ich dostępność i aprobatą społeczną; są to m.in. wykorzystanie mody, aktywność fizyczna, różnego rodzaju modyfikacje ciała, jak operacje plastyczne, a także makijaż, tatuaż i oczywiście *piercing*.

W kategoriach *body artu* umiejscowiono *body piercing*, czyli modyfikacje ciała polegające na przekłuwaniu i kolczykowaniu. Przez historyków i antropologów jest on opisywany jako jedna z najstarszych form ozdabiania ciała – pierwsze wzmianki sięgają około pięciu tysięcy lat wstecz [Mendak, Karolewska, 2004, s. 145]. Ludzie kierowani różnymi motywami, które najczęściej dotyczyły reli-

---

\* Wydział Filologiczny, Instytut Filologii Polskiej i Logopedii, Zakład Współczesnego Języka Polskiego, ul. Pomorska 171/173, 90-236 Łódź, katarzyna.jachimowska@uni.lodz.pl, akorycka92@interia.pl



gijnych obrzędów i mistycznej symboliki, przekłuwali różne części swojego ciała i ozdabiali kośćmi zwierząt, metalem, drewnem i innymi materiałami. Robili to m.in. rzymscy dowódcy armii przekłuwający brodawki piersi, egipscy faraonowie przekłuwający pępki; języki przekłuwali Majowie, Aztekowie i niektóre plemiona Indiańskie, zaś starożytni Rzymianie, angielscy żeglarze, żołnierze i więźniowie, a nawet słudzy opisywani w biblijnej Księdze Wyjścia mieli przekłute uszy. Historia kolczykowania ukazuje bogaty zasób jego znaczeń i funkcji w zależności od kultury, w której było ono praktykowane [por. Bauman, 2008].

Logopedów najbardziej powinno zainteresować przekłuwanie okolic przestrzeni ustno-twarzowej. Zjawisko to nazwano *oral piercingiem*, co oznacza przekłuwanie tkanek jamy ustnej i osadzanie w nich kolczyka. Ten rodzaj zdobienia ciała obejmuje najczęściej język i wargi, nie mniej jednak spotyka się również kolczyki w policzkach, bruździe wargowo-nosowej (tzw. rynience podnosowej) i wargowo-bródkowej, w wędzidełkach języka i warg, czy w wyrostku podniebienia miękkiego [por. *Atlas przekłuć*, b.r.]. Mówiąc o *oral piercingu*, warto pamiętać także o wciąż aktualnej modzie na przekłuwanie okolic nosa. Ze względu na nieustającą popularność *piercingu* wśród młodzieży warto podnieść temat negatywnych skutków kolczykowania i nadmienić, że kolczyki to nie tylko ozdoba, ale przede wszystkim ciało obce w ludzkim organizmie i mechaniczna przeszkoda dla sprawnego wykonywania ruchów artykulacyjnych. Należy pamiętać, że *piercing* stanowi poważną, często nieodwracalną w skutkach ingerencję w funkcjonowanie organizmu.

Kult piękna i estetyki ciała jest powszechnym elementem życia plemion z różnych stron świata. W książce *Ludy świata* Mirella Ferrera opisała między innymi te plemiona, które dokonują modyfikacji za pomocą ciał obcych w przestrzeni ustno-twarzowej [Ferrera, 2004, s. 58–272]. Pierwszą grupę stanowią mężczyźni Himba w Namibii, którzy w rozciągniętych wargach noszą dwa złote krążki, będące symbolem majątności. Grupa druga to kobiety Surma w Etiopii ze słynnymi drewnianymi bądź glinkowymi krążkami w dolnej wardze. Przekłucia nosa to atrybut większości plemion. Indyjskie plemię Rabari oferuje bogatą biżuterię już dla niemowląt, dla nieco starszych zaś – przekłucie płatka nosa dużym, okrągłym kolczykiem. Podobnie dzieje się w plemienu Bondo, także w Indiach. Inny rodzaj przebijania nosa występuje natomiast u indyjskich Apatani, gdzie kobietom w wieku dojrzewania umieszcza się w skrzydełkach nosa bambusowe zatyczki. Kolejna grupa to mężczyźni Dani bytujący w Nowej Gwinei, przekłuwający przegrodę nosową zwierzęcymi kłami, podobnie zresztą robią także nowogwinejscy Huli, którzy przegrodę przebijają długimi, cienkimi patyczkami z bambusa. Plemię Kuna z Panamy traktuje złotą obrączkę zatkniętą w przegrodzie nosowej (*olo*) jako część tradycyjnego stroju ludowego. Kobiety Yanomami, mieszkanki Brazylii i Wenezueli, przetykają nosy, policzki i podbródki cienkimi, długimi patyczkami z bambusa, co niesie znaczenie symboliczne i magiczne. Inne typy modyfikacji przestrzeni ustno-twarzowej co prawda nie dotyczą kolczykowania jamy ustnej czy nosa, lecz są również bardzo niekorzystne dla człowieka



z różnych przyczyn, w tym *stricte* logopedycznych. I tak brazylijscy Bororo mocują na całej długości małżowiny usznej złote pierścienie, a Masajowie z Kenii i Tanzanii przekuwają płatki uszu dzieciom obydwu płci, ze stopniowym powiększaniem otworu, co w efekcie doprowadza do powstania wyraźnych dziur. Obydwie praktyki grożą trwałym, zewnętrznym uszkodzeniem narządu słuchu. Wreszcie sławne kobiety Padaung z Birmy i Tajlandii, których zwyczajem jest wydłużanie szyi poprzez zakładanie mosiężnych obręczy już od 5. r.ż., będących niezmiernie groźnymi dla życia (z czasem mięśnie szyi stają się zbyt słabe, by utrzymać ciężar głowy bez wsparcia obręczy, zatem kobieta, zdecydowawszy się na demontaż, musiałaby spędzić resztę życia w pozycji leżącej bądź przytrzymywać głowę rękoma). Podobny, choć nieco mniej drastyczny sposób upiększania preferują kobiety Ndebele w Zimbabwe i Republice Południowej Afryki oraz Bondo w Indiach, które, choć mają możliwość zdejmowania obręczy, to rzadko się z nimi rozstają, a ich ciężar może prowadzić do zwyrodnień w obrębie odcinka szyjnego kręgosłupa i wtórnie przyczynić się do zaburzonego funkcjonowania przestrzeni orofacjalnej. Na koniec warto wspomnieć o afrykańskich Pigmejach, którzy niszczą zęby podczas ich rytualnego spiłowywania w szpic.

### Założenia badawcze

Wymowa jest efektem artykulacji, zestawu odpowiednich ruchów narządów artykulacyjnych, które produkują głoski, dodatkowo wzbogaconym przez prozodyczne elementy wypowiedzi, takie jak melodia, akcent, rytm, tempo. Poprawna wymowa wynika z przestrzegania norm fonetycznych, narzucających konkretne ułożenie artykulatorów podczas wymawiania głoski oraz norm fonologicznych, dotyczących cech dystynktywnych. Omawiana w pracy *dyslalia kolczykowania* jest zaburzeniem realizacji fonemów, spowodowanym wyłącznie uszkodzeniem obwodowym wynikającym z umieszczenia mechanicznej przeszkody w postaci kolczyka w obrębie narządów zespołu ustno-twarzowego. Danuta Pluta-Wojciechowska sytuuje ją w grupie dyslalii anatomicznej ruchowej prostej [Pluta-Wojciechowska, 2014].

Człowiek w procesie ewolucji przysposobił narządy biorące udział w czynnościach biologicznych, takich jak oddychanie oraz przyjmowanie pokarmów, do potrzeb artykulacji. Wynika z tego, że w trakcie tworzenia dźwięków mowy artykulatory wykonują funkcjonalnie zbliżone ruchy jak podczas jedzenia [por. Mackiewicz, 2001]. W efekcie częstego doświadczania tych aktywności wytwarzają się tzw. prototypowe doświadczenia orofacjalne, a wśród nich wzorce ruchów artykulacyjnych [por. Pluta-Wojciechowska, 2013, s. 45, 195]. Ten swoisty wczesnodziecięcy trening jest istotny dla artykulacji poprzedzonej doświadczeniami związanymi z prawidłowym napięciem mięśni, ułożeniem głowy, pracą języka, warg, żuchwy, podniebienia miękkiego czy policzków.

Umieszczenie ciała obcego w organizmie nigdy nie pozostaje obojętne dla sfery zarówno fizycznych, jak i psychicznych wrażeń noszącego i może mieć poważniejsze następstwa. Osoby z *piercingiem oralnym* stanowią grupę ryzyka zaburzeń kondycji czynności pokarmowych i oddechowych oraz jakości artykulacji. Nieprofesjonalnie i nieprawidłowo wykonany zabieg kolczykowania jest obarczony ryzykiem pogorszenia zdrowia, ponieważ wiąże się z dużą liczbą możliwych powikłań. Nawet udanie się do profesjonalnego z nazwy salonu nigdy nie będzie gwarancją dobrze wykonanej usługi. Co ważne, duże zainteresowanie ludzi ozdabianiem ciała w formie *piercingu* nie odzwierciedla się w równie dużej świadomości jego powikłań. „Ofiary” nieudanego zabiegu przekłuwania to zwykle pacjenci lekarzy stomatologów i laryngologów [por. Nienartowicz i in., 2004], chociaż istnieją obiektywne powody, dla których także logopedzi są grupą zawodową związaną z tą problematyką. W literaturze przedmiotu badań w zdecydowanej większości opisane są powikłania przekłuć języka, głównie od strony *stricte* medycznej. Nieliczne są natomiast publikacje na temat powikłań w postaci zaburzeń mowy powstałych na skutek *piercingu orofacjalnego*, które także powinno się zaliczać do grupy negatywnych skutków pozabiegowych.

## Metodologia badań

Głównym celem przeprowadzonego badania było udzielenie odpowiedzi na pytanie: czy i w jakim stopniu kolczykowanie narządów kompleksu ustno-twarzowego może być przyczyną pogorszenia kondycji czynności prymarnych oraz jakości artykulacji. Materiał badawczy zebrano wśród 12 osób w wieku 18–35 lat, które posiadały kilka bądź kilkanaście różnorodnych przekłuć, w tym przekłucia narządów jamy ustnej i nosa. Ponadto jeden badany posiadał modyfikację w postaci pionowego, chirurgicznego rozcięcia języka (*Tongue splitting*). Badani nie mieli problemów ani anatomicznych, ani neurologicznych, mogących wpłynąć na mowę niezależnie od posiadanych modyfikacji. Ustalono, że przekłucia w badanej grupie w znacznej większości zostały wykonane przez osobę prywatną, która nie ukończyła żadnego szkolenia z *piercingu* i tylko niewielka część z nich została wykonana w profesjonalnym salonie *piercingu*. Co więcej, tych ogólnych statystyk nie można odnieść indywidualnie do wyboru konkretnej osoby, ponieważ badani zachowywali się nieregularnie, co oznacza, że raz decydowali się na zabieg prywatny, innym razem zaś w salonie. Nie uważali tego również za fakt dziwny czy wart uwagi, przy czym nie dysponowali zbyt szeroką wiedzą na temat ryzyka powikłań po *piercingu*. Z reguły nadmieniali, że zdają sobie sprawę z możliwości uszkodzenia zębów i zakażeń, lecz wiedzę, którą posiadali, i tak zdawali się wypierać i bagatelizować.

Na potrzeby badań opracowano *Kartę badania mowy osób z piercingiem orofacjalnym* oraz *Kwestionariusz do badań kondycji czynności prymarnych dla osób*

z *piercingiem orofacjalnym*. Wyniki badań powinny zainteresować logopedów *piercingiem* pod względem jego wpływu na czynności prymarne i mowę, a także przyczynić się do zwiększenia świadomości istnienia tego typu grupy pacjentów. Mimo szerokiego zainteresowania społecznego, a jednocześnie sporów, jakie wzbudza zjawisko modyfikacji ciała, w tym kolczykowanie przestrzeni orofacjalnej, dotychczas powstało niewiele opracowań naukowych na ten temat.

## Kolczykowanie w aspekcie medycznym i logopedycznym

Z perspektywy medycznej i logopedycznej niebezpieczny jest już sam akt przekłuwania. Do powikłań występujących w trakcie zabiegu zalicza się przede wszystkim krwotoki. Nos i język wraz z innymi narządami wewnątrz ust są strukturami silnie unaczynionymi. Podczas zabiegu możliwe jest wystąpienie bardzo silnego krwotoku, który trzeba szybko opanować. Co więcej, kontakt z krwią niesie ryzyko zakażeń wirusowych i bakteryjnych. Wśród wirusowych wymienia się m.in. HIV, opryszczkę pospolitą (HSV), brodawczaka ludzkiego (HPV), zapalenie wątroby (typu A, B, C, D, G), a wśród bakteryjnych – posocznicę, ropowicę dna jamy ustnej, tężec, gruźlicę, bakteryjne zapalenie wsierdza, ropień mózgu [Mendak, Karolewska, 2004, s. 147]. Już niewłaściwa dezynfekcja sprzętu może skutkować wystąpieniem wymienionych chorób, a przy nieprzestrzeganiu zaleceń dotyczących pielęgnacji kolczyka i jego otoczenia rana po zabiegu stanowi doskonale miejsce do rozwoju infekcji grzybiczych. Powszechnym powikłaniem wczesnym jest utrudniona higiena jamy ustnej. Zaniedbanie miejsca kolczykowania doprowadza do zwiększonego osadzania się płytki nazębnej i powstawania kamienia nazębego, a co za tym idzie – chorób zębów i przyzębia, np. próchnicy czy paradontozy. Inną konsekwencją przekłucia okolicy ust jest obecność prądów elektrogalwanicznych powodujących m.in. zaburzenia smaku czy wystąpienie alergii na materiał, z którego wykonano kolczyk. W końcu *piercing* może przeszkadzać podczas przeprowadzania niektórych zabiegów medycznych, np. poprzez utrudnione obrazowanie w badaniach diagnostycznych okolic głowy (rezonansie magnetycznym, tomografii komputerowej, zdjęciu rentgenowskim).

W wyniku badań odnotowanych w dostępnej literaturze, po przeanalizowaniu negatywnych zmian po kolczykowaniu, które mogą zajść w obrębie narządów i struktur przestrzeni orofacjalnej oraz tego, jak zmiany te oddziałują na kondycję ssania, gryzienia, żucia czy polykania, okazuje się, że problem jest dość znaczny. Pierwszym, najczęstszym utrudnieniem sprawnego funkcjonowania organów orofacjalnych, które pojawia się od razu po założeniu kolczyka, jest obrzęk kolczykowanego miejsca [Nienartowicz i in., 2012]. Choć po pewnym czasie powinien ustąpić, to zdarza się, że przekłute miejsce staje się ogniskiem stanów zapalnych i może przeistoczyć się w bolesną ranę. Jeszcze poważniejsze zagrożenie dla sprawnego przebiegu czynności w przestrzeni ustno-twarzowej

stanowi uszkodzenie nerwów czaszkowych – twarzowego, trójdzielnego, podjęzykowego, językowo-gardłowego, które wywołuje porażenia lub nieodwracalne zniszczenia ruchowej albo czuciowej drogi nerwowej okolic twarzy. Nieco odleglejszym w czasie powikłaniem noszenia biżuterii w ustach są wspomniane już uszkodzenia zębów i przyzębia [por. Mędrzycka-Dąbrowska, 2014, s. 525]. Co więcej, u osób mających ozdoby w przestrzeni ustno-twarzowej często obserwuje się zachowania parafunkcjonalne, czyli nieprawidłowe nawyki w obrębie zespołu ustno-twarzowego, takie jak niepokarmowe ssanie czy nagryzanie. Podczas takiej „eksploracji” następuje utrwalanie szkodliwych odruchów związanych z narządami przestrzeni orofacialnej, podczas których nierzadko dochodzi do uszkodzeń zębów i tkanek jamy ustnej, takich jak pęknięcia i ukruszenia, abrazyje następujące na skutek przewlekłego kontaktu kolczyka ze szkliwem, formowanie szpar międzyzębowych, czyli trem, wykrzywienia, a nawet złamania zębów, recesje dziąseł oraz powstawanie blizn i keloidów. Wszystko to może negatywnie wpływać na artykulację, powodując jej okresowe zaburzenia. Problemem są także bolesne rany w błonie śluzowej w miejscach, gdzie kolczyk stale ma kontakt z tkanką miękką oraz urazy wędzidełek [Jakimiak i in., 2014].

Dysfunkcja oddychania uruchamia proces utrwalania się szkodliwych mechanizmów jego przebiegu. W przypadku przekłuć nosa czy języka zaburzenia oddychania mogą pojawić się w wyniku niewydolności oddechowej spowodowanej ich opuchnięciem, ponadto przekłuwający nos często zmagają się z przewlekłym katarzem, utrudniającym swobodny przepływ powietrza i zmuszającym do wadliwego oddychania drogą ustną. Często też zabiegi w tej okolicy stają się przyczyną nosowania, które stanowi problem logopedyczny. Wskazuje się również na mechaniczne zablokowanie drożności górnych dróg oddechowych i pokarmowych, związane z tzw. migracją kolczyka, powodującą jego aspirację lub połknięcie. Podobnie oddziałuje na prawidłowe oddychanie opuchlizna w obrębie jamy ustnej, która zaburza rytm ssania, gryzienia, żucia czy połykania. Odwoławszy się do rytmu czynności pokarmowych i picia, można wnioskować, że o ich zakłóceniu będą decydować przebiccia warg i ich wędzidełek, języka, wędzidełka podjęzykowego, języczka i policzków. Dzieje się tak przede wszystkim na skutek obniżenia sprawności (ruchomości) i stopnia zsynchronizowania ich pracy.

Jeśli chodzi o artykulację, jedynym polskim opublikowanym artykułem z zakresu logopedii jest praca Lilianny Konopskiej i Magdaleny Jankowskiej, w której autorki zaprezentowały wyniki badań jakości wymowy osób z przekłutymi językami [Konopska, Jankowska, 2007, s. 77–89]. Autorki przedstawiły negatywne dla piercingu wnioski. Badanie wymowy przeprowadzono dwukrotnie: w pierwszej próbie bez kolczyka, stwierdzono wadliwe realizacje fonemów wszystkich trzech szeregów, czyli /ś, ź, ć, ź/, /s, z, c, ʒ/, /š, ž, č, ž/, fonemów przedniojęzykowo-dziąsłowych /r/, /l/, przedniojęzykowo-zębowych /t/, /d/, /n/ oraz środkowojęzykowych /ń/, /j/. W próbie drugiej, z kolczykiem założonym, ustalono utrzymywanie się wadliwej realizacji fonemów z próby bez kolczyka, a dodatko-

wo wystąpienie wadliwej realizacji fonemów, które uprzednio realizowane były poprawnie, pojawienie się nowych wadliwych cech w fonemach, które już wcześniej realizowane były błędnie oraz nasilenie stopnia nieprawidłowości i zwiększenie częstości występowania wadliwych cech fonetycznych, przede wszystkim dyspalatalności i dyswibracyjności. Zdiagnozowaną grupę zaburzeń artykulacyjnych Danuta Pluta-Wojciechowska [2014] nazwała „dyslalią kolczykowania”.

## Wyniki badań własnych

Jak wcześniej wspomniano, 12 osób badanych posiadało różne przekłucia w obrębie aparatu orofacjalnego, w tym: 10 osób przekłucia warg, 8 – przekłucia języka, 5 – przekłucia nosa, 3 – przekłucia wędzidełek. Na podstawie wyników własnych badań, logopedyczna ocena wymowy w badanej grupie osób, posiadających liczne przekłucia w obrębie zespołu ustno-twarzowego, nie udowodniła powszechności występowania problemów artykulacyjnych. Jednak przeprowadzona analiza wykazała, że istotnie występują pewne **wady artykulacyjne**, które, jak można przypuszczać, są uwarunkowane miejscem przekłucia kolczykiem. U czworga z dwunastu badanych stwierdzono wadliwe realizacje fonemów. U jednej osoby dotyczyły one dwóch spółgłosek przedniojęzykowo-dziąsłowych dentalizowanych [č, ž], u dwóch osób spółgłosek środkowojęzykowych dentalizowanych [ś, ź, ć, ź] oraz spółgłoski przedniojęzykowo-dziąsłowej dentalizowanej [š]. U jednej osoby występowało nosowanie zamknięte przednie.

Pierwsza osoba badana błędnie realizowała fonemy /č/ i /ž/ – deformacja głosek [č] i [ž] przyjmowała formę seplenienia polegającego na lekkim ześlizgu czubka języka, przy którym język nie dotyka wałka dziąsłowego. Było to dobrze słyszalne podczas artykulacji m.in. takich wyrazów jak: *czajnik, czapka, tęcza, kaczor, klucz, mlecz, Trzęsacz, dżungla, dżem, dżokej, zjeżdźalnia*. W wyrazie *dżdżownica* nastąpiła elizja drugiej głoski – drugiego dwuznaku – realizacja fonemu /ž/. Kobieta sama przyznała, że wynikało to z trudności, jaką sprawiła jej wymowa tego słowa. Osoba ta różnego rodzaju przekłuć dokonała siedem lat temu. Wśród nich znajdują się: pośrodkowe przekłucie języka w odległości kilku milimetrów od wędzidełka podjęzykowego (*Standard tongue*), przekłucie tegoż wędzidełka (*Tongue Web*), siedem przekłuć w okolicy warg oraz przekłucie rynienki podnosowej (podwójny *Off center labret*, podwójny *Lip ring*, *Vertical labret*, *Snake bites*, *Medusa*), a także przekłucie odstepu między chrząstką i dnem nosa (*Septum*).

U dwojga innych badanych stwierdzono seplenienie świszczące, charakteryzujące się występowaniem świstów podczas wybrzmiewania głoski [ś] oraz głosek szeregu ciszącego [ś, ź, ć, ź]. Ustalono to na podstawie m.in. takich wyrazów, jak: *szalik, szafa, wieszak, muszla, mysz, kapelusz; ślimak, wiśnie, geś, miś; zima, baze, guziki, jeździć; dźgać, nudzić, budzić, słodzić*. Obydwoje mieli przekłucia warg (*Center labret*, *Lip ring*) i języka (*Standard tongue*). Mężczyzna dokonał zabiegów



pół roku temu, zaś kobieta pięć lat temu. Badany, u którego stwierdzono nosowanie zamknięte przednie, wymawiał wyrazy z nieprawidłowym rezonansem nosowym, odgłosem przypominającym zatknięty nos. Nie zgłaszał przy tym problemów z drożnością jamy nosowej wywołanych np. obrzękiem śluzówki towarzyszącej nieżyłowi nosa, przerostem śluzówki nosa czy polipami. Miał najwięcej przekłuczeń spośród wszystkich badanych, wśród których znalazły się: przekłucie języka (*Standard tongue*), przekłucie warg (*Center labret, Lip ring*) i przekłucie ryńki podnosowej (*Vertical labret, Shark bites, Medusa*), przekłucie wędzidełka wargi górnej (*Smiley*), przekłucia płatków nosa (obustronny *Standard Nostril*), przekłucie odstępów między chrząstką i dnem nosa (*Septum*) oraz przekłucie poziome u nasady nosa (*Bridge*).

Przeprowadzona analiza wykazała, że w grupie osób z przekłuczeniami w obrębie zespołu ustno-twarzowego przewidywane trudności uwarunkowane kolczykiem w **zakresie czynności prymarnych** występują powszechnie, choć mają charakter krótkotrwały. U wszystkich po przebicciu warg lub języka występowały dolegliwości bólowe i opuchlizna. Spośród zaprezentowanych problemów występujących przy jedzeniu i picu do najczęściej wymienianych należały kolejno: trudności z odgryzaniem i/lub gryzieniem kęsa, trudności w przyjmowaniu pokarmów o fakturze i architekturze niejednorodnej, trudności w uformowaniu kęsa, ograniczona ruchomość warg oraz trudności z żuciem. Czas ich trwania nie przekraczał tygodnia. Do rzadziej sygnalizowanych trudności należały: nieskuteczna próba zassania pokarmu, trudności w oblizywaniu/zlizywaniu pokarmu, np. lodów, nadmierne ślinienie, ograniczona ruchomość języka, także trudności z domknięciem warg, konieczność spożywania płynów i papek, zgeneralizowana niechęć do jedzenia oraz trudności w przesuwaniu pokarmu od wejścia jamy ustnej ku przełykowi. Utrudnienia z tej grupy, jeśli już pojawiły się, to trwały od kilku dni do nawet powyżej miesiąca. Do trudności sporadycznych należały kolejno: suchość w ustach oraz ograniczenia czucia w obrębie jamy ustnej, a także trudności z połknięciem przygotowanego w ustach bolusa. Trudności natury psychogennej, związane z wybiórczą niechęcią do czynności pokarmowych, także w przeważającej większości nie występowały wśród badanych. Na szczególną niechęć do gryzienia w czasie gojenia się ran wskazały dwie badane osoby. Zaburzenia czynności pokarmowych, których w ogóle nie zaliczono do zakresu występujących trudności po kolczykowaniu, to: ulewianie, zachłystywanie/krtuszenie się oraz wyplwanie pokarmu.

Ustalono zatem, że wszystkie z wymienionych zaburzeń mają charakter przemijający. Należałoby się zatem zastanowić, czy ich krótkotrwałość i akceptowalność dla kolczykowanych osób utrudnienia w odżywianiu, ze ssaniem, żuciem, odgryzaniem bądź gryzieniem, a także odczucia bólowe i opuchlizna, pozwalają specjalistom na porzucenie – mogłoby się wobec tego wydawać – zbędnych rozważań nad zagadnieniem *piercingu oralnego*, zaprzestanie działań profilaktycznych w obrębie tej tematyki oraz na przedstawienie oficjalnej

tezy o nieszkodliwości przekłuwania obszaru przestrzeni ustno-twarzowej. Rozważono to w oparciu o dwa kryteria: długość występowania utrudnień oraz skutki potencjalnych powikłań. Okres występowania trudności związanych z czynnościami pokarmowymi i piciem był różny, niekiedy zbliżony dla danego typu przekłucia, aczkolwiek w większości przypadków uwarunkowany indywidualnie. Od badanych uzyskiwano odpowiedzi, że wybrane przypadłości mogły trwać nawet dwa tygodnie i więcej. Informacje te wzbudziły zainteresowanie badaczek z uwagi na pewien neuropsychologiczny mechanizm. Psychologowie uważają, że musi upłynąć od 18 do 254 dni, aby dane zachowanie stało się nawykowym, bądź aby nastąpiło przyzwyczajenie się do zaistniałego stanu rzeczy [Guise, 2015, s. 136]. Duży przedział między czasem najkrótszym i najdłuższym wynika z indywidualnych uwarunkowań, począwszy od cech osobowych po charakter zmiany, do której trzeba przywyknąć. Wobec tego założono, że dla ruchów w zakresie motoryki małej narządów jamy ustnej – języka, warg, żuchwy, podniebienia miękkiego, pamiętając, że są one także narządami artykulacyjnymi - nawet 14 dni to czas, w którym ich utrudniona praca może doprowadzić do powstania nowych ruchów o charakterze kompensacyjnym, w tym parafunkcji. Oczywiście jest, że im dłuższy okres trwania trudności, tym większe ryzyko powstania nowych ruchów. W rezultacie osoba staje się narażona na wyrobienie sobie nieprawidłowych nawyków związanych z przebiegiem czynności pokarmowych, które, jak wiadomo, istotnie przekładają się na jakość artykulacji.

Możliwymi powikłaniami związanymi z ruchami narządów jamy ustnej podczas czynności pokarmowych mogą być te o charakterze neurologicznym. Po pierwsze, może dojść do uszkodzenia nerwów czaszkowych. Choć tego rodzaju uszkodzenie następuje zazwyczaj z przyczyn neurologicznych, to może pojawić się także na skutek zakażenia wirusowego, np. poprzez kontakt z krwią. W obrębie nerwu twarzowego (VII) będzie to np. pospolite zakażenie wirusem opryszczki wargowej (HSV1). Nerw twarzowy odpowiedzialny jest za wrażenia smakowe z przednio-środkowej części języka, zawiadywanie mimiką i łzami, regulowanie produkcji śliny, rozszerzanie naczyń krwionośnych głowy, dlatego „jego uszkodzenie powoduje zaburzenia smaku w przedniej części języka, suchość w ustach, łzawienie oczu, dysfunkcje mięśni mimicznych twarzy, powodujące asymetrię w jej wyglądzie, nawet zniesienie mimiki” [Kalat, 2006, s. 87]. Kolejnymi nerwami, istotnymi z punktu widzenia funkcjonowania jamy ustnej, są językowo-gardłowy oraz podjęzykowy (IX i XII). Wskutek zakażeń bakteryjnych w jamie ustnej, wywołujących różnego rodzaju zapalenia i ropnie, rozwija się infekcja, która może usytuować się na tylnej części języka i na obszarze gardłowym. Wówczas następuje uszkodzenie nerwu językowo-gardłowego, cechujące się silnym bólem prątkującym od języka, przez gardło, migdałki, aż po ucho środkowe. „Chory traci wrażenia smakowe z gardła i tylnej części języka, ograniczona zostaje ruchomość gardła i podniebienia miękkiego,



a co za tym idzie dysfagia, czyli kłopoty z połykaniem, dodatkowo nadmierne ślinienie” [Kalat, 2006, s. 87]. Co więcej, uszkodzenia nerwu IX występują zazwyczaj w parze z nerwem XII, dlatego ponadto mogą pojawić się problemy z ruchomością języka, ponieważ nerw podjęzykowy odpowiedzialny jest za sterowanie mięśniami języka oraz jego mięśniowych połączeń z mięśniem rylcowo-językowym, gnykowo-językowym i bródkowo-językowym. Wszystko to może przełożyć się również na obniżenie jakości artykulacji. Podobnie jak przekłuwanie narządów jamy ustnej, kolczykowanie nozdrzy także może powodować zaburzenia funkcjonowania zmysłu powonienia na skutek uszkodzenia błony śluzowej nosa, na której znajdują się receptory węchowe. Jeżeli powikłania pozabiegowe nie zostaną wyleczone, mogą w konsekwencji doprowadzić nawet do uszkodzenia nerwu węchowego (I).

Ponadto należy podkreślić ogromny wpływ zaniedbania kolczyka i miejsca kolczykowania na pogorszenie stanu zębów. Utrudniona higiena jamy ustnej, a w rezultacie wzmożone osadzanie płytki nazębnej i powstawanie kamienia nazębnego, także sprzyjają powstawaniu chorób zębów, przyzębia i dziąseł.

**W kwestii oddychania** przeprowadzona analiza wykazała, że w grupie 12 osób mających przekłucia w obrębie zespołu ustno-twarzowego przewidywane trudności oddechowe uwarunkowane kolczykiem występują, choć nie okazały się zagrażające kondycji modelu oddychania. Z obserwacji i wywiadu wyniknęło, że czworo z badanych wskazało problem z domknięciem warg jako jedną z występujących po kolczykowaniu trudności, co, jak wiadomo, może spowodować oddychanie przez usta, a zatem w sposób nieprawidłowy. Ustalono, że komplikacje po kolczykowaniu nosa wiążą się najczęściej z alergią na materiał, z którego wykonano kolczyk, silnym bólem i częstym katarzem. Większość alergii wiąże się z katarzem, a więc brakiem drożności jam nosowych i wymaga kompensacji w postaci oddychania drogą ustną. Z punktu widzenia lekarzy i logopedów wpływ kataru na oddychanie jest wysoce znaczący. Konsekwencją takiego modelu oddychania jest niedomknięcie warg, a co za tym idzie – nieodpowiednia pozycja języka, który spoczywa na dnie jamy ustnej, nieprawidłowe napięcie mięśni twarzy, a poza tym brak ogrzania i oczyszczenia wdychanego powietrza, co zwiększa ryzyko zachorowania wywołanego bakteriami, wirusami oraz grzybami. Pozostałe aspekty alergii są problemem nie tylko medycznym, lecz także estetycznym. Kolczyk miał bowiem twarz upiększyć, nie zaś doprowadzić do odpychających zmian skórnych w samym jej centrum. Z uwagi na niedługi czas trwania tych przypadłości analiz nie pogłębiano, bowiem kilka dni uznano za okres zbyt krótki do diagnozowania nieprawidłowości w tym zakresie. Warto zauważyć, że kilkudniowe oddychanie przez usta może wystąpić chociażby w trakcie przeziębienia, co nie niesie ze sobą długofalowych skutków w postaci zmiany modelu oddychania. Należy jednak uprzedzać osoby planujące ten rodzaj *piercingu*, że takie przypadłości mogą wystąpić i są dokuczliwe.

## Wnioski

Ocena jakości artykulacji osób mających przekłucia w obrębie narządów zespołu ustno-twarzowego wykazała występowanie wad wymowy, aczkolwiek niezgeneralizowanych, a dotyczących określonych grup fonemów. Z grupy ośmiu osób z kolczykowanym – między innymi – językiem u czterech stwierdzono nieprawidłowości realizacyjne w obrębie spółgłosek, w tym szeregu szumiącego [š, ž, č, ž] oraz ciszącego [ś, ź, ć, ź] oraz u jednej nosowanie zamknięte przednie. Badany, u którego stwierdzono nosowanie zamknięte przednie, poddał się modyfikacji w postaci rozepchania przegrody nosowej. Chociaż mężczyzna nie zgłaszał znaczących w jego opinii trudności z oddychaniem przez nos, towarzyszące mu uczucie zatkanego nosa (bez wydzielin) mogło mieć obiektywny wpływ na tego typu wymowę. Warto zauważyć, że zaprezentowane zaburzenia artykulacyjne dotyczą połowy wymienionych osób, co oznacza, że druga połowa grupy miała artykulację poprawną, zgodną z normą ortofoniczną języka polskiego. Należy jednak pamiętać, że przed kolczykowaniem ich wymowa również była nienaganna, a proces gojenia przebiegł szybko i bezproblemowo.

Jeżeli chodzi o kondycję czynności pokarmowych i oddechowych, to podsumowanie wyników badań przedstawiono w tabelach 1–2.

Tabela 1. Trudności w zakresie czynności pokarmowych wskazywane przez więcej niż 50% osób badanych

Rodzaj problemu	Liczebność	Procent
Trudności z odgryzaniem i/lub gryzieniem kęsa	9	75
Trudności w przyjmowaniu pokarmów o fakturze i architekturze niejednorodnej, np. zupa z warzywami, mięso	9	75
Trudności w uformowaniu kęsa	8	66
Ograniczona ruchomość wargi/warg	8	66
Trudności z żuciem	7	66

Tabela 2. Trudności w zakresie czynności oddechowych

Rodzaj problemu	Liczebność	Procent
Oddychanie przez usta	1	8
Tymczasowy problem z domknięciem warg, który w konsekwencji może spowodować trwale nieprawidłowe oddychanie przez usta	4	33
Podczas oddychania język leży na dnie jamy ustnej, co powoduje niedomknięcie warg	1	8

W trakcie badań zapytano także o podejmowanie działań zmierzających do zniwelowania występujących po kolczykowaniu trudności i ewentualny ich charakter. Większość osób (58%) zadeklarowała czynności zmierzające do usmierzania bólu i przyspieszenia procesu gojenia. Wśród nich wymieniano przede wszystkim stosowanie środków antyseptycznych, np. Octeniseptu, płukanek z sody oczyszczonej, ziół o działaniu kojącym, np. szalwii, rumianku oraz schładzanie przekłutego miejsca, np. poprzez picie zimnych napojów, jedzenie wodnych lodów oraz ssanie kostek lodu (także z szalwią i rumiankiem).

Spadek jakości pracy kompleksu orofacjalnego stanowi niewrażliwy problem dla logopedów. Jego zupełna sprawność potrzebna jest do poprawnego ssania, żucia, gryzienia, połykania, oddychania. Jednym z zadań tych czynności jest tworzenie fundamentów rozwoju mowy, w tym artykulacji zgodnej z normą ortofoniczną języka polskiego. Wyniki podjętych badań nad wpływem kolczykowania języka, warg, wędzidełek i nosa na kondycję ssania, żucia, gryzienia, połykania i na jakość artykulacji, ukazują istnienie problemu. Podobnie jak inne sfery życia ludzkiego, wystąpienie różnego rodzaju powikłań po *piercingu*, w tym tych ze sfery logopedycznej, jest uwarunkowane między innymi indywidualnymi predyspozycjami anatomicznymi. Z tego powodu *piercer* powinien posiadać choćby podstawową wiedzę medyczną z zakresu budowy organizmu człowieka, ze szczególnym uwzględnieniem budowy skóry i mięśni. Stwierdzono, że z perspektywy medycznej i logopedycznej stanowczo nie wolno bagatelizować problematyki przekłuwania przestrzeni orofacjalnej i traktować tych zabiegów jako niewinne upiększanie ciała. Mimo braku zaobserwowania w badanej grupie poważnych komplikacji po kolczykowaniu nawet u osób z dużą liczbą noszonej biżuterii, a co za tym idzie, po wielokrotnym poddawaniu się zabiegowi, trzeba pamiętać, że każdy zabieg kolczykowania jest obarczony ryzykiem wystąpienia zaburzeń mowy oraz czynności prymarnych, a ponadto groźnych dla zdrowia, a nawet życia powikłań.

Ostatecznie oceniono, że osoby z *piercingiem oralnym* faktycznie stanowią grupę ryzyka zaburzeń kondycji czynności pokarmowych i oddechowych z uwagi na kolczyk, będący mechaniczną przeszkodą podczas procesów realizacyjnych i/lub utrwalający szkodliwe nawyki w przestrzeni orofacjalnej, utrudniających prawidłową artykulację. Potwierdzono, że zjawisko „dyslalii kolczykowania” istnieje i może być wyzwaniem dla logopedy, aczkolwiek kolczykowanie przestrzeni orofacjalnej nie musi do niej prowadzić, a dyslalia tego typu nie musi obejmować wszystkich spółgłosek dentalizowanych.

## Bibliografia

- Atlas przekłuć*, <https://arif.pl/atlas-przekluc-pm-16.html> [dostęp: 15.10.2016].
- Bauman Zygmunt, 2008, *Ponowoczesne przygody ciała*, w: Agata Chałupnik, Justyna Jaworska, Justyna Kowalska-Leder, Iwona Kurz, Małgorzata Szpakowska (oprac.), *Antropologia ciała*, Warszawa, s. 95–102.
- Ferrera Mirella, 2004, *Ludy świata*, Warszawa.
- Guise Stephen, 2015, *Mininawyki. Małymi krokami do sukcesu*, Gliwice.
- Jakimiak Adam, Frank Szymon, Milczarek Ewa, Talik Katarzyna, Wesołowski Piotr, Wójtowicz Andrzej, 2014, *Przerost błony śluzowej języka związany z użytkowaniem kolczyka – opis przypadku*, „Implants”, 1, s. 38–41, [http://www.dental-tribune.com/htdocs/uploads/printarchive/editions/6e1daede2d8f2b1b50200bae81a07480\\_38-41.pdf](http://www.dental-tribune.com/htdocs/uploads/printarchive/editions/6e1daede2d8f2b1b50200bae81a07480_38-41.pdf) [dostęp: 12.03.2016].
- Kalat James W., 2006, *Biologiczne podstawy psychologii*, Warszawa.
- Konopska Lilianna, Jankowska Magdalena, 2007, *Wpływ kolczykowania języka na jakość wymowy*, „Logopedia”, 36, s. 77–89.
- Łazarz-Bartyzel Katarzyna, Chomyszyn-Gajewska Maria, Olszewska-Czyż Iwona, Kantorow Małgorzata, 2013, *Miejscowe powikłania kolczykowania wargi i języka – opis przypadków*, „Przegląd Lekarski”, 70 (9), s. 757–760, [http://www.wple.net/plek/numery\\_2013/numer-9-2012/757-760.pdf](http://www.wple.net/plek/numery_2013/numer-9-2012/757-760.pdf) [dostęp: 12.03.2016].
- Mackiewicz Bohdan, 2001, *Odwzorowanie czynności pokarmowych w ruchach artykulacyjnych*, „Logopedia: zagadnienia kultury żywego słowa”, t. 29, s. 87–92.
- Mendak Magdalena, Karolewska Ewa, 2004, *Piercing (kolczykowanie) jamy ustnej – opis przypadków*, „Dental Medical Problems”, 41 (1), s. 145–149, [http://www.dmp.am.wroc.pl/artykuly/DMP\\_2004411145.pdf](http://www.dmp.am.wroc.pl/artykuly/DMP_2004411145.pdf) [dostęp: 12.03.2016].
- Mędrzycka-Dąbrowska Wioletta, 2014, *Powikłania i konsekwencje przekłuwania ciała w obrębie głowy i szyi*, „Problemy Pielęgniarstwa”, 22, s. 523–527, [https://journals.viamedica.pl/problemy\\_pielęgniarstwa/article/viewFile/38725/28362](https://journals.viamedica.pl/problemy_pielęgniarstwa/article/viewFile/38725/28362) [dostęp: 12.03.2016].
- Nienartowicz Jan, Pawlak Wojciech, Dobrakowski Ryszard, 2004, *Powikłanie kolczykowania języka – opis przypadku*, „Dental Medical Problems”, 41 (3), s. 567–570, [http://www.dmp.am.wroc.pl/artykuly/DMP\\_2004413567.pdf](http://www.dmp.am.wroc.pl/artykuly/DMP_2004413567.pdf) [dostęp: 12.03.2016].
- Nienartowicz Jan, Szydło Michał, Kielan Maciej, 2012, *Powikłanie piercingu języka – opis przypadku*, „Ostry Dyżur”, 5 (3–4), s. 56–58, <http://ostry-dyzur.net/wp-content/uploads/2015/11/56-58.pdf> [dostęp: 12.03.2016].
- Pluta-Wojciechowska Danuta, 2013, *Zaburzenia czynności prymarnych i artykulacji. Podstawy postępowania logopedycznego*, Bytom.
- Pluta-Wojciechowska Danuta, 2014, *Typologia dyslalii obwodowej*, w: Stanisław Grabias, Marek Kurkowski (red.), *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy*, Lublin, s. 455–467.
- Teodorczyk Justyna, *Kulturowe uwarunkowania zdobienia ciała, jego sposoby i cele*, <http://www.4shared.com/web/preview/pdf/miNRgr4o> [dostęp: 12.03.2016].

## Summary

Piercing of different parts of human body is a phenomenon that can be met in medical practices of doctors of almost all specialties. Piercing cannot be considered harmless and people with oral piercing are a risk group of nourishment and respiratory activities disorders and articulation deterioration.

Research results presented in the article prove the existence of “piercing dyslalia”. As a result of gathered material analysis it was also noted that orofacial group disorder can lead into new movements of compensatory character, including parafunctions. Oral piercing can cause abnormal habits of breathing and eating, which are important for the quality of articulation.

Aleksandra Jastrzębowska-Jasińska

Wyższa Szkoła Pedagogiczna im. J. Korczaka, Warszawa\*

## SUPERWIZJA W ZAWODZIE LOGOPEDY

---

### SUPERVISION FOR SPEECH THERAPISTS

**Słowa kluczowe:** superwizja, logopeda.

**Keywords:** supervision, speech therapist.

### Definicja superwizji

*Superwizja* jest metodą stosowaną powszechnie w psychoterapii. Ma na celu doskonalenie warsztatu pracy psychoterapeuty, a co za tym idzie systematyczne podwyższanie jakości świadczonych klientowi usług terapeutycznych. W trakcie superwizji superwizor ją prowadzący występuje w roli mentora – wspomaga terapeutę w wyborze skutecznych strategii w pracy z pacjentem, pozwala spojrzeć z boku na mechanizmy występujące w pracy terapeuty z danym pacjentem, które mogą działać nieświadomie oraz przewiduje konsekwencje prowadzonych przez terapeutę działań. Celem jest poprawa jakości życia pacjenta, ale także wsparcie pracy terapeuty. Superwizor ma możliwość spojrzenia na pracę terapeuty z jego pacjentami z boku, obiektywnie. Patrząc z szerszej perspektywy i posługując się swoją wiedzą i doświadczeniem, superwizor może dostrzec aspekty pominięte lub konieczne do poruszenia przez danego terapeutę z konkretnym klientem. Superwizja może również być traktowana jako forma nadzoru (to znaczy sprawdzania prawidłowości przebiegu terapii) świadczona początkującym terapeutom przez tych bardziej doświadczonych. Superwizorem powinna być osoba, mająca duże doświadczenie i wiedzę w danej dziedzinie terapeutycznej, wyróżniająca się wysoką kulturą osobistą, przestrzegająca etyki zawodu w relacji z drugim terapeutą i klientami. Nie jest to jednak osoba nieomylna, mająca gotowe rozwiązanie każdego problemu, z jakim może się zwrócić terapeuta [Popiel, Pragłowska, 2013].

Superwizja w swoim założeniu jest formą kształcenia psychoterapeutów. Pozwala uzyskać wsparcie, odpowiednio wykorzystać wiedzę i umiejętności

---

\* Wydział Nauk Społecznych, Katedra Pedagogiki i Pedagogiki Specjalnej, ul. Urbanistów 3, 02-397 Warszawa, [aleksandra.jastrzebowska@gmail.com](mailto:aleksandra.jastrzebowska@gmail.com)

w swojej pracy z pacjentem oraz mieć ujście dla swojej niepewności czy zagubienia w trudnych chwilach w pracy z klientem. To często jedna z niewielu okazji spotkań, podczas których terapeuta swobodnie może opisać i przeanalizować z osobą z zewnątrz swoją pracę, problemy czy niepokoje pojawiające się w pracy terapeutycznej, w relacji z klientem czy jego opiekunami, a także porozmawiać o swoich emocjach, spostrzeżeniach czy rozładować napięcie, które powstało podczas prowadzenia terapii. Bardzo ważne, że są dwa wymiary superwizji – oprócz wspierającego ma też wymiar merytoryczny. Pozwala na korzystanie z doświadczeń, wiedzy i umiejętności superwizora, który prowadzi spotkanie superwizyjne. Osoba ta może wspomóc zarówno początkującego, jak i doświadczonego terapeuta w budowaniu relacji terapeutycznej, kształtowaniu strategii terapeutycznych czy ustalaniu swojej roli w terapii. Proces superwizyjny ma charakter relacji niesymetrycznej, w której występuje mistrz – superwizor i jego „uczeń” – superwizowany terapeuta [Aleksandrowicz, 2010].

Superwizja służy więc dwóm grupom: superwizowanym terapeutom, ponieważ umożliwia im samorozwój przez wzbogacanie swoich umiejętności zawodowych i wsparcie w trudnych emocjonalnie sytuacjach czy kryzysach podczas prowadzenia terapii oraz klientom, ponieważ dzięki niej terapeuta ma ulepszyć swoją pracę z klientem i podwyższyć jakość usług, co w efekcie jest korzystne dla klienta i służy poprawie jakości jego życia [Gilbert, Evans, 2004].

Spotkania superwizyjne mogą odbywać się w formie indywidualnej lub grupowej, w zależności od potrzeb superwizowanego. Mogą mieć formę kontaktu bezpośredniego lub pośredniego – na zasadzie obserwacji pracy terapeuty lub wspólnego analizowania przypadków. Wyróżniane są również superwizje formalne (wcześniej celowo zorganizowane spotkania) i nieformalne, czyli tzw. „superwizje koleżeńskie” – doraźne wsparcie udzielane przez innego terapeuta w miejscu pracy. W psychoterapii jest ona uważana za fundamentalny element pracy terapeutycznej. Należy jednak podkreślić, że superwizja, która jest formą wsparcia, pomocy i samorozwoju dla terapeuty – nie jest dla niego psychoterapią [Osipczuk, 2011]. Podczas sesji omawiane są zgłaszane potrzeby i trudności. Dzięki temu terapeuci mogą lepiej zrozumieć i zorganizować diagnozę, zawieranie kontraktu terapeutycznego, proces terapeutyczny, zjawiska takie jak opór, przeniesienie czy przeciwprzeniesienie [Gilbert, Evans, 2004].

Podsumowując, spotkanie superwizyjne pozwala na omówienie dylematów terapeuty dotyczących prowadzonej diagnozy, zjawisk zachodzących w relacji terapeutycznej, dylematów etycznych, planu terapii. Korzystać z niej mogą terapeuci otwarci na dyskusję, chcący zadawać pytania, poszukujący wsparcia czy porady, gotowi na poddanie swojej pracy ocenie oraz otwarci na opinie innych. Pomaga odreagować emocje nagromadzone w procesie terapeutycznym i wypowiedzieć



na głos trudności związane z pracą z klientem, bez łamania tajemnicy zawodowej. Terapeuta, który poddaje się superwizji charakteryzuje się pokorą, dojrzałością i dążeniem do samodoskonalenia, dba o siebie w swojej roli zawodowej i o dobro klienta, podwyższając jakość swoich usług. Dzięki superwizji wystrzega się błędów, nie dopuszcza do działania nieświadomych mechanizmów, występujących w trakcie terapii [Osipczuk, 2011].

## **Dostępność superwizji dla logopedów**

Obecnie w Polsce superwizja jest zarezerwowana głównie dla psychoterapeutów czy psychologów jako metoda stworzona właśnie dla tej grupy. W środowisku terapeutycznym pojawiają się propozycje superwizji z zakresu AAC promowane przez Magdalenę Grycman. Natomiast superwizja dla logopedów jest bardzo mało popularna. Funkcjonują głównie superwizje o charakterze nieformalnym, indywidualnym lub grupowym w formie doraźnych porad czy konsultacji koleżeńskich ze strony innych terapeutów w miejscu ich pracy. Należy jednak zaznaczyć, że najczęściej te koleżeńskie formy wsparcia nie stanowią pomocy o charakterze profesjonalnym, o którym mówimy myśląc o formalnej superwizji.

Dla celów niniejszego artykułu przeprowadzona została analiza dostępności metod superwizji logopedycznej w Polsce z użyciem najpopularniejszej obecnie formy wyszukiwania pomocy, czyli internetu. Odnalezione zostały cztery formy pomocy superwizyjnej, które opisano w tabeli 1.

Niestety, większość zaprezentowanych ofert jest już nieaktualna. Dostępnych możliwości w skali całej Polski jest również niewiele (tylko 4 propozycje). Uprawnia to do stwierdzenia, że mała popularność superwizji może wynikać również z braku jej dostępności dla przeciętnego logopedy.

## **Potrzeba superwizji w zawodzie logopedy – analiza wyników badań**

### **Pytania i hipotezy badawcze**

Przyczyną przeprowadzenia opisanego poniżej badania było postawienie sobie trzech pytań badawczych dotyczących zapotrzebowania logopedów na superwizję oraz charakteru ich pracy. Były to następujące pytania:

1. Czy logopedzi są grupą zawodową, która potrzebuje superwizji i korzysta z niej?
2. Czy praca logopedy jest trudna emocjonalnie i stresująca?
3. Jakie trudne sytuacje spotyka w swojej pracy logopeda?

Tabela 1. Dostępne w Polsce formy pracy superwizyjnej

Forma	Miejsce	Termin	Cel	Prowadzący
Superwizja pracy logopedycznej	Poradnia Psychologiczno-pedagogiczna w Żorach	2016	<ul style="list-style-type: none"> <li>- doskonalenie umiejętności diagnozy i terapii logopedycznej różnych zaburzeń mowy</li> <li>- omawianie materiałów wideo z zajęć indywidualnych i grupowych; główne problemy pacjenta, przewidywane cele oddziaływania logopedycznego, strategie oddziaływań terapeutycznych i zachowania docelowe</li> </ul>	logopedzi
Superwizja Pracy Liderów Grup Wsparcia dla Logopedów	Regionalny Ośrodek Metodyczno-Edukacyjny Metis w Katowicach	2006	<ul style="list-style-type: none"> <li>- przygotowanie osób prowadzących grupy lub wsparcia dla logopedów, a także logopedów mających zamiar założyć grupę wsparcia</li> </ul>	logopedzi
Superwizja z dr Magdaleną Grycman	Specjalistyczny Gabinet Logopedyczny ORATIO w Olkuszu	2016	<ul style="list-style-type: none"> <li>- zrozumienie i rozwiązywanie przyczyn napotykanych trudności w terapii</li> <li>- zdobywanie nowych technik wspierających nabywanie kompetencji komunikacyjnych</li> <li>- poprawianie błędów i szukanie nowych dróg pracy terapeutycznej</li> </ul>	logopeda
Superwizja zajęć edukacyjno-terapeutycznych	Instytut Wspomagania Rozwoju Dziecka w Gdańsku	Obecnie	<ul style="list-style-type: none"> <li>- obserwacja indywidualnych i grupowych zajęć edukacyjno-terapeutycznych</li> <li>- instruktaż dla nauczycieli</li> <li>- omówienie superwizji</li> <li>- przygotowanie pisemnych zaleceń</li> </ul>	terapeuci

Źródło: opracowanie własne na podstawie podanych źródeł internetowych.

Sformułowano również hipotezy badawcze, zakładające, że logopedzi są grupą zawodową, która powinna mieć możliwość korzystania z superwizji z uwagi na stres i trudne emocjonalnie sytuacje, występujące w pracy terapeuty w kontakcie z pacjentem i jego opiekunami.

### **Badana grupa**

W badaniu wzięła udział grupa 95 logopedów. Wśród badanych znalazło się 45% początkujących logopedów, 29% logopedów ze stażem pracy do 5 lat, 15% logopedów ze stażem pracy od 6 do 15 lat oraz 11% logopedów pracujących w swoim zawodzie ponad 15 lat. Badani logopedzi pracują w placówkach różnego typu: przedszkolach masowych (28%), gabinetach prywatnych (16%), szpitalach (10%), przedszkolach integracyjnych i specjalnych (9%), poradniach psychologiczno-pedagogicznych (9%), szkołach masowych (6%), szkołach integracyjnych i specjalnych (6%), żłobkach (4%) i innych (12%). Badana grupa pracuje głównie z dziećmi (77%), ale także z dorosłymi (12%) i z młodzieżą (11%).

### **Procedura badania**

Badanie zostało przeprowadzone w marcu 2016 roku podczas konferencji logopedycznej w Warszawie pt. „Europejski Dzień Logopedy – Wczesna Interwencja Logopedyczna”. Badani wypełniali ankiety w formie papier-olówek, a badanie miało charakter indywidualny. Narzędziem badawczym była ankieta własna, zawierająca 15 pytań (10 zamkniętych i 5 otwartych).

### **Wyniki badania**

Badani odpowiedzieli na 15 pytań zawartych w ankiecie, udzielając odpowiedzi w formie zamkniętej (wybierając z podanych odpowiedzi) lub otwartej (opisując swoje propozycje, przemyślenia, doświadczenia). Poniżej przedstawię poszczególne pytania i odpowiedzi badanych.

#### **1. Czy korzystałeś kiedykolwiek z superwizji?**

Badani w większości (83%) nigdy nie korzystali z superwizji. Tylko 17% badanych uczestniczyło w superwizji, głównie rozumianej jako „superwizja koleżeńska”, czyli doraźne wsparcie czy pomoc merytoryczna ze strony koleżanek i kolegów terapeutów w miejscu pracy.

#### **2. Wolalbyś uczestniczyć w superwizji...**

Przeważająca część (63%) wolalaby korzystać z indywidualnej formy superwizji, czyli spotkania z superwizorem jeden na jeden i omówienia potrzeb i problemów wniesionych przez samego superwizowanego. Grupa 33% badanych

wolałaby uczestniczyć w grupowych spotkaniach superwizyjnych, czyli takich na których dyskutowane są na forum grupy problemy poszczególnych terapeutów będących na sesji. Najmniejsza grupa badanych, bo 4%, chciałaby wziąć udział zarówno w grupowej, jak i indywidualnej superwizji.

### **3. Czy odczuwasz potrzebę konsultowania swoich pacjentów z innymi terapeutami?**

Wszyscy badani odpowiedzieli, że chcieliby mieć możliwość omówienia przypadków swoich pacjentów z innymi terapeutami, co pozwala sądzić, że superwizyjna forma pomocy dla samych terapeutów mogłaby znacznie ułatwić pracę logopedy.

### **4. Czy uważasz, że logopeda w swojej pracy może doświadczać trudnych psychologicznie sytuacji, które mogą wymagać konsultacji z superwizorem? Jeżeli tak, to jakich?**

Przeważająca większość badanych, bo aż 84% odpowiada, że logopeda w swojej pracy może doświadczać trudnych sytuacji, które chciałby skonsultować z superwizorem. Tylko 16% badanych twierdzi, że takich sytuacji nie doświadcza. Badani podają wiele przykładów trudnych psychologicznie sytuacji. Oto przykłady udzielonych odpowiedzi:

- zachowania trudne, napady złości i agresja u pacjenta (22 badanych)
  - trudności w komunikacji i pracy z rodziną pacjenta (20)
  - brak postępów w terapii (10)
  - brak motywacji i współpracy ze strony pacjenta (6)
  - choroba pacjenta (5)
  - śmierć pacjenta (3)
  - przekładanie na terapeutę całej odpowiedzialności za terapię (3)
  - brak doświadczenia z danym problemem logopedycznym (3)
  - trudności w rodzinie pacjenta (3)
  - problemy diagnostyczne (2)
  - trudne kontakty z innym specjalistą (2)
  - bezradność (2)
- pojedyncze odpowiedzi badanych: *praca z pacjentem po laryngektomii; pogorszenie się stanu zdrowia pacjenta; depresja pacjenta; nawiązanie relacji z pacjentem; zaburzenia rozwoju u dziecka; emocje dziecka; opieka nad rodzicem dziecka; praca z dziećmi z niepełnosprawnością intelektualną i niepełnosprawnością ruchową; obciążenie problemami pacjenta innymi niż logopedyczne; rozmowy z rodzicami chorych dzieci.*

### **5. Pracę z jakimi pacjentami oceniasz jako trudną emocjonalnie?**

Badani wybierając jedną z proponowanych odpowiedzi najczęściej oceniali jako trudną emocjonalnie pracę z następującymi grupami pacjentów: w stanach

terminalnych (29%), z zespołami genetycznymi (23%), a także z pacjentami chorującymi przewlekle (16%), z niepełnosprawnością intelektualną (14%) oraz w podeszłym wieku chorującymi przewlekle (12%). Najmniej obciążająca emocjonalnie okazała się praca z pacjentami z niepełnosprawnością ruchową (6%).

#### **6. Czy podczas superwizji chciałbyś analizować nagrania ze swoich zajęć?**

Większość badanych chciała by podczas sesji superwizyjnych analizować nagrania ze swoich zajęć terapeutycznych, aby poprawiać błędy, analizować i odnajdywać nowe rozwiązania i możliwości. Może to świadczyć o dużej potrzebie samorozwoju i samodoskonalenia się w tej grupie zawodowej.

#### **7. Jakie trudne sytuacje w pracy może napotkać logopeda?**

Badani wymieniają wiele sytuacji i okoliczności, które sprawiają im trudność w pracy. Niepokojące jest, że znacząca większość tych trudności dotyczy relacji i komunikacji z pacjentem i jego opiekunami. Poniżej przedstawiam odpowiedzi pacjentów:

- brak lub trudna współpraca z pacjentem: niechęć, brak motywacji (29)
- trudna relacja/kontakt z rodzicem pacjenta, brak współpracy (27)
- agresywne zachowanie pacjenta – brak poczucia bezpieczeństwa terapeuty z tego powodu (11)
- trudne zachowania dziecka (8)
- rzadkie zaburzenie, choroba – trudności diagnostyczne i terapeutyczne (7)
- bezradność, frustracja w sytuacji braku efektów terapeutycznych (6)
- brak współpracy z innymi terapeutami (5)
- podważanie autorytetu logopedy przez rodziców (3)
- choroba pacjenta (3)
- konieczność przekazywania trudnych informacji o dziecku, nie przyjmowanie ich przez rodziców (2)
- śmierć pacjenta – rozmowa z bliskimi (2)
- trudna sytuacja rodzinna pacjenta (2)
- pojedyncze odpowiedzi badanych: ataki padaczki; trudna rozmowa z pacjentem; niechęć do danego pacjenta; emocje rodziców; odpowiedzialność za terapię, pacjenta i rodzinę; sytuacje niebezpieczne dla pacjenta, np. zakrzuszenie; praca z rodzicem dziecka niepełnosprawnego, pomoc w akceptacji dziecka i podjęcie aktywnej rehabilitacji i życia rodzinnego; nadmierna empatia, przenoszenie emocji z pracy do domu.

#### **8. Czy uważasz, że zawód logopedy jest zawodem, w którym zdarza się przeżywanie silnych emocji?**

To kolejne pytanie, w którym badani byli prawie jednomyślni. Aż 94 spośród nich odpowiedziało, że w zawodzie logopedy mogą się zdarzać sytuacje, którym towarzyszy przeżywanie silnych emocji. Tylko 1 osoba odpowiedziała, że tak nie jest.

### 9. Czy zawód logopedy uważa Pani za stresujący, a jeżeli tak, to dlaczego?

Ponad połowa badanych (60%) uznała, że zawód logopedy jest stresujący, 40% badanych twierdziło, że logopeda w swojej pracy nie doświadcza stresu w sposób ponadnormatywny. Osoby, które uznały zawód logopedy za stresujący podały następujące powody (sytuacje generujące nadmierny stres u terapeuty):

- presja rodzica – wygórowane oczekiwania rodziców (10)
- wysoka odpowiedzialność – za efekty, za dobro i życie pacjenta (10)
- praca z człowiekiem – spotykamy się z różnymi ludźmi i ich problemami (7)
- brak oczekiwanych efektów (4)
- odpowiedzialność za rozwój dziecka (4)
- duże zaangażowanie emocjonalne ze strony logopedy (2)
- pojedyncze odpowiedzi badanych: kontakt z trudnym rodzicem; czasami „pustka w głowie” – brak pomysłu, co robić w trudnych przypadkach; zbyt mało godzin zajęć terapeutycznych w stosunku do potrzeb; codzienne zmaganie się z różnorodnymi/ciężkimi zachowaniami i niespodziewanymi sytuacjami; każdy pacjent jest inny, bywa, że nie wiadomo czego się spodziewać.

### 10. Jaki specjalista powinien prowadzić superwizję dla logopedów?

Większość badanych wskazuje, że superwizję powinien prowadzić logopeda, który jest jednocześnie psychologiem (56%), mniejsza grupa (25%) chciałaby uczestniczyć w sesjach superwizyjnych prowadzonych przez logopedę, a 14% – przez psychologa. Najmniejsza grupa badanych, bo 5% wskazuje, że superwizję może prowadzić dowolny terapeuta.

### 11. Czemu powinno, twoim zdaniem, służyć spotkanie superwizyjne?

W tym pytaniu badani mogli wybrać kilka z podanych odpowiedzi. Najczęściej odpowiadano, że spotkanie superwizyjne powinno służyć: poprawieniu własnych błędów i znalezieniu nowych dróg działania (18%) oraz omówieniu innych rozwiązań/możliwości w terapii (18%). W drugiej kolejności spotkanie takie, według badanych, powinno służyć: analizowaniu trudnych zachowań dziecka (12%), omówieniu metod skutecznej współpracy z rodzicami (11%) oraz obiektywnemu spojrzeniu na mechanizmy pojawiające się w pracy terapeutycznej (11%). Ostatnie w hierarchii potrzeb superwizyjnych znalazły się: sprawdzenie celowości prowadzonej przez siebie terapii (9%), systematyzowanie wiedzy (8%), radzenie sobie z uczuciami dziecka pojawiającymi się w trakcie terapii, na które logopeda powinien zwrócić uwagę (7%) oraz emocje terapeuty i trudne sytuacje, które wymagają przepracowania (6%).

Warto zwrócić uwagę, że badani logopedzi w głównej mierze stawiają na dobro pacjenta, a poprawienie jakości swojej pracy uważają za cel superwizji. Jednocześnie na dalszy plan odsuwają własne potrzeby jako terapeuty i zadbanie o siebie w sensie emocjonalnym.



## 12. Co osiągnę dzięki superwizji?

Badani musieli wybrać jedną z trzech proponowanych odpowiedzi. Połowa respondentów odpowiedziała, że superwizja pozwoliłaby im na skonsultowanie z drugim terapeutą sytuacji trudnych, które pojawiają się w trakcie pracy (49%). Dla 36% badanych superwizja jest sposobem skorygowania błędów i wymyślenia nowych rozwiązań i działań, aby przerwać impas w terapii. Dla 15% badanych taka forma spotkań dawałaby poczucie bezpieczeństwa wynikające z faktu, że jest osoba, która czuwa nad ich pracą terapeutyczną.

## 13. Jakie powinny być cele superwizji?

Zadaniem badanych był wybór spośród trzech możliwych odpowiedzi. Większość uznała, że najważniejszym celem superwizji jest zwiększenie efektywności terapii (61%). Pozostali badani wskazali, że celem takich spotkań powinna być praca nad psychologicznym aspektem pracy terapeuty, tzn. omawianie pojawiających się emocji i trudnych sytuacji w procesie terapeutycznym (26%) oraz wsparcie ze strony innych specjalistów (13%). Ponownie więc można zauważyć, że dla grupy badanych logopedów dużą wartość stanowi podwyższenie jakości czy skuteczności ich pracy terapeutycznej.

## 14. Czy doświadczyłeś kiedykolwiek w swojej pracy sytuacji trudnej emocjonalnej, o której chciałbyś porozmawiać z superwizorem? Jeżeli tak, to jaka to była sytuacja?

Ponad połowa badanych (57%) doświadczyła chociaż raz w swojej pracy sytuacji trudnej emocjonalnie, którą należałoby omówić z superwizorem. Druga część grupy badanych (43%) takiej sytuacji nigdy nie doświadczyła. Trudne emocjonalnie sytuacje, w rozumieniu logopedów, które wskazali w odpowiedzi na to pytanie to:

- *trudny kontakt z rodzicami pacjenta* (62%)
- *śmierć pacjenta* (15%)
- *złe potraktowanie przez pacjenta* (8%)
- *trudne zachowanie pacjenta* (5%)
- *choroba pacjenta* (5%)
- *złe potraktowanie przez innych logopedów* (3%)
- *praca z pacjentem w ciężkim stanie – bez kontaktu* (2%)

## 15. Jaka była najtrudniejsza dla Pani sytuacja, która miała miejsce w pracy w roli terapeuty?

Na to pytanie odpowiedziało 42 badanych. Pozostałe osoby nie udzieliły odpowiedzi lub odpowiedziały, że w ich dotychczasowym doświadczeniu taka sytuacja nie wystąpiła. Poniżej prezentuję najczęściej pojawiające się odpowiedzi – najtrudniejsze sytuacje występujące w pracy logopedy:

- *agresja pacjenta*



- śmierć pacjenta
- ciężki stan/choroba pacjenta
- oczekiwania pacjenta przekraczające moje kompetencje
- zachowania trudne pacjenta
- problemy rodzinne pacjenta, które wpływają na terapię
- problem w porozumieniu się z rodzicem
- pomówienie ze strony rodzica
- bezradność – wyczerpanie wszelkich możliwości pomocy pacjentowi
- poinformowanie rodzica o diagnozie u dziecka – trudności w akceptacji, towarzyszenie rodzicowi
- podważanie zdania logopedy, mimo oczywistej diagnozy.

## Podsumowanie

Prezentowana analiza badań pozwala stwierdzić, że niewielu logopedów korzysta z metody pracy i pomocy, jaką jest superwizja, natomiast zdumiewająco wielu terapeutów mowy widzi potrzebę odbywania takich spotkań w formie indywidualnej lub grupowej. Postawić zatem można pytanie, dlaczego mimo zapotrzebowania na taką formę wsparcia terapeutycznego logopedzi nie uczestniczą w takich spotkaniach. Niestety, nie jest to jeszcze popularna forma pracy i wciąż w naszym kraju trudno dostępna. Szansą jest organizowanie w placówkach, w których pracują logopedzi superwizji koleżeńskich o charakterze bardziej sformalizowanym oraz spotkań otwartych o celach superwizyjnych w placówkach kształcących logopedów.

Logopedzi wskazują, że ich praca może być stresująca, a w jej trakcie doświadczają wielu trudnych sytuacji, które mogliby poruszyć na spotkaniu superwizyjnym. Zadać można pytanie, jak radzą sobie jako terapeuci, a jednocześnie zwykli ludzie, z emocjami i trudnościami, których doświadczają w pracy, skoro nie mają możliwości otrzymania wsparcia podczas superwizji. Wskutek tego mogą szybko doświadczać wypalenia „emocjonalnego” czy przenoszenia trudności z pracy do domu. Warto pomyśleć o formalnym zorganizowaniu wsparcia i pomocy nie tylko merytorycznej, lecz także psychicznej dla terapeutów, szczególnie tych doświadczających na co dzień w swojej pracy straty, trudnych emocji i zachowań pacjentów.

Niestety, bardzo często, odpowiadając na pytania o trudności w swojej pracy, logopedzi uznają za szczególnie trudne komunikację z pacjentem i jego rodziną, a także współpracę czy budowanie relacji. Zastanawiające jest, skąd u terapeutów pojawiają się takie problemy. Być może system kształcenia pomija tak ważną w pracy tematykę, jak budowanie relacji i komunikację z pacjentem. Warto zastanowić się, czy zajęcia podczas studiów lub szkolenia w tym zakresie dla logopedów nie byłyby dla tej grupy zawodowej dużym obciążeniem i wsparciem w pracy.

Znacząca część odpowiedzi badanych logopedów świadczy o tym, jak ważna jest dla nich wysoka skuteczność i jakość ich pracy. Wiele razy stwierdzają, że poziom ich pracy, skuteczność, podwyższanie kwalifikacji i dobro pacjenta jest dla nich szczególnie ważne. Tym bardziej superwizja jako forma wspierania samorozwoju czy samodoskonalenia logopedów mogłaby stanowić metodę szczególnie istotną dla tej grupy zawodowej.

---

## Bibliografia

- Aleksandrowicz Jerzy Witold, 2010, *Superwizja w kształceniu psychoterapeutów*, „Psychoterapia”, 3 (154), s. 23–30.
- Gilbert Maria C., Evans Kenneth, 2004, *Superwizja w psychoterapii*, Gdańsk.
- Osipczuk Małgorzata (red.), 2011, *Psychoterapia po ludzku*, Wrocław.
- Popiel Agnieszka, Pragłowska Ewa (red.), 2013, *Superwizja w psychoterapii poznawczo-behawioralnej. Koncepcje, procedury, narzędzia*, Kraków.

### Cytowane źródła internetowe

- <http://pppzory.pl/?p=267> [dostęp: 26.12.2017].
- <https://www.metis.pl/content/view/272/0/> [dostęp: 26.12.2017].
- <http://www.logopeda.olkusz.pl/index.php/aktualnosci/20-kolejne-pomysly-do-pracy-superwizja-z-dr-magdalena-grycman> [dostęp: 26.12.2017].
- <http://www.szkolenia.iwrd.pl/superwizja/superwizje> [dostęp: 26.12.2017].

---

## Summary

Supervision is a method of work to help a therapist to deal with the challenges that arise in his work and increase the quality of his services by working with himself. This method has so far been reserved in Poland for psychologists. However, taking into consideration problems and burdens at the therapist's work, it is nowadays noticeable that the speech therapists also need to apply this method. The article will present the results of own research carried out on a group of 95 speech therapists focusing on the problems, also those psychological, arising in the work with a patient or cooperation with carer. The analysis presented in the article contains the answer to the question whether supervision, which is a kind of support for a practicing therapist, is needed and should also be introduced for speech therapists.



Monika Kaźmierczak

Uniwersytet Łódzki\*

## **ROLA GESTÓW FONICZNYCH W WYCHOWANIU KOMUNIKACYJNYM DZIECI PRZEDSZKOLNYCH**

---

ROLE OF PHONIC GESTURES IN COMMUNICATION  
EDUCATION IN KINDERGARTEN AGE CHILDREN

**Słowa kluczowe:** dzieci w wieku przedszkolnym, interakcja komunikacyjna, gest foniczny.

**Keywords:** kindergarten age children, communication interaction, phonic gesture.

### **Wprowadzenie**

Budowanie dialogicznej relacji z dzieckiem w wieku przedszkolnym to proces wymagający czasu, ale też przekraczania barier komunikacyjnych dla nawiązania dobrych relacji pomiędzy wszystkimi podmiotami zaangażowanymi w działania diagnostyczno-terapeutyczne. Autorytet epistemiczny oraz deontyczny solidarności [Bocheński, 1993] nakłada na logopedę konieczność organizowania adekwatnego i skutecznego postępowania logopedycznego, co wiąże się z wyborem właściwych procedur, strategii i metod postępowania, ukierunkowaniem aktywności małego pacjenta, motywowaniem go do pracy, ale też troską o przyjazną atmosferę w gabinecie oraz jakość interakcji z pacjentem i jego rodzicem/opiekunem. W trakcie postępowania logopedycznego relacja terapeutyczna opiera się na dwóch zasadniczych filarach: aspekcie emocjonalnym oraz aspekcie zadaniowym.

Zarówno binarna relacja między logopedą i przedszkolakiem, jak też ternarna logopedy, pacjenta i rodzica/opiekuna, powinna wynikać z wzajemnego szacunku, akceptowania jedyności każdego z podmiotów, poszanowania pomysłów

---

\* Wydział Filologiczny, Instytut Filologii Polskiej i Logopedii, Zakład Dialektologii Polskiej i Logopedii, ul. Pomorska 171/173, 90-236 Łódź, [monika.kazmierczak@uni.lodz.pl](mailto:monika.kazmierczak@uni.lodz.pl)

dotyczących sposobu realizacji celów, otwarcia na kreatywne rozwiązania zadań przez każdy z podmiotów, nieustannego negocjowaniu znaczeń i postaw w *interakcji społecznej*, którą Barbara Bokus definiuje jako „układ następujących po sobie i powiązanych ze sobą zachowań społecznie ukierunkowanych, pochodzących co najmniej od dwóch osób” [1984, s. 24], zaś Stanisław Grabias określa jako „układ dwu przylegających do siebie procesów: procesu nadawania znaczeń zachowaniom ludzkim oraz procesu dostosowywania własnych zachowań do zachowań członków grupy społecznej” [2005, s. 19]. Budowanie dialogicznej relacji wiąże się z cyrkularnym charakterem dialogu, czyli gotowością do zamiany ról nadawcy i odbiorcy (delegacja autorytetu deontycznego), konfrontacją własnych refleksji na temat świata i zdarzeń z ich interpretacją przez odbiorcę, dookreśleniem własnej roli w interakcji komunikacyjnej. Jej podstawą może być taki sam kod przyjęty przez nadawcę i odbiorcę (słowny-słowny, pozasłowny-pozasłowny) lub inny dominujący u każdego z uczestników (słowny-pozasłowny, pozasłowny-słowny).

Zachowania niewerbalne mogą służyć negocjowaniu i budowaniu znaczeń w interakcji, wyrażaniu emocji lub potrzeb mentalnych i komunikacyjnych między dorosłymi, w grupie rówieśniczej lub w asymetrycznym układzie dziecko-dorosły (rodzic/opiekun, terapeuta, nauczyciel i in.). Za narzędzie komunikacji i regulatora stosunków społecznych uznaje się również gesty foniczne, których znaczenie zależy od intencji komunikacyjnej nadawcy. Mimo że w postępowaniu logopedycznym gesty foniczne wykonuje każdy z podmiotów: i logopeda, i pacjent, i rodzic/opiekun, dotąd nie były one przedmiotem analiz logopedów. Zajmowali się nim głównie psycholodzy mowy, językoznawcy, teoretycy radia i teatrologi [Szwajkowska, 2013].

## Charakterystyka i funkcja gestów fonicznych

*Gest foniczny* (polskie syn.: *dźwiękowy ruch mimiczny, znak działający słuchowo*) związany jest z komunikatami i tekstami mówionymi lub ustnymi. Sława Bardijewska podkreśla, że jest to element mający „[...] pełną autonomię znaczeniową, a jego współwystępowanie ze słowem artykułowanym dowodzi integralności sfery językowej i pozawerbalnej oraz związku między dwiema warstwami mowy – artykulacyjną i gestyczną; przekazuje on te treści, które nie poddają się procesowi werbalizacji” [Bardijewska, 1977, s. 127]. Znaczenie gestu fonicznego można odczytać w konsytuacji na podstawie zachowań nadawcy i reakcji odbiorcy, który w codziennej komunikacji poddaje interpretacji łącznie elementy werbalne i niewerbalne.

W gestach fonicznych wyrażają się także potrzeby komunikacyjne i mentalne człowieka, który emocjonalnie oraz ideacyjnie angażuje się podczas interakcji. Znak działający słuchowo z jednej strony jest uwarunkowany psychofizjologicz-

nie, z drugiej – społecznie i sytuacyjnie [Grabias, 1997]. Tym samym w znakach działających słuchowo łączy się sfera zjawisk biofizycznych (skoordynowana praca układu oddechowo-fonacyjno-artykulacyjnego, słuchu i ośrodków mózgowych związanych z mową), zjawisk psychicznych (intencja komunikacyjna, adekwatna treść przekazu, słuchanie: empatyczne, aktywne, otwarte) oraz zjawisk społecznych (wypełnianie ról społecznych, interakcja, zasady uczestnictwa w komunikacji).

Poprzez gesty foniczne nadawca ujawnia swoje emocje i nastrój, manifestuje przeżycia względem sytuacji komunikacyjnej i formy przekazu, zaś odbiorca reaguje na interpretowany komunikat. Ze względu na związek z intencją psychiczną oraz na pełnioną funkcję, Friedrich Kainz wymienia trzy główne funkcje mowy: ekspresywną, impresywną i symboliczną, które z reguły działają jednocześnie, „w kompleksach”, nie zaś w izolacji, choć są elementarne i nieredukowalne [1942, za: Mayen, 1972]. Różne funkcje mowy są realizowane przez różne typy gestów fonicznych. Każdą mogą pełnić wysoko ujęzykowane znaki działające słuchowo, tj. interiekcje, wśród których niemiecki psycholog mowy wydzielił trzy grupy:

1) ekspresywne, uczuciowo jednoznaczne lub wieloznaczne – wykładniki emocji nadawcy;

2) wyobrażeniowe – najczęściej onomatopeiczne, budujące obrazy w oparciu o odtwarzane i reprezentowane zjawiska akustyczne;

3) apelowe, tj. impresywne – zorientowane na wywołanie reakcji odbiorcy [za: Mayen, 1972]<sup>1</sup>.

W przypadku znaków działających słuchowo, to intencja decyduje, czy dźwięk staje się gestem fonicznym lub będzie za taki uznany [Klemensiewicz, 1937]. Dźwiękowy ruch mimiczny o niewyraźnej intencji psychicznej traci wartość semajologiczną.

## Wychowanie komunikacyjne dzieci przedszkolnych

Etap wychowania przedszkolnego, stanowiący dla większości dzieci przejście ze sfery prywatnej do społecznej – publicznej, w znacznym stopniu wpływa na kształtowanie się i doskonalenie umiejętności komunikacyjnych, skuteczność porozumiewania się z otoczeniem, wyrażania siebie w toku różnych procesów komunikacyjnych, opartych na słowie lub/i elementach pozasłownych. Zadania nauczyciela wychowania przedszkolnego i logopedy na tym etapie są zatem niezwykle istotne. Dorośli stymulują rozwój mowy, prezentują zasady komunikacji

---

<sup>1</sup> Ze względu na związek gestów fonicznych z prozodią, Anita Sz wajkowska proponuje wyodrębnić nie trzy, ale dwie podgrupy interiekcji: onomatopeje i wykrzykniki [Sz wajkowska, 2013].

międzyludzkiej, modelują wypowiedzi dziecka, wzbogacają jego język, dbają o skuteczność, ale też estetyczną i etyczną stronę zachowań językowych. W interakcji z rówieśnikami i dorosłymi dziecko uczy się uwzględniać oraz szanować inny punkt widzenia, odmienne od swoich potrzeby czy intencje komunikacyjne, doskonali umiejętność analizy wypowiedzi współ rozmówców oraz inicjowania i podtrzymywania dialogu.

*Podstawa programowa wychowania przedszkolnego* wylicza umiejętności w zakresie rozwoju mowy i komunikacji, które powinien opanować absolwent przedszkola. W obszarze 3. *Wspomaganie rozwoju mowy oraz innych umiejętności komunikacyjnych dzieci* w odniesieniu do interakcji komunikacyjnej wskazano m.in.:

- aktywne uczestnictwo w dialogu, w tym aktywne słuchanie;
- komunikowanie własnych opinii;
- realizację intencji komunikacyjnej;
- formułowanie wypowiedzi adekwatnych do sytuacji komunikacyjnej [Podstawa, 2016].

W obszarze 14. *Tworzenie warunków do doświadczeń językowych i komunikacyjnych w zakresie reprezentatywnej i komunikatywnej funkcji języka (ze szczególnym uwzględnieniem nabywania umiejętności czytania)* autorzy podstawy programowej wyróżnili m.in.:

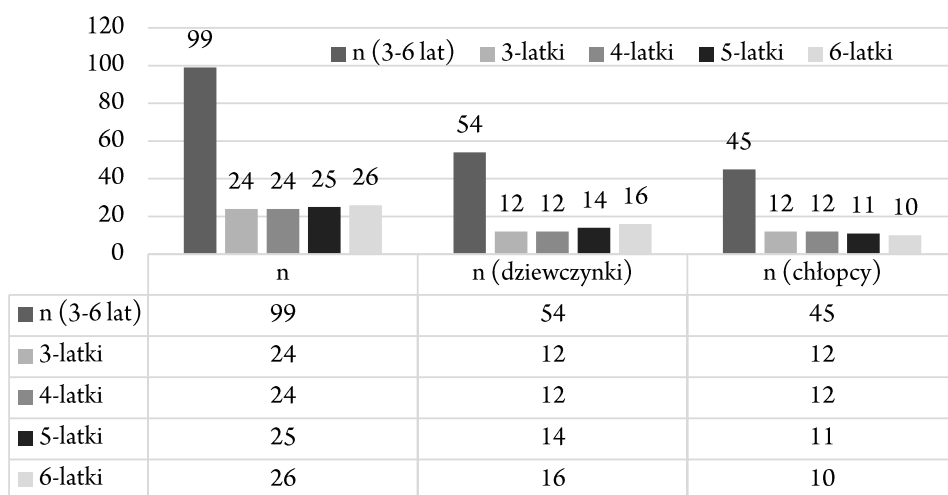
- nabywanie i doskonalenie zdolności oraz sprawności niezbędnych do skutecznego komunikowania się;
- aktywne słuchanie i uczestnictwo w dialogu;
- prawidłowy odbiór komunikatów werbalnych i pozawerbalnych;
- skuteczne wyrażanie własnej opinii [Podstawa, 2016].

Zwracają oni uwagę, że kilkuletnie dziecko powinno stawać się świadomym nadawcą, empatycznym odbiorcą komunikatów, jak również aktywnym uczestnikiem interakcji społecznej z rówieśnikami oraz dorosłymi, w której wykorzystuje elementy werbalne i pozawerbalne. W pracy nad rozwojem języka i komunikacji przedszkolaków należy wykorzystywać wszelkie możliwości dziecka, proponując zabawy oraz ćwiczenia motywujące do komunikowania własnych potrzeb, zachęcające do obdarzania uwagą innych, manifestowania emocji i uczuć przy użyciu różnych środków wyrazu, rozpoznawania emocji i wczuwania się w emocje rówieśników lub dorosłych, oceniania jakości własnych działań i zachowań komunikacyjnych itp. Wykrywanie zaburzeń już na etapie wychowania przedszkolnego pozwala niezwłocznie skierować dziecko na specjalistyczną terapię logopedyczną, co realizuje założenia profilaktyki wskazującej. Rozwój i doskonalenie umiejętności komunikacyjnych dziecka na etapie wychowania przedszkolnego są istotne w przygotowaniu do późniejszej roli ucznia, a także świadomego i aktywnego uczestnika kolejnych zdarzeń komunikacyjnych.



## Rola gestów fonicznych w wychowaniu komunikacyjnym dzieci przedszkolnych

Na użytek niniejszego opracowania analiza gestów fonicznych prowadzona była podczas badań przesiewowych, diagnostycznych i terapii logopedycznej z 99 dziećmi w wieku 3–6 lat w jednym z łódzkich przedszkoli we wrześniu–październiku 2017 roku. Podział badanej grupy ze względu na płeć i wiek przedstawiono na wykresie 1.



Wykres 1. Dzieci przedszkolne objęte badaniami (z podziałem na płeć i wiek)

Źródło: opracowanie własne.

W badaniu wzięło udział 99 przedszkolaków: 54 dziewczynki i 45 chłopców, co stanowi 98% dzieci zapisanych do przedszkola. Absencja dwojga dzieci (2%) spowodowana była dłuższą chorobą.

W przedszkolu, w którym prowadzono badania, gabinet przeznaczony do zajęć indywidualnych znajduje się w pewnym oddaleniu od sal zajęciowych, co pozwala na komfortową pracę z pacjentem nad budowaniem relacji, interakcji językowej, korektą artykulacji i in. Logopeda ma również możliwość obserwowania i analizowania zachowań komunikacyjnych dzieci w grupie rówieśniczej podczas codziennych aktywności.

W trakcie czynności diagnostyczno-terapeutycznych prowadzona była obserwacja pacjentów oraz nagrywane próbki mowy, które następnie zostały poddane subiektywnej ocenie odsłuchowej w celu analizy dźwiękowych ruchów mimicznych. W analizowanych zdarzeniach komunikacyjnych dzieci i logopeda wykorzystywali gesty foniczne, które pełniły wiele funkcji, a tym samym

nadawały komunikatom różne znaczenie w postępowaniu logopedycznym. Były to:

1. **Gesty foniczne wyrażające chęć nawiązania i utrzymania kontaktu** – potwierdzające, że relacja zachodzi w interakcji, od chwili rozpoczęcia manifestowania intencji i celu zdarzenia komunikacyjnego, nie zaś tylko od werbalnego przekazywania treści komunikatu; podkreślają znaczenie każdego podmiotu w zdarzeniu komunikacyjnym, często są powiązane z budowaniem uwagi słuchowej, ale też niepewnością dotyczącą reakcji odbiorcy na zagajenie rozmowy, np. gesty interiekcyjne w formie wykrzykników apelatywnych wykorzystywane przez pacjenta podczas powitania: *dzień dobry, dzieńdoberek*;

2. **Gesty foniczne potwierdzające słyszenie komunikatu** – manifestują skupienie uwagi na komunikacie wypowiedzianym przez nadawcę, gotowość do odbioru informacji, motywują do dalszego mówienia; pełnią funkcję zbliżoną do tzw. „reakcji uwagi” [Gordon, 1996], np. gesty zleksykalizowane: *tak, oczywiście*;

3. **Gesty foniczne będące wyrazem dialogicznego słuchania** – natychmiastowe, często improwizowane, są katalizatorem aktywnego działania: stanowią zachętę do kontynuowania wypowiedzi, dowodzą większego otwarcia się na rozmówcę; informują o gotowości do zamiany ról i delegacji autorytetu deontycznego solidarności; nie wyrażają kategoriycznych stwierdzeń czy refleksji nadawcy; swym znaczeniem są pokrewne tzw. „otwieraczom drzwi” [Gordon, 1996], np. gesty śródslowne: *napraawdę?, taak?, ahaaa!*;

4. **Gesty foniczne wyrażające stosunek do komunikatu i/lub podmiotu działań diagnostyczno-terapeutycznych** – foniczna ilustracja lub interpretacja mowy wewnętrznej, refleksji dotyczącej analizowanego problemu i oczekiwań uczestników dialogu, np. gesty międzysłowne w formie pauzy wypełnionej artykułowymi dźwiękami niezleksykalizowanymi: *hm, yhm* bądź nieartykułowymi dźwiękami paralingwistycznymi: westchnienie, sapanie, jęknięcie;

5. **Gesty foniczne wykorzystywane podczas naśladowania dźwięków pozajęzykowych** – naśladowanie czynności prymarnych z wykorzystaniem onomatopei, odtwarzanie naturalnych czynności w przestrzeni orofacjalnej z dużym zaangażowaniem całego ciała, imitowanie dźwięków z otoczenia, np. gesty artykułowane w formie onomatopei: *szur, chlup, brum, ko-ko<sup>2</sup>*;

6. **Gesty foniczne wykorzystywane w akuzji** – w postępowaniu logopedycznym wizja akustyczna [Blaustein, 2005] budowana jest przy wykorzystaniu wszelkiego rodzaju gestów fonicznych, dzięki którym nadawca oddaje swoje wyobrażenie fikcyjnej postaci i sytuacji, określa też własny stosunek do wyobrażanej rzeczywistości, ożywia tekst, angażując odbiorcę w opowiadaną lub czytaną historię.

---

<sup>2</sup> Więcej przykładów różnego typu gestów fonicznych – patrz. Monika Kaźmierczak, *Rodzaje i funkcje gestów fonicznych wykorzystywanych w postępowaniu logopedycznym* [2018].

Analiza interakcji z udziałem dzieci w wieku przedszkolnym potwierdza, że najszerszy repertuar gestów fonicznych naśladowujących i odtwarzających dźwięki pozajęzykowe występuje u najmłodszych, trzyletnich badanych. Po części wynika to z niedostatecznego zasobu słownika czynnego oraz braku umiejętności łączenia elementów językowych w całość, co skłania do posilkowania się gestami, mimiką, wokalizacjami lub elementami sytuacyjnymi podczas interakcji. Niemówienie u trzylatków obserwuje się najczęściej podczas pierwszego spotkania z terapeutą, kiedy zamiast komunikacji dźwiękowej dominuje relacja oparta na „byciu obok” lub „z” logopedą w gabinecie, tj. towarzyszenie dorosłemu podczas jego aktywności i śledzenie wykonywanych czynności. Niemówienie dziecka może być błędnie interpretowane jako brak zainteresowania i reakcji, jednak badania potwierdzają, że milczenie jest elementem znaczącym – często symptomem charakterologicznym, wyrazem komunikowania lub środkiem taktycznym [Śniatkowski, 2002; Dąbska, 1963], choćby oczekiwaniem na wykonanie zadania przez dorosłego. Dzieci młodsze trafnie odczytują także znaczące milczenie logopedy, czas jego trwania wykorzystując na analizę sytuacji komunikacyjnej, przemyślenie pytania (milczenie postwerbalne), formułowanie na nie odpowiedzi (milczenie prewerbalne), na próby zainicjowania kontaktu przy pomocy różnych kodów niejęzykowych lub językowych. Dzieci potrafią też celowo i trafnie zastosować pauzę w zdarzeniu komunikacyjnym, nierzadko wypełniają ją różnego typu środkami ekspresji, manifestując w ten sposób własne emocje i stosunek do sytuacji, w której uczestniczą. Wyraźniejsze, niż u dzieci starszych (5- i 6-letnich), są również paury namysłu [Śniatkowski, 2002].

Mimo dostrzegalnego w sposobie porozumiewania się dzieci przedszkolnych egocentryzmu, w każdej grupie: trzy-, cztero-, pięcio- i sześciolatków występują gesty foniczne skupiające uwagę nie tylko na własnej osobie, ale będące wyrazem zainteresowania interlokutorem czy przedmiotem rozmowy. Można zaobserwować gesty foniczne w formie niejęzykowej lub o większym stopniu ujęzykowania: gesty przybierające postać ciszy, nieartykułowane, śródslowne, międzysłowne czy interiekcje. W wyniku poszerzania słownika biernego i czynnego oraz doskonalenia umiejętności językowych, w tym narracyjnych, ale również w efekcie zacieśniania więzi z logopedą, dzieci zastępują emblematy i ilustratory komunikatami opartymi na słowie, z wiekiem coraz lepiej opanowują nowe formy zachowań językowych, poszerzają także repertuar regulatorów konwersacji [por. Ekman, Friesen, 1969]. Podczas drugiego i kolejnych „konstruktywnych spotkań” [Babska, Shugar, 1986] z logopedą, kiedy czują się coraz bardziej komfortowo, z powodzeniem stosują gesty foniczne o wyższym stopniu werbalizacji, które już mają w repertuarze językowym. Naśladowują też zachowania logopedy i z czasem zaczynają wykorzystywać nowo poznane gesty foniczne w codziennej komunikacji. Pełen repertuar znaków działających słuchowo chętnie stosują podczas relacjonowania zdarzeń z własnego życia, wcielając się w role podczas opowiadania albo odtwarzania fikcyjnej postaci.

W kontaktach z dziećmi w wieku przedszkolnym dorośli wykorzystują wszelkiego typu gesty foniczne, które stają się elementem dominującego allocentrycznego stylu komunikowania się. Znaki działające słuchowo służą budowaniu relacji, wpływają na skuteczność komunikacji i wzrost motywacji do ćwiczeń logopedycznych, tj. albo zastępują pytania dopingujące, albo kierują uwagę na określone polecenie lub zadanie wymagające opisanie obiektów i ich cech, czyli wzmacniają pytania protokolarne, koncepcyjne lub referujące [Boniecka, 2000]. W interakcji z dziećmi przedszkolnymi dorosły nierzadko celowo stosuje hiperbolizację podczas wykonywania dźwiękowego ruchu mimicznego, by był bardziej wyrazisty i łatwiejszy do odczytania przez dzieci 3–6-letnie.

### Podsumowanie

W odróżnieniu od wniosków Elżbiety Lasoty, która stwierdziła, że dzieci przedszkolne „nie używają ani gestów, ani intonacji do regulowania przebiegu konwersacji” [2006, s. 218], prezentowane badania potwierdzają wnioski Barbary Bonieckiej o skutecznym realizowaniu przez dzieci intencji komunikacyjnej także za pomocą elementów prozodycznych [Boniecka, 1995]. Co istotne, w wypowiedziach każdego z badanych łódzkich przedszkolaków wystąpiły gesty foniczne – różnego typu i w różnych funkcjach. Sprawne posługiwanie się przez dzieci w wieku 3–6 lat znakami działającymi słuchowo można dostrzec zarówno w toku indywidualnych spotkań z pacjentem, jak też obserwacji dzieci w grupie rówieśniczej i w kontaktach z dorosłymi – rodzicami/opiekunami, nauczycielami czy innymi pracownikami placówki. Komunikacja „pary przyległej” [Babska, Shugar, 1986] z wykorzystaniem gestów fonicznych przygotowuje do aktywnego udziału dzieci w komunikacji językowej. Nawiązywanie i podtrzymywanie kontaktu to nauka wchodzenia w role komunikacyjne, manifestowania własnych emocji i odczuć zgodnie z przyjętymi zasadami komunikacji społecznej, ale także uwrażliwianie na subtelne gesty foniczne innych osób.

Chociaż nadużywanie w mowie potocznej elementów niezleksykalizowanych jest objawem niskiej kultury językowej [Steinthal, 1881], którą odznaczają się również młodsze dzieci, świadome wykorzystywanie gestów fonicznych oraz ikonofonicznych podczas diagnozy i terapii logopedycznej pozytywnie wpływa na budowanie relacji osobowej i komunikacyjnej w interakcji. Gesty wyrażające zrozumienie sytuacji czy akceptację niedostatków interlokutora w znaczący sposób niwelują dystans między logopedą a pacjentem, łagodzą negatywne emocje, co wzmacnia chęć podjęcia nowych działań przez dziecko i sprzyja akceptacji kolejnych proponowanych aktywności. Nauka celowego stosowania znaków działających słuchowo zwiększa precyzję pozajęzykowych i werbalnych środków porozumiewania się, pozwala jasno wyrażać stosunek do współ rozmówcy, siebie i zdarzenia komunikacyjnego, co jest ważnym elementem (auto)refleksji

nawet małego pacjenta, ale przede wszystkim świadomego logopedy, który nie traktuje kolejnych etapów postępowania logopedycznego jako zaledwie przekazu informacji czy mechanicznego instruktażu do ćwiczeń. Dialogiczna relacja podmiotów logopedycznych oparta jest między innymi na prawdziwym słuchaniu, wyrażającym się w zaangażowaniu podczas wspólnej obecności, zainteresowaniu rozmową, w chęci zrozumienia intencji komunikacyjnej lub możliwości wsparcia, nauczania się czegoś od odbiorcy.

Do ważnych zadań logopedy należy zatem opanowanie zasad i technik rozmowy terapeutycznej [Motyka, 2011], co wiąże się z koniecznością doskonalenia umiejętności interakcyjnych, niezbędnych przy nawiązaniu relacji, utrzymaniu wzajemnego kontaktu werbalnego i pozasłownego, modyfikowaniu przebiegu rozmowy, negocjowaniu i ustalaniu celów postępowania logopedycznego zgodnie z oczekiwaniami uczestników spotkań, co częściowo jest możliwe również z dziećmi w wieku przedszkolnym. Umiejętności te trzeba nieustannie doskonalić w toku nauki zawodu i codziennej praktyki, by dążyć do świadomego uczestniczenia w interakcji z pacjentem i jego rodzicem, budowania dialogicznej relacji, pomagania dzieciom w opanowywaniu sprawności pragmatycznej, ale też społecznej, sytuacyjnej i systemowej.

---

## Bibliografia

- Babska Zofia, Shugar Grace Wales, 1986, *Idea dwupodmiotowości interakcji dorosły–dziecko w procesie wychowania w pierwszych latach życia*, Lublin.
- Blaustein Leopold, 2005, *Wybór pism estetycznych*, Kraków.
- Bocheński Józef Maria, 1993, *Co to jest autorytet?*, w: tenże, *Logika i filozofia. Wybór pism*, tłum. i oprac. Jan Parys, Warszawa, s. 187–324.
- Bokus Barbara, 1984, *Nawiązywanie interakcji społecznych przez małe dziecko*, Wrocław.
- Boniecka Barbara, 1995, *Pragmatyczne aspekty wypowiedzi dziecięcych*, Lublin.
- Boniecka Barbara, 2000, *Struktura i funkcje pytań w języku polskim*, Lublin.
- Dąmbska Izydora, 1963, *Milczenie jako wyraz i jako wartość*, „Roczniki Filozoficzne”, 1, s. 73–79.
- Ekman Paul, Friesen Wallace V., 1969, *The Repertoire of Nonverbal Behavior Categories, Origins, Usage, and Coding*, „Semiotica”, 1, s. 49–98.
- Gordon Thomas, 1996, *Wychowanie bez porażek w szkole*, Warszawa.
- Grabias Stanisław, 1997, *Język w zachowaniach społecznych*, Lublin.
- Grabias Stanisław, 2005, *Interakcja językowa i jej uwarunkowania. Perspektywa lingwistyczna*, w: Jerzy Bartmiński, Urszula Majer-Baranowska (red.), *Bariery i pomosty w komunikacji językowej Polaków*, Lublin, s. 19–44.
- Każmierczak Monika, 2018, *Rodzaje i funkcje gestów fonicznych wykorzystywanych w postępowaniu logopedycznym*, „Logopedia”, nr 47 (1), s. 313–324.
- Klemensiewicz Zenon, 1937, *Składnia opisowa współczesnej polszczyzny kulturalnej*, Kraków.
- Mayen Józef, 1972, *O stylistyce utworów mówionych*, Wrocław.

- Motyka Marek, 2011, *Rola aktywnego słuchania w komunikacji terapeutycznej z pacjentem*, „Problemy Pielęgniarstwa”, 19 (2), s. 259–265.
- Steinthal Heymann, 1881, *Abriss der Sprachwissenschaft*, t. 1, Berlin.
- Szwajkowska Anita, 2010, *Za gestem fonicznym stoi prozodia*, w: Grażyna Habrajska (red.), *Rozmowy o komunikacji 4. Metodologia i praktyka komunikacji społecznej*, Łask, s. 37–48.
- Śniatkowski Sławomir, 2002, *Milczenie i pauza w gramatyce nadawcy i odbiorcy. Ujęcie lingwo-educacyjne*, Kraków.

### **Cytowane źródła internetowe**

- Podstawa programowa wychowania przedszkolnego dla przedszkoli oraz innych form wychowania przedszkolnego*, 2016, <http://www.dziennikustaw.gov.pl/du/2016/895/1> [dostęp: 13.11.2017].

---

## **Summary**

Phonic gestures are a communication tool and a regulator of social relationships, and their meaning depends on the intention of the sender, which is understood in a particular consituation. In speech therapy every subject performs them: a speech therapist, a parent/carer, a patient. The performed research proved that phonic gestures of various kinds are employed very effectively by kindergarten children. Owing to sonic mimic movements, they build their dialogues, shape and perfect communication skills, very effectively communicate with their environment, express themselves in the course of various communication processes based on a word and/or non-standard verbal elements. Learning to consciously apply signs that act audibly is an important part of (self)reflection of a speech therapist who prepares a little patient for the full and active participation in linguistic interaction.



Dominika Kozłowska

Wielkopolskie Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie, Poznań\*

## LOKALIZACJA NOWOTWORÓW GŁOWY I SZYI ORAZ JEJ ZNACZENIE DLA SKUTECZNEJ TERAPII LOGOPEDYCZNEJ

---

THE INFLUENCE OF THE TUMOR LOCATION OF HNC  
(HEAD AND NECK CANCER) ON EFFECTIVE SPEECH AND  
SWALLOW THERAPY

**Słowa kluczowe:** nowotwory głowy i szyi, dysfagia, terapia mowy, nauka przelżykania, zaburzenia artykulacyjne.

**Keywords:** head and neck cancer, dysphagia, speech therapy, swallow therapy, abnormal articulation.

### Wprowadzenie

Od niedawna w Polsce obserwuje się dynamiczny rozwój nowej gałęzi logopedii, jaką jest onkologopedia. Interdyscyplinarne leczenie chorób nowotworowych głowy i szyi prowadzi do poprawy rokowania i przeżywalności pacjentów. Radykalne leczenie związane jest jednak ze znacznym obniżeniem jakości życia. Pacjenci, zarówno w trakcie, jak i po zakończeniu skojarzonego leczenia onkologicznego w obrębie jamy ustnej, jamy nosowej, gardła i krtani borykają się z zaburzeniami funkcjonalnymi aparatu artykulacyjnego, fonacyjnego czy oddechowego. Do najczęstszych zaburzeń należą zaburzenia przelżykania, zaburzenia artykulacyjne, zaburzenia ustne w obrębie funkcji pokarmowych, zaburzenia fonacyjno-oddechowe, zaburzenia mowy będące konsekwencją utraty narządu mowy. W celu uzyskania maksymalnej poprawy jakości życia chorych, kluczowe znaczenie ma rozpoczęcie rehabilitacji logopedycznej i fizjoterapii jeszcze w trakcie leczenia i ich kontynuacja po jego zakończeniu. Na początku artykułu zostanie opisana lokalizacja nowotworów głowy i szyi oraz jakie zaburzenia w obrębie jamy ustnej, gardła i krtani wystę-

---

\* Klinika Chirurgii Głowy, Szyi i Onkologii Laryngologicznej UM, ul. Garbary 15, 61-866 Poznań, dominika.kozłowska@wco.pl



pują po leczeniu chirurgicznym, leczeniu radioterapią oraz skojarzonym leczeniu onkologicznym (leczenie chirurgiczne z uzupełniającym leczeniem radioterapią). Wyjaśnione zostanie, dlaczego w rehabilitacji logopedycznej pacjentów z nowotworami głowy i szyi mówimy o zaburzeniach funkcji prymarnych i sekundarnych. Następnie autorka przybliży schemat terapii logopedycznej. Na koniec przedstawione będą wyniki określające, jaką wartość ma zastosowanie terapii logopedycznej do poprawy jakości życia chorych onkologicznych.

### **Lokalizacja nowotworów głowy i szyi oraz jej znaczenie dla onkologopedy**

*Nowotwory jamy ustnej* lokalizują się w okolicy wargi, języka, dna jamy ustnej, gruczołów ślinowych, błony śluzowej policzka, trójkąta zatrzonowcowego, podniebienia oraz zuchwy. Najczęstszymi sposobami leczenia raka jamy ustnej jest leczenie chirurgiczne oraz radioterapia, którą można stosować jako leczenie samodzielne lub w skojarzeniu z leczeniem chirurgicznym. Czynnikiem, które wpływają na decyzję o planowanym leczeniu, są przede wszystkim wielkość guza, stan zdrowia chorego oraz możliwości i doświadczenie ośrodka podejmującego się leczenia, ale również oczekiwania i preferencje pacjenta. Guzy wykryte we wczesnym stadium zaawansowania (T1, T2) zazwyczaj leczy się jedną metodą – najczęściej chirurgiczną. W tym przypadku jest większa szansa na wyleczenie oraz zachowanie funkcji w obrębie jamy ustnej na tyle, aby nie obniżały jakości życia i nie utrudniały funkcjonowania. Guzy wykryte w późniejszym stadium zaawansowania (T3, T4) wymagają najczęściej leczenia chirurgicznego skojarzonego z radioterapią lub radiochemioterapią. Leczenie jednak nie daje tak dobrych efektów, wyniki badań wskazują na niższe wskaźniki przeżycia, a upośledzone zostają także funkcje prymarne i sekundarne w obrębie jamy ustnej. Głównymi założeniami leczenia raka jamy ustnej są: usunięcie zmiany nowotworowej, utrzymanie bądź odtworzenie mowy, żucia, połykania oraz wyglądu zewnętrznego, zapobieganie negatywnym następstwom leczenia, uwzględnienie wysokiego ryzyka powstania wznów i drugich pierwotnych nowotworów oraz potencjalnych możliwości ich leczenia. Znając lokalizację i wielkość guza oraz metodę zastosowanego leczenia, logopeda jest w stanie ustalić, jakie zaburzenia wystąpią u pacjenta i zastosować indywidualnie dobraną terapię. Pacjenci wymagają terapii w zakresie wymowy i przelżykania [Shah i in., 2014].

**Gardło** dzieli się na trzy sąsiadujące ze sobą obszary anatomiczne, które charakteryzują się nieco odmiennymi cechami anatomicznymi i funkcjami fizjologicznymi: część nosowa gardła (nosogardło, gardło górne, *nasopharynx*), część ustna gardła (gardło środkowe, *oropharynx*) i część krtaniowa gardła (gardło dolne). Część nosowa gardła zaczyna się na poziomie podstawy czaszki i rozciąga do poziomu wolnego brzegu podniebienia miękkiego, a od przodu nozdrzami

tylnymi łączy się z jamą nosową. W obrębie stropu i tylnej ściany u dzieci lokalizuje się migdałek gardłowy (tzw. migdałek trzeci, adenoid), który zanika wraz z dorastaniem. Część ustna gardła ku przodowi łączy się z jamą ustną. W jej skład wchodzi podniebienie miękkie, migdałki podniebienne i nasada języka. W obrębie części krtaniowej następuje rozdzielenie wspólnej drogi pokarmowo-oddechowej. Pokarm przedostaje się do przełyku, a pasaż powietrza następuje na krtani. Ze względu na trudną lokalizację guzów gardła i przełyku szczególnie dokładnie należy rozważyć leczenie chirurgiczne. Często dobrą alternatywę stanowi pierwotne leczenie radioterapią i leczenie radiochemioterapią. Niekiedy wdraża się leczenie chirurgiczne dopiero w przypadku niepowodzenia radiochemioterapii. Wczesnie wykryte, ograniczone guzy w obrębie gardła środkowego można leczyć za pomocą radioterapii lub endoskopowo wykorzystując laser. Pacjenci, u których lokalizacja zmian uniemożliwia resekcję drogą przezustną, mają wykonywane zabiegi mandibulotomii (rozcięcie kości zuchwy) lub pharyngotomii (chirurgiczne nacięcie bocznej ściany gardła) w celu uzyskania odpowiedniego dostępu do guza, jego ekspozycji i resekcji. Leczenie to wiąże się jednak z dużą liczbą powikłań, zwłaszcza w obrębie funkcji przełykania. U pacjentów stwierdza się dysfagię gardłową, która polega na trudnościach w zainicjowaniu przełknięcia pokarmu z jamy ustnej do przełyku. Pacjenci skarżą się na powstawanie tzw. „przeszkody mechanicznej”, zaburzony odruch połykania, na ból w trakcie połykania. U niektórych dochodzi do szczękoscisku, który znacznie utrudnia wprowadzenie pokarmu do jamy ustnej oraz ogranicza różnorodność struktur podawanego pokarmu [Shah i in., 2014].

**Krtań** jest głównym narządem koordynującym funkcję górnych dróg oddechowych i pokarmowych, które obejmują oddychanie, mowę i połykanie. Anatomicznie dzieli się na okolicę nagłośniową, głośnię i okolicę podgłośniową. Nowotwory krtani plasują się na drugim miejscu najczęściej występujących nowotworów w obrębie głowy i szyi. Wykryte we wczesnym stadium zaawansowania, leczone są pierwotną radioterapią lub zabiegami chirurgicznymi polegającymi na częściowej laryngektomii metodą klasyczną lub endoskopowo z użyciem lasera. Późne stadium zaawansowania raka wymaga radykalnego leczenia chirurgicznego z uzupełniającym leczeniem radioterapią lub radiochemioterapią. W przypadku krtani radykalne leczenie chirurgiczne oznacza usunięcie całego narządu. Wiąże się to z utratą narządu fonacyjnego i całkowitą zmianą strukturu oddechowego [Shah i in., 2014].

W leczeniu nowotworów ogromne znaczenie ma **radioterapia**. Radioterapia i leczenie chirurgiczne to dwie najskuteczniejsze metody w leczeniu nowotworów. W trakcie promieniowania elektromagnetycznego stosowanego w radioterapii komórki nowotworowe ulegają skutecznemu zniszczeniu, jednak zauważalne jest uszkodzenie ślinianek i komórek nabłonka jamy ustnej. Prowadzi to do zaburzenia wydzielania śliny (hiposaliwacja, kserotomia), martwicy zuchwy, szczękoscisku. Promieniowanie jonizujące niesie ze sobą nasilone i długotrwałe skutki uboczne.

Powikłania po radioterapii dzielimy na powikłania wczesne, tzw. ostre i powikłania późne, tzw. przewlekłe. Najczęstsze powikłania wczesne, które pojawiają się już w trakcie leczenia, to ostry odczyn popromienny na skórze oraz zapalenia błony śluzowej jamy ustnej i gardła. Powikłania późne to przede wszystkim suchość popromienna w jamie ustnej, niedoczynność tarczycy, uszkodzenie narządu wzroku, martwica kości żuchwy, kości skroniowej lub chrząstek krtani oraz niekorzystny efekt kosmetyczny – ograniczone teleangiektazje i zwłóknienie skóry właściwej. Powikłania późne mogą ujawnić się od 90 dni do kilku lat po zakończonym leczeniu. Najbardziej niebezpieczne jest zwiększone ryzyko wystąpienia wtórnego nowotworu złośliwego w obrębie napromienianego obszaru [Czerżyńska i in., 2017].

Leczenie radioterapią zaburza ruchomość napromienianych narządów, co prowadzi do zaburzeń funkcjonalnych w obrębie jamy ustnej, krtani i gardła. Rehabilitacja logopedyczna skupia się przede wszystkim na powikłaniach późnych. Napromienianie nowotworów w obrębie jamy ustnej, często języka, prowadzi do ograniczenia jego ruchomości, co skutkuje m.in. seplenieniem interdentalnym, zaburzoną pionizacją języka, utrudnionym przełykaniem. Pacjenci napromieniani w obrębie gardła i krtani najczęściej mają trudności z przełykaniem, chrypkę, w niektórych przypadkach duszność, odczuwają także ograniczoną ruchomość krtani [Czerżyńska i in., 2017].

## **Rehabilitacja logopedyczna**

Według Sabine Hotzenkoecherle [2013], terapia logopedyczna dorosłych pacjentów z nowotworami głowy i szyi obejmuje zaburzenia mowy, zaburzenia artykulacyjne, zaburzenia fonacyjne, zaburzenia przełykania oraz porażenie nerwu twarzowego. Zaburzenia te możemy określić dzięki dokładnemu opisowi choroby pacjenta. Logopeda powinien znać lokalizację nowotworu, formę leczenia jaka została zastosowana, zapoznać się dokładnie ze stanem pacjenta w trakcie i po leczeniu. W wywiadzie zarówno z pacjentem, jak i z lekarzem oraz pielęgniarką należy określić i opisać zaburzenia, które zostały zauważone przez zespół lekarski, logopedę, a także samego pacjenta. W trakcie tworzenia schematu terapii należy zwrócić szczególną uwagę na cele, które chcemy osiągnąć dla pacjenta i dla poprawy komfortu jego życia. Ważnym aspektem jest tu stan psychiczny pacjenta, a także informacja, czy ma on możliwość korzystania ze wsparcia i pomocy rodziny bądź specjalistycznych ośrodków.

## **Zaburzenia prymarne i sekundarne**

Agnieszka Hamerlińska-Latecka [2015] podzieliła zakres zaburzeń funkcjonowania w obrębie jamy ustnej, gardła i krtani na zaburzenia prymarne i sekundarne. Zaburzenia prymarne to przede wszystkim zaburzenia żucia, odgryzania, polyka-

nia, sekundarne to zaburzenia mowy i wymowy. Rehabilitacja logopedyczna skupia się więc głównie na przywracaniu funkcji jamy ustnej i gardła, dzięki którym pacjenci mogą spożywać pokarmy stałe i ciekłe dostnie. Przywracanie mowy, korekta artykulacji są problemami dalszymi. W rehabilitacji logopedycznej najważniejsze jest usprawnianie i przywracanie funkcji narządom artykulacyjnym, wspomaganie i nauka oddechu torem przeponowo-żebrowym, nauka przełykania (w zależności od typu dysfagii), nauka mowy zastępczej lub mowy z protezą głosową.

## Zaburzenia artykulacyjne

W jamie ustnej i jamie gardłowej znajdują się narządy artykulacyjne ruchome i nieruchome. Narządy artykulacyjne ruchome to język, wargi, podniebienie miękkie i żuchwa. Narządy artykulacyjne nieruchome to zęby, dziąsła, podniebienie twarde i tylna ściana jamy gardłowej.

Przy zaburzeniach funkcjonalnych jamy ustnej i gardła duże znaczenie ma ograniczenie czynności części lub całego języka. Dotyczy to przede wszystkim zaburzeń oddychania, połykania i mowy. W trakcie leczenia chirurgicznego guzów dna jamy ustnej, żuchwy czy szczęki dochodzi do zmiany dotychczasowych warunków anatomicznych jamy ustnej. Nowe warunki anatomiczne prowadzą do zmiany miejsca kontaktów narządów artykulacyjnych, co w znaczny sposób utrudnia czynności funkcjonalne jamy ustnej. Pacjenci podczas rehabilitacji uczą się realizacji fonemów na nowo (reedukacja). Ważną rolę odgrywa tutaj sprawność narządów artykulacyjnych nieobjętych leczeniem, które mogą kompensować pracę narządów po leczeniu chirurgicznym. Często zdarza się jednak, że ze względu na obrzęk spowodowany zaburzonym odpływem limfy, złe wszycie podłoża czy resekcję przedniej części żuchwy, język, nieobjęty w tym przypadku leczeniem, wysuwa się z jamy ustnej lub cofa ku tyłowi, co powoduje duży dyskomfort funkcjonalny. Zmiana anatomiczna w obrębie jamy ustnej ma wpływ na zmiany funkcjonowania innych narządów artykulacyjnych, co widoczne jest zwłaszcza w pracy języka. W trakcie terapii logopedycznej ważne jest, aby wspomóc pacjenta w „adaptacji czynnościowej do nowych warunków” anatomicznych [Lewandowski, 2006, s. 14].

Ogromne znaczenie w prawidłowym funkcjonowaniu jamy ustnej ma leczenie nowotworów języka. W zależności od lokalizacji guza i rozległości jego resekcji logopeda określa poziom zaburzenia czynności artykulacyjnych. Częściowa resekcja języka z wypełnieniem wolnym płatem z przedramienia lub uda, może powodować problemy zarówno artykulacyjne, jak też z przełykaniem i oddychaniem. Ograniczenie kontaktu języka z innymi narządami artykulacyjnymi będzie skutkowało różnymi rodzajami zaburzeń wymowy, utrudniającymi zrozumienie wypowiedzianej treści przez otoczenie, trudnościami w wypowiedzaniu całych wyrazów lub ich części. Duże znaczenie ma tutaj resekcja przedniej części języka,

co ogranicza wytworzenie apeksu językowego i ogranicza kontakt czubka języka z zębami, fałdami dziąsłowymi i podniebieniem twardym [Lewandowski, 2006]. Dlatego też u pacjentów po leczeniu raka języka może występować seplenienia interdentalne, przyzębowe, wargowo-językowe lub seplenienie boczne. W trakcie leczenia chirurgicznego często stosuje się rekonstrukcje wolnym płatem na zespoleniu mikronaczyniowym m.in. z przedramienia, uda lub łopatki. Przy jednostronnej resekcji trzonu języka z rekonstrukcją wolnym płatem wymowa jest dość niewyraźna, ale w trakcie rehabilitacji można usprawnić zdrową część języka, który mimo obciążenia płatem będzie w stanie poprawie funkcjonować. Pacjenci z resekcją trzonu języka jednostronną, bez rekonstrukcji wolnym płatem, mają problem z pionizacją języka, który wykonuje rotację i przesunięcie w kierunku ubytku, a jego ruchy są dość trudne do skoordynowania. Ze względu na upośledzone funkcjonowanie języka, dochodzi do problemów z przełykaniem w fazie ustno-gardłowej. Pacjent ma trudności z przetransportowaniem pokarmu z jamy ustnej do gardła.

## Zaburzenia przełykania

Bardzo ważnym problemem wymagającym rehabilitacji logopedycznej jest dysfagia, czyli zaburzenia przełykania, które mogą wynikać z obecności guza w obrębie jamy ustnej i gardła, mogą stanowić konsekwencję leczenia chirurgicznego, lub odległy efekt niepożądaną zastosowanej radioterapii. Rolą onkologopedy jest określenie typu zaburzeń przełykania i dostosowanie terapii indywidualnie do pacjenta.

Znajomość lokalizacji i wybranej metody leczenia przebytego przez pacjenta pozwala na określenie, która faza przełykania została zaburzona. Zaburzenia mogą pojawiać się w fazie przygotowawczej (tzw. *dysfagia przygotowawcza*), które wiążą się z nieprawidłowym doborem konsystencji, struktury i ilości pokarmu do warunków czynnościowo-anatomicznych. Faza przygotowawcza dotyczy często nowotworów gardła – resekcja nagłośni, podniebienia miękkiego, migdałków, kiedy zły dobór konsystencji pokarmu może doprowadzić do jego aspiracji. Faza ustna (tzw. *dysfagia ustna*) związana jest z zaburzonymi funkcjami narządów artykulacyjnych, czyli żuciem, gryzieniem, przesuwaniem pokarmu w kierunku gardła. Tej dysfagii możemy się spodziewać przy nowotworach jamy ustnej, najczęściej języka, żuchwy czy dna jamy ustnej. W fazie gardłowej (tzw. *dysfagia gardłowa*) zmiana struktur anatomicznych jamy ustnej i gardła uniemożliwia zainicjowanie przesunięcia bolusa z ust do przełyku. Dysfagię gardłową zauważamy nie tylko przy nowotworach gardła dolnego, lecz także przy laryngektomii całkowitej, kiedy dochodzi do resekcji przedniej ściany części krtaniowej gardła, po czym następuje zamknięcie gardła, które prowadzi do zwężenia jego światła i oporów dla przemieszczającego się pokarmu. Radioterapia dodatkowo doprowadza do zwłóknienia tkanek miękkich



i zwięża światło przełyku, dlatego też dysfagii gardłowej możemy spodziewać się u pacjentów po laryngektomii całkowitej i uzupełniającym leczeniu radioterapią. W fazie przełykowej (tzw. *dysfagia przełykowa*) trudność pojawia się przy transporcie pokarmu wzdłuż przełyku. Dysfagia przełykowa jest najczęstszym problemem pacjentów napromienianych w obszarze jamy ustnej i gardła.

W zależności od zaburzonej fazy przełykania, logopeda dostosowuje indywidualną terapię do pacjenta i usprawnia narządy w celu nauki przełykania. W trakcie terapii onkologopeda zwraca uwagę przede wszystkim na dostosowanie konsystencji i struktury pokarmu do możliwości czynnościowo-anatomicznych pacjenta, z uwzględnieniem zastosowanego leczenia. Ponadto duże znaczenie ma usprawnianie aparatu mowy poprzez ćwiczenia czynne i bierne, terapię kompensacyjną, pozwalającą pacjentowi wykorzystać warunki czynnościowo-anatomiczne jamy ustnej i gardła. Masaż twarzy i narządów jamy ustnej oraz ustalanie odpowiedniej pozycji ciała również odgrywają istotną rolę w nauce przełykania. Bardzo istotnym aspektem rehabilitacji jest przygotowanie pacjenta i jego rodziny do samodzielnego systematycznego kontynuowania ćwiczeń w warunkach domowych [Hamerlińska-Latecka, 2015].

## Rehabilitacja mowy

Pacjenci po laryngektomii całkowitej w wyniku leczenia chirurgicznego tracą narząd krtani, odpowiedzialny przede wszystkim za funkcję oddechową i fonację. Bardzo ważnym aspektem rehabilitacji logopedycznej jest przywracanie mowy. Logopeda przygotowuje dla pacjenta indywidualnie dobraną terapię, obejmującą naukę mowy. Wyróżniamy dwie najbardziej znane formy rehabilitacji pacjentów po całkowitym usunięciu krtani: naukę zastępczej mowy przełykowej lub naukę mowy za pomocą protezy głosowej. Nauka mowy obejmuje przede wszystkim ćwiczenie oddychania torem przeponowo-żebrowym. W trakcie ćwiczeń oddechowych należy zwrócić uwagę na wyrobienie prawidłowego rytmu oddechowego, opanowanie wydłużonego oddechu, nabranie umiejętności odkrztuszania wydzieliny, dotlenienie pacjenta, zwiększenie udziału przepony i mięśni brzucha w oddychaniu, przygotowanie do późniejszych ćwiczeń fonacyjnych [Dome radzka-Kołodziej, b.r.]). Ćwiczenia rozluźniające mają na celu obniżenie napięcia obręczy barkowej, mięśni szyi, układu zwaczowego i zwieracza przełyku [Hamerlińska-Latecka, 2015]. Pacjent po usunięciu krtani traci narząd fonacyjny ale nie traci narządów mowy, czyli aparatu artykulacyjnego, co oznacza że pacjent traci dźwięk, ale nie traci mowy, dlatego stosuje się też ćwiczenia artykulacyjne.

Ostatnią fazą jest nauka mowy przełykowej. W trakcie nauki mowy przełykowej rolę generatora drgań przejmuje segment gardłowo-przełykowy, tzw. pseudo-głośnia. Pacjent wytwarza dźwięk w czasie dźwięcznego odbicia, pod wpływem powietrza zgromadzonego w górnym odcinku przełyku, który teraz przejmuje

rolę tchawicy [Domeradzka-Kołodziej, b.r.]. W trakcie rehabilitacji logopedycznej pacjenci uczeni są, w jaki sposób wydobyć dźwięk i utrwalają ten odruch w ćwiczeniach. Powietrze usuwane z przełyku ruchem antyperystaltycznym, wprowadza w drgania pseudogłosnię, tworząc dźwięczne odbicie. Zakłada się, że ćwiczenia mowy przełykowej można rozpocząć z pacjentem po usunięciu sondy pokarmowej. Ważny jest też wywiad z pacjentem i jego odczucia dolegliwości. Terapię logopedyczną zaczynamy od ćwiczeń oddechowych. Jest kilka metod nauki mowy przełykowej. Najbardziej znane to metoda wessania, metoda iniekcji i metoda polykania powietrza oraz metoda polisensoryczna. Znajomość wielu metod tworzenia mowy przełykowej pozwoli na dobranie właściwej metody.

Innym rodzajem rehabilitacji mowy jest nauka mowy za pomocą protezy głosowej. Rozwijający umiejętność mowy za pomocą protezy głosowej pacjenci uczeni są czyszczenia i uruchamiania protezy. Mowa ta nie wymaga nauki dźwięcznego odbicia, a protezę uruchamia powietrze wydechowe z płuc przy szczelnym zamknięciu stomii palcem. Naukę mowy za pomocą protezy głosowej możemy rozpocząć po usunięciu sondy pokarmowej. Schemat ćwiczeń jest podobny, jak w przypadku mowy przełykowej. Należy zastosować ćwiczenia oddechowe, rozluźniające, artykulacyjne i nauczyć pacjenta korzystać z protezy głosowej. Bardzo skuteczną formą terapii logopedycznej jest rehabilitacja grupowa, podczas której pacjenci w grupie prowadzonej przez logopedę uczą się mówić. Spotkania grupowe z innymi chorymi pomagają w adaptacji i powrocie do życia społecznego, a także towarzyskiego.

Przy wielu szpitalach tworzą się stowarzyszenia pacjentów z nowotworami głowy i szyi, które wspierają pacjentów w rehabilitacji oraz w pokonaniu strachu przed chorobą i wykluczeniem ze społeczeństwa z powodu zaburzeń funkcjonalnych. Zarówno rehabilitacja, jak i kontakt pacjentów z innymi w stowarzyszeniu poprawiają ich samopoczucie i motywują do angażowania się w życie społeczne.

## Wnioski

Wprowadzenie terapii logopedycznej i fizjoterapii w trakcie leczenia onkologicznego oraz ich kontynuacja po zakończonym leczeniu w znaczącym stopniu wspomaga niwelowanie zaburzeń funkcji prymarnych oraz sekundarnych w obrębie jamy ustnej, krtani i gardła, ułatwia powrót do samodzielnego funkcjonowania, do życia zawodowego i społecznego.

Zaburzenia funkcji jamy ustnej, gardła i krtani, wynikające z leczenia onkologicznego, są bardzo ważną częścią zaburzeń mowy. Onkologopedzi powinni zgłębiać coraz to nowe techniki rehabilitacji mowy, wymowy i przełykania ze względu na częściową lub całkowitą utratę narządu niezbędnego do prawidłowego funkcjonowania. Osoby z nowotworami głowy i szyi powinny zostać objęte kompleksową terapią logopedyczną, fizjoterapią oraz opieką psychologiczną.



## Bibliografia

- Czerżyńska Magdalena, Orłow Paulina, Choromańska Magdalena, 2017, *Skutki uboczne radioterapii nowotworów głowy i szyi. Metody leczenia odczynów popromiennych w jamie ustnej*, „Pediatria i Medycyna Rodzinna”, 13 (1), s. 53–62.
- Dawson Camilla, Al Quamachi Laith Hussein, Martin Thomas, 2017, *Speech and Swallowing outcomes following oral cavity reconstruction*, Philadelphia.
- Dicks Peter, 2007, *Laryngektomie. Logopädische Therapie bei Kehlkopfloesigkeit*, Idstein.
- Fabczak Magdalena, 2017, *Jak mówić bez krtani? Logatomy w służbie laryngektomowanym*, Białystok.
- Hamerlińska-Latecka Agnieszka, 2015, *Onkologopedia. Logopedia wobec wyzwań chorób nowotworowych*, Bydgoszcz.
- Lewandowski Leszek, 2006, *Palato- i lingwogramy w ocenie zaburzeń artykulacji głosek po operacjach nowotworów języka i dna jamy ustnej*, „Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie”, 52, s. 13–15.
- Okła Sławomir, 2007, *Chirurgiczna rehabilitacja głosu po całkowitej laryngektomii*, Warszawa.
- Shah Jatin P., Patel Snehal G., Bhuvanesh Singh, 2014, *Chirurgia i onkologia głowy i szyi*, red. Wojciech Golusiński, Wrocław.
- Sienkiewicz A., Mackiewicz-Nartowicz Hanna, 2013, *Rozwój kompleksowej rehabilitacji pacjentów po operacji wycięcia krtani w Polsce*, w: Jacek Bleszyński (red.), *Medycyna w logopedii*, Gdańsk, s. 149–153.
- Stecewicz Małgorzata, Halczy-Kowalik Ludmiła, Kowalik Sylwester, Wysocki Rościśław, Posio Violetta, Rzewuska Anna, 2005, *Jakość wymowy i wydolność połykania po częściowym lub całkowitym wycięciu języka z powodu nowotworu*, w: Małgorzata Młynarska, Tomasz Smereka (red.), *Logopedia. Teoria i praktyka*, Lublin.
- Styczek Irena, 1981, *Logopedia*, Warszawa.

## Cytowane źródła internetowe

- Domeradzka-Kołodziej Anna, *Możliwość rehabilitacji głosu i mowy u chorego po całkowitym usunięciu krtani*, <http://rak.indexcopernicus.com/4.pdf> [dostęp: 10.12.2017].
- Hamerlińska-Latecka Agnieszka, 2014, *Wykorzystywanie ćwiczeń rozluźniających w terapii logopedycznej osób po laryngektomii*, „Journal of Health Sciences”, <http://journal.rsw.edu.pl/index.php/JHS/article/view/2014%3B4%2813%29%3A303-311> [dostęp: 15.12.2017].
- Hotzenkoecherle Sabine, 2015, *Dysphagie: Diagnostik und Therapie*, „Schweizer Zeitschrift für Ernährungsmedizin”, <https://www.shotzenkoecherle.ch/publikationen> [dostęp: 20.12.2017].

## **Summary**

The author describes functional disorders of the mouth, throat and larynx after oncological treatment of head and neck cancer. This work presents the significance of the location for undertaking the appropriate speech therapy and the therapy schedule and its most important assumptions. Interdisciplinary treatment of head and neck cancer leads to improved prognosis and survival of patients. However, radical treatment is associated with a significant reduction in the quality of life. In order to obtain the maximum improvement in the quality of life of patients, it is crucial to start speech therapy and physiotherapy during the treatment and continue it after its completion.

Marlena Kurowska

Uniwersytet Warszawski\*

## LOGOPEDYCZNE BADANIA DZIECI I MŁODZIEŻY Z ZABURZENIAMI MOWY I JĘZYKA UWARUNKOWANYMI KOROWO. PROJEKT BADAŃ WŁASNYCH

---

LOGOPEDIC RESEARCHES OF CHILDREN AND YOUTH  
WITH CORTICAL BASED SPEECH AND LANGUAGE  
DISORDERS. OWN RESEARCH PROJECT

**Słowa kluczowe:** diagnoza logopedyczna, zaburzenia mowy i języka uwarunkowane korowo, afazja dziecięca rozwojowa, afazja dziecięca nabyta, objawy językowe i pozajęzykowe.

**Keywords:** logopedic diagnosis, speech and language of cortical type, developmental aphasia of children, acquired aphasia of children, linguistic and non-linguistic symptoms.

### Zaburzenia językowe u dzieci uwarunkowane korowo

Zaburzenia mowy i języka uwarunkowane korowo mogą mieć charakter rozwojowy lub nabyty. Obie formy wynikają z uszkodzeń i/lub dysfunkcji ośrodkowego układu nerwowego (OUN) [Emiluta-Rozya, 2008]. Zatem zaburzenia te mogą niekiedy towarzyszyć dziecku od samego początku językowego rozwoju, a w innych przypadkach pojawiają się na pewnym etapie tego rozwoju, a znów w jeszcze innych powstają po okresie przyswojenia języka przez dziecko. Określenie rodzaju tych zaburzeń u dzieci nie jest łatwe. Główną przyczyną tych problemów są różnice w koncepcjach teoretycznych i metodologicznych przyjmowanych przez poszczególnych badaczy zajmujących się tym zagadnieniem. Kluczowe dla sformułowania konkretnego rozpoznania jest określenie poziomu przyswojenia przez dziecko mowy i języka – do momentu wystąpienia patolo-

---

\* Wydział Polonistyki, Instytut Polonistyki Stosowanej, Zakład Logopedii i Emisji Głosu, 00-927 Warszawa, ul. Krakowskie Przedmieście 26/28, m.kurowska5@uw.edu.pl

gicznego czynnika oraz charakteru objawów nim wywołanych, ustalenie, czy jest to brak rozwoju komunikacji werbalnej, jej późniejsze pojawienie się, zahamowanie w przyswajaniu języka, czy też ewidentny regres w zakresie umiejętności werbalnego porozumiewania się. O wiele więcej jest nazw jednostek definiujących zaburzenia o charakterze rozwojowym, należy więc ustalić znaczenie określenia *rozwojowe* [Herzyk, 2005; Krajna, 2009]. Nie jest ono tożsame z pojęciem *normatywne*, lecz sygnalizuje trudności w spontanicznym i naturalnym przyswajaniu języka i mowy występujące na tle ogólnego prawidłowego – motorycznego, emocjonalno-społecznego, poznawczego – rozwoju dziecka [Herzyk, 1992]. Nieprawidłowości te często są wówczas nazywane *specyficznymi* zaburzeniami językowymi, tzn. mają charakter wyizolowany, ograniczony do trudności w nabywaniu kompetencji językowej. W literaturze przedmiotu oraz praktyce logopedycznej najczęściej stosowanymi terminami dla nich są: *alalia*, *niedokształcenie mowy o typie afazji*, *niedokształcenie mowy pochodzenia korowego*, *niepełnosprawność ruchowa*, w tym *afazja*, *afazja dziecięca rozwojowa*, *specyficzne zaburzenia rozwoju mowy i języka* – SLI [Kordyl, 1968; Herzyk, 1992; Parol, 1989; Mierzejewska, Emiluta-Rozya, 1998; Grabias, 2001; Leonard, 2006; Panasiuk, 2008; Emiluta-Rozya, 2008; ICD-10; Rozporządzenie MEN z dnia 24.07. 2015 r. – ze zmianami 28.08.2017 r.]. Część z nich jest już utrwalona w polskiej naukowo-badawczej tradycji logopedycznej, inne pochodzą ze współczesnych międzynarodowych klasyfikacji medycznych lub przepisów prawnych, obowiązujących w polskim systemie edukacyjnym. W przypadku zaburzeń nabytych, czyli występujących po okresie przyswojenia kompetencji językowej przez dziecko, stosowana jest jedna nazwa – u dzieci *afazja dziecięca nabyta*, a u młodzieży *afazja* [Herzyk, 1992].

W przypadku logopedycznego diagnozowania dzieci z zaburzeniami w komunikacji werbalnej uwarunkowanymi mózgowo, oprócz patologicznego wpływu czynników uszkadzających, należy uwzględnić również procesy neurobiologicznej reorganizacji nieprawidłowo zbudowanego i/lub funkcjonującego mózgu. Stopień opanowania przez dzieci mowy i ich sprawność posługiwania się językiem macierzystym będzie bowiem zależeć od możliwości uruchomienia mechanizmów kompensacji trudności obserwowanych u danego dziecka [Kułakowska, Konera, 2003]. W procesie kompleksowego diagnozowania dziecka należy odróżnić zaburzenia tzw. *językowe* od innych form zaburzeń mowy, uwarunkowanych także zmianami strukturalnymi i/lub funkcjonalnymi OUN. Chodzi o zaburzenia wywołane np. niepełnosprawnością umysłową, autyzmem [Wald, 1976; Jaklewicz, 1993; Mierzejewska, Emiluta-Rozya, 1998]. Wówczas nieprawidłowości w rozwoju mowy i języka współwystępują z obniżonym funkcjonowaniem poznawczym i nieprawidłowościami w zachowaniu emocjonalno-społecznym. Najczęściej wskazuje się na trudności np. w nawiązywaniu bezpośredniego kontaktu wzrokowego, naśladowaniu zabawy, tworzeniu wspólnego pola uwagi, koncentracji uwagi. Niejednokrotnie towarzyszą im schematycznie powtarzające się czynności – stereotypy ruchowe, a w mowie – eholalie [Frith, 2004; Pisula, 2005].

## Objawy i patomechanizm zaburzeń mowy i języka uwarunkowanych korowo

W przypadku zaburzeń korowych wyraźna jest u dziecka dysproporcja między wiekiem życia a poziomem ukształtowanej kompetencji językowej. Trudności – o różnym stopniu nasilenia – rejestrujemy zarówno w rozumieniu, jak i umiejętności budowania wypowiedzi. W zakresie odbioru nieprawidłowości najczęściej przyjmują formę zbyt ogólnego i szerokiego lub też zbyt konkretnego rozumienia znaczenia. Z kolei w tworzeniu wypowiedzi można zauważyć ubóstwo środków leksykalno-gramatycznych, w konsekwencji powstają wypowiedzi niespójne, mało komunikatywne. W budowanych przez dziecko tekstach można zarejestrować trudności w aktualizowaniu prawidłowych form wyrazów, wiele zniekształceń w ich strukturze, niestabilność zachowań językowych, persewercje oraz parafazje. Dzieci kompensują nieprawidłowości w werbalnym porozumiewaniu się za pomocą: gestu – wskazującego, ilustracyjnego, wymówień dźwiękonaśladowczych, mimiki, elementów prozodycznych mowy. U każdego dziecka repertuar tych zachowań zastępczych może mieć odmienną konfigurację i proporcję, zazwyczaj jednak nie jest wcale bardzo bogaty [Kurowska, 2016].

Patomechanizm zaburzeń rozwojowych polega na trudności kształtowania i utrwalania wzorców brzmieniowo-artykulacyjnych, słuchowo-kinestetyczno-kinetycznych – dźwięków języka polskiego, wywołanych nieprawidłową budową i/lub funkcją OUN. Natomiast w zaburzeniach nabytych dochodzi do dezintegracji języka. Programy mózgowie odpowiedzialne za opanowanie i prawidłowe funkcjonowanie języka były już wykształcone i funkcjonowały prawidłowo przed uszkodzeniem mózgu, tzn. dzieci, a także młode osoby z afazją, u których nastąpiło anatomiczne uszkodzenie mózgu, wcześniej mówiły i system językowy był w pełni przez nie opanowany – w mowie i piśmie [Mierzejewska, Emiluta-Rozya, 1998; Emiluta-Rozya, 2008]. Należy więc zauważyć, że objawy zaburzeń korowych przyjmują początkowo formę uogólnioną i niespecyficzną, a wraz ze wzrostem wieku dziecka, w którym następuje uszkodzenie mózgu, stają się bardziej podobne do afazji nabytej osób dorosłych [Panasiuk, 2008]. Przedstawiony sposób interpretacji patomechanizmu zaburzeń powinien zostać wyrażony w nazewnictwie stosowanych jednostek diagnostycznych. Oznacza to, że w stosunku do dzieci, u których rozwój mowy od początku przebiegał nieprawidłowo lub też nie osiągnął odpowiedniego do wieku poziomu, używanie na określenie rejestrowanego u nich zaburzenia terminu *afazja*, *afazja rozwojowa* wydaje się niewłaściwe. Za słuszne można uznać stosowanie nazwy *afazja dziecięca*, ale jedynie w odniesieniu do dzieci, u których podstawy systemu językowego zostały opanowane przed zadziałaniem czynnika uszkadzającego struktury mózgowie. Oczywiście, uzasadnione (choć niewystarczające) jest odwołanie się do norm definiujących prawidłowy rozwój mowy i języka dziecka. W takich przy-

padkach, ze względu na różnice indywidualne dotyczące rozwoju dzieci, nie można opierać się tylko na kryterium wiekowym. Konieczne jest uzyskanie wiedzy na temat rzeczywistego stopnia opanowania mowy przez dziecko [Herzyk, 1992; Panasiuk, 2008]. Formułowane przez różnych autorów wskazówki określające wiek dziecka, w którym można zdiagnozować daną formę zaburzenia, mają jedynie charakter umowny. Rozpoznanie *afazji dziecięcej – nabytej* jest możliwe w wypadku dziecka, u którego w konsekwencji uszkodzenia OUN. następuje zahamowanie dalszego rozwoju mowy lub utrata wcześniej opanowanych sprawności językowych. Zatem wydaje się, że jest to możliwe w odniesieniu do dziecka, które ukończyło 3. r.ż., przyjmując, że dziecko w tym wieku powinno mieć przyswojone podstawy języka macierzystego. Należy jednak zaznaczyć, że w niektórych publikacjach wskazuje się możliwość postawienia takiej diagnozy dopiero po ukończeniu przez dziecko 7. r.ż. Wówczas ten moment uznaje się za czas opanowania kompetencji językowej przez dziecko [Grabias i in., 2002]. Z kolei dopiero około 10–12 r.ż. można mówić o dojrzałym posługiwaniu się mową i językiem [Aichison, 1991; Porayski-Pomsta, 2015]. Ten próg czasowy można traktować jako podstawę różnicowania *afazji dziecięcej i afazji osób dorosłych*.

Brak jednoznaczności w nazywaniu poszczególnych jednostek pogłębia się również poprzez wyraźne zróżnicowanie między refleksją naukowo-badawczą a logopedyczną praktyką diagnostyczną, przyjętą w publicznych placówkach medycznych i oświatowych. Logopeda zatrudniony w instytucjach medycznych zobowiązany jest do formułowania diagnozy, powołując się na międzynarodową klasyfikację ICD-10 (zgodnie z którą rozwojowe zaburzenia mowy i języka to *specyficzne zaburzenia rozwoju mowy i języka*, F 80.1 i/lub F 80. 2 – *specific developmental disorders of speech and language*, a nabyte to *afazja*, R 47.0). Z kolei w placówkach oświatowych obowiązują logopedów przepisy formułowane przez ministra edukacji narodowej. Pierwsze rozstrzygnięcie zostało zamieszczone w rozporządzeniu z dnia 17 listopada 2010 roku<sup>1</sup>, w którym omawiane zaburzenia mieszczą się w terminie *niepełnosprawność ruchowa, w tym afazja*. W rozporządzeniu nazwa ta określa zaburzenia rozwojowe i nabyte. Może sugerować jednak, że *afazja* występuje na tle nieprawidłowości ruchowych lub też odnosi się tylko do zaburzenia o charakterze ruchowym, choć analizy badań wskazują, że u dzieci występują jednocześnie zaburzenia w zakresie rozumienia. Jednak tylko dzieciom ze sformułowaną w takiej postaci diagnozą, wydaną przez odpowiednie placówki oświatowe, przysługuje specjalistyczna pomoc w procesie rozwoju i kształcenia. Nie jest to termin w pełni satysfakcjonujący środowisko logopedów i rodziców dzieci z takimi trudnościami. Umieszczenie jednak w orzecznictwie oświatowym jednostki sygnalizującej zaburzenie mowy

---

<sup>1</sup> Ostatnia nowelizacja nastąpiła 28 sierpnia 2017 roku.



jest przejawem pozytywnych zmian, w stosunku do wcześniejszego braku odpowiednich przepisów regulujących postępowanie edukacyjne wobec dzieci z tak głębokimi trudnościami w rozwoju mowy i języka. Niewątpliwie należy dążyć do konsekwentnego uporządkowania terminologii oraz sformułowania adekwatnych do stanu rozwoju mowy i języka dzieci przepisów prawnych. Działania te powinny jednocześnie odwoływać się do polskich opracowań i uwzględniać wyniki badań prowadzonych za granicą. Przede wszystkim jednak powinny opierać się na kompleksowym, zespołowym i interdyscyplinarnym badaniu, opisie i analizie ilościowo-jakościowej – objawów i patomechanizmu zaburzeń [Kurowska, 2016].

### Aktualny stan badań

Pierwszą publikacją w polskim środowisku logopedycznym, poświęconą zagadnieniom zaburzeń mowy uwarunkowanym anatomicznymi zmianami w OUN była książka Zofii Kordyl pt. *Psychologiczne problemy afazji dziecięcej* [1968]. Kolejne pojawiały się stopniowo. Należy tu wymienić opracowania: Urszuli Parol *Dziecko z niedokształceniem mowy* [1989] oraz Anny Paluch, Elżbiety Drewniak-Wołosz, Lucyny Mikoszy *Afa-Skala. Jak badać mowę dziecka afatycznego?* [2003]. Autorki przedstawiły opisy zachowań językowych i pozajęzykowych dzieci przede wszystkim z rozwojowymi językowymi zaburzeniami uwarunkowanymi mózgowo, a także sposoby diagnozy, interpretowania otrzymanych wyników. Niezwykle ważnym opracowaniem jest również *Rozwój dzieci z guzami mózgu* Agnieszki Maryniak, w którym autorka przedstawia analizę funkcjonowania i rozwoju ogólnego dzieci w wieku od 6. do 18. r.ż. z guzami mózgu. Jest to publikacja koncentrująca się na zaburzeniach nabytych [Maryniak, 2000].

Pod wpływem tych opracowań kształtowały się również zainteresowania badawcze autorki tego artykułu. Dokonałam analizy stopnia opanowania mowy i języka u dzieci z uszkodzeniami i/lub dysfunkcjami ośrodkowego układu nerwowego w grupie badawczej czternaściorga dzieci w wieku od 6 do 8 lat [Kurowska, 2016]. U dzieci tych obserwowano nieprawidłowości dotyczące kształtowania się umiejętności werbalnych od bardzo wczesnego okresu rozwoju językowego, były to zatem zaburzenia o charakterze rozwojowym.

### Projekt badań własnych

W następnej części opracowania przedstawiono plan kolejnych badań własnych. Mają one obejmować dzieci i młodzież z ewidentnymi zmianami w OUN o charakterze strukturalnym lub funkcjonalnym zlokalizowanych w prawej lub lewej półkuli mózgowej. Ważnym kryterium doboru pacjentów będzie czas wy-



stąpienia nieprawidłowości mózgowej. Moim zamierzeniem jest zbadanie dzieci w trzech grupach wiekowych, w których czynnik patogeny wystąpił:

- do 3. r.ż.;
- po 3. r.ż.;
- po 12. r.ż. dziecka (do 18. r.ż.).

Wskazane cezury wiekowe odpowiadają istotnym okresom rozwoju mowy i języka dziecka.

Celem przeprowadzenia badań ma być próba sformułowania odpowiedzi na następujące pytania badawcze:

1. Czy zawsze w konsekwencji uszkodzeń lub dysfunkcji mózgowych u dzieci dochodzi do zaburzeń mowy i języka? Jakie uszkodzenia anatomiczne lub jakie choroby mózgu są najczęstszymi przyczynami zaburzenia mowy i języka u dzieci? Jaki jest też charakter tych zmian: rozwojowy, czy też nabyty?

2. Jakie są uwarunkowania występujących zaburzeń. Przede wszystkim ich lokalizacja: czy wiążą się częściej z lewą, czy też prawą półkulą mózgową?

3. W jaki sposób przebiega proces komunikacji u dziecka? Jakie są charakterystyczne objawy funkcjonowania językowego? Planuję przeprowadzenie dokładnego opisu objawów językowych, ale również i pozajęzykowych. Istotne jest uzyskanie odpowiedzi, czy objawy językowe wywołane dysfunkcjami OUN różnią się od objawów uwarunkowanych zmianami strukturalnymi mózgu.

4. Czy charakter ujawniających się objawów jest zależny od czasu wystąpienia uszkodzenia lub dysfunkcji?

Aby uzyskać adekwatny materiał badawczy, reprezentatywny jakościowo i ilościowo, należy przeprowadzić badania dzieci w dwóch etapach.

Pierwszy z nich będzie obejmował badania specjalistyczne – medyczne i psychologiczne. Przede wszystkim trzeba dokonać obiektywnej oceny medycznej – neurologicznej – w postaci badań: EEG, NMR, TC. Na ich podstawie możliwe będzie stwierdzenie istnienia uszkodzenia anatomicznego lub dysfunkcji – w lewej lub prawej półkuli mózgu dziecka. Interesującym byłoby również przeprowadzenie badania fMRI, zwłaszcza u dzieci i młodzieży ze zmianami zlokalizowanymi w lewej półkuli mózgu, u których nie ujawniałyby się zaburzenia mowy. Wydaje się, że wyniki tego badania pogłębiałyby wiedzę na temat kształtującej się również w dzieciństwie funkcjonalnej półkulowej przewagi dla rozwoju mechanizmów językowych.

W celu sformułowania oceny funkcjonowania ogólnego dziecka – poznawczego i emocjonalno-społecznego – należy przeprowadzić badania psychologiczne lub neuropsychologiczne. Przyjęto założenie, że badania specjalistyczne: medyczne i psychologiczne zostaną przeprowadzone w placówkach medycznych, których pacjentami będą badane dzieci.

Drugi etap badawczy mają stanowić badania logopedyczne, przeprowadzone przeze mnie. Ich celem będzie ustalenie stopnia opanowania mowy i języka u każdego dziecka z ewidentnymi uszkodzeniami anatomicznymi lub

dysfunkcjami mózgu, zlokalizowanymi w lewej lub prawej półkuli. Głównym zamierzeniem tego działania jest rejestracja charakterystycznych objawów językowych i pozajęzykowych w zależności od wieku dziecka oraz rodzaju i lokalizacji nieprawidłowości mózgowej. Analiza ta pozwoli na precyzyjny opis zaburzeń o charakterze afatycznym u dzieci i młodzieży. Badania logopedyczne będą miały charakter eksperymentalny. Zaplanowano zastosowanie narzędzi klinicznych oraz testowych. Próby kliniczne zakładają zindywidualizowanie prowadzonych działań diagnostycznych – ich dostosowanie do poziomu rozwoju ogólnego i komunikacji dziecka. Są ukierunkowane na przeprowadzenie analizy jakościowej prezentowanych objawów i ustalenie patomechanizmu obserwowanych u dziecka nieprawidłowości. Dla zrealizowania tego celu ważne jest uzyskanie reprezentatywnego pod względem jakościowym i ilościowym materiału badawczego. Wówczas sformułowanie rozpoznania nieprawidłowości rejestrowanych w zachowaniach werbalnych badanego dziecka staje bardziej precyzyjne i pewne [Paluch i in., 2003; Panasiuk, 2008; Emiluta-Rozya, 2013]. Działania kliniczne będą się składały z następujących części:

I. Wywiadu przeprowadzonego z rodzicami lub opiekunami dziecka ukierunkowanego na poznanie historii rozwoju dziecka.

II. Prób sprawdzających poziom opanowania mowy i języka w różnych sytuacjach komunikacyjnych:

- 1) rozumienie i nazywanie osób, zwierząt, przedmiotów, czynności, cech;
- 2) dialog – konwersację;
- 3) narrację: opis obrazka sytuacyjnego, opowiadanie historyjki obrazkowej;
- 4) umiejętność pisania, czytania.

III. Prób sprawdzających podstawy opanowania języka, w tym:

- 1) budowę i sprawność aparatu artykulacyjnego;
- 2) funkcjonowanie: słuchu fonematycznego;
- 3) kinestezję artykulacyjną, pamięć słuchową.

Wymienione części przyjmują formułę badań *całościowych*, tzn. pozwalają na ocenę rozumienia mowy i wszystkich przejawów czynnego komunikowania się dziecka oraz opisanie uwarunkowań – anatomicznych, funkcjonalnych i społecznych tych umiejętności [Emiluta-Rozya, 2013]. 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 rejestrować we wszystkich podsystemach językowych: fonologicznym, leksykalnym, morfologicznym, składniowym [Paluch i in., 2003; Panasiuk, 2008; Emiluta-Rozya, 2013]. Przeprowadzenie badania *całościowego* pozwala również na sformułowanie diagnozy pozytywnej, takiej, w której oprócz zachowań językowych odbiegających od normy rejestrujemy wszystkie realne możliwości komunikacyjne badanego dziecka, a zatem wszelkie przejawy, nawet rozwinię-

te tylko w nieznacznym stopniu umiejętności językowego i pozajęzykowego porozumiewania się [Grabias, 2001; Paluch i in., 2003].

Jako narzędzia testowe zostaną wykorzystane:

1. *Inwentarz Rozwoju Mowy i Komunikacji (IRMiK) – Słowa i Zdania* [Smoczyńska i in., 2015a], który pozwala sprawdzić rozumienie i wypowiedzanie wyrazów przez najmłodsze dzieci, do 3. r.ż.; jest to inwentarz rodzicielski.

2. *Obrazkowy Test Słownikowy – Rozumienie (OTSR)* [Haman i in., 2013], przeznaczony do badania rozumienia u dzieci w wieku od 2;0 do 6;11 lat.

3. *Test rozwoju językowego (TRJ)* [Smoczyńska i in., 2015a] do badania dzieci w wieku 4;0–8;11.

4. *Standaryzowane narzędzia oceny wypowiedzi (SNOW)* [Smoczyńska i in., 2015b], również na zbadania dzieci w wieku 4;0–8;11.

Badania testowe mają charakter ilościowy, 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, pochodzących z podobnego środowiska społecznego. Przedstawione narzędzia nie zostały wystandaryzowane i znormalizowane w odniesieniu do dzieci z grup klinicznych, zatem uzyskany przez dziecko wynik nie może być uogólniany. Można go natomiast interpretować indywidualnie, ograniczając wnioski do sytuacji zbadanego dziecka. Należy również podkreślić, że badania testowe przeprowadzamy według ściśle określonej instrukcji, która formalizuje zachowanie osoby badającej oraz w pewien sposób ogranicza jej naturalny kontakt z dzieckiem (np. brak obecności osób trzecich – w tym rodziców, polecenie wykonania zadania przekazane w ściśle określonej postaci, tzn. bez dodatkowego wyjaśnienia). Przestrzeganie tej zasady jest oczywiście niezwykle ważne dla obiektywizacji i porównywalności uzyskanych wyników. Zastosowanie narzędzi klinicznych i testowych pozwoli na porównanie ich wrażliwości w przypadku badania dzieci z zaburzeniami korowymi, umożliwi ukazywanie charakterystycznych objawów tych zaburzeń.

Badania zostaną przeprowadzone w warszawskich placówkach<sup>2</sup> medycznych (Oddział Neurologii Instytutu Matki i Dziecka, Oddział Neurochirurgii Szpitala Dziecięcego im. Profesora Jana Bogdanowicza) oraz oświatowych (Specjalistyczna Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna TOP i Gabinet Logopedyczny Centrum Logopedycznego Uniwersytetu Warszawskiego).

---

<sup>2</sup> Już na tym etapie przygotowań składam wszystkim Dyrektorom wymienionych placówek podziękowania za wyrażenie zgody na przeprowadzenie przeze mnie badań.

## Bibliografia

- Dąmbska Maria, 1997, *Z patofizjologii rozwoju ośrodkowego układu nerwowego*, w: Halina Mierzejewska, Maria Przybysz-Piwko (oprac.), *Rozwój poznawczy i rozwój językowy dzieci z trudnościami w komunikacji werbalnej. Materiały z konferencji*, Warszawa, s. 7–9.
- Dilling-Ostrowska Ewa, 1982, *Rozwój i zaburzenia mowy u dzieci w zależności od stopnia dojrzałości układu nerwowego*, w: Jadwiga Szumska (red.), *Zaburzenia mowy u dzieci*, Warszawa, s. 18–30.
- Emiluta-Roza Danuta, 2002, *Projekt „Badania mowy” Ireny Styczek jako pierwowzór logopedycznego postępowania diagnostycznego*, „Szkola Specjalna”, 3, s. 142–154.
- Emiluta-Roza Danuta, 2007, *Opóźniony rozwój mowy a opóźnienie rozwoju mowy*, „Poradnik Językowy”, 8, s. 54–65.
- Emiluta-Roza Danuta, 2008, *Modyfikacja zestawienia form zaburzeń mowy H. Mierzejewskiej i D. Emiluty-Rozy*, w: Józef Porayski-Pomsta (red.), *Diagnoza i terapia w logopedii*, Warszawa, s. 25–36.
- Emiluta-Roza Danuta, 2013, *Całościowe badanie logopedyczne z materiałem obrazkowym*, Warszawa.
- Firth Uta, 2008, *Autyzm. Wyjaśnienie tajemnicy*, Sopot.
- Grabias Stanisław, 2001, *Perspektywy opisu zaburzeń mowy*, w: tenże (red.), *Zaburzenia mowy*, Lublin, s. 11–43.
- Grabias Stanisław, Kurkowski Zdzisław Marek, Woźniak Tomasz, 2002, *Logopedyczny test przesiewowy dla dzieci w wieku szkolnym*, Lublin.
- Haman Ewa, Fronczyk Krzysztof, Łuniewska Magdalena, 2013, *Obrazkowy Test Słownikowy – Rozumienie*, Gdańsk.
- Herzyk Anna, 1992, *Afazja i mutyzm dziecięcy*, Lublin.
- Herzyk Anna, 2005, *Wprowadzenie do neuropsychologii klinicznej*, Warszawa.
- ICD-10 Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja dziesiąta, 1997, w: Stanisław Puzyński, Jacek Wciórka (red.), *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*, Kraków–Warszawa.
- Jaklewicz Hanna, 1993, *Autyzm wczesnodziecięcy*, Gdańsk.
- Jastrzębowska Grażyna, Pelc-Pękala Olga, 1999, *Diagnoza i terapia opóźnionego rozwoju mowy*, w: Tadeusz Galkowski, Grażyna Jastrzębowska (red.), *Pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki*, Opole, s. 670–686.
- Kordyl Zofia, 1968, *Psychologiczne problemy afazji dziecięcej*, Warszawa.
- Krajna Ewa, 2009, *Niejednoznaczność klasyfikacji zaburzeń rozwoju mowy i języka*, w: Joanna Gruba (wyb. i oprac.), *Logopedia. Wybór tekstów 2005–2009*, Warszawa, s. 135–144.
- Kulakowska Zofia, Konera Wojciech (współpr.), 2003, *Wczesne uszkodzenie dojrzewającego mózgu. Od neurofizjologii do rehabilitacji*, Lublin.
- Kurowska Marlena, 2015, *Rokowania dotyczące rozwoju mowy i języka u dzieci z zaburzeniami uwarunkowanymi uszkodzeniami i/lub dysfunkcjami ośrodkowego układu nerwowego*, „Poradnik Językowy”, 5, s. 18–31.
- Kurowska Marlena, 2016, *Kształtowanie się zachowań komunikacyjnych u dzieci z uszkodzeniami i/lub dysfunkcjami ośrodkowego układu nerwowego*, Warszawa.
- Leonard Laurence, 2006, *SLI – Specyficzne zaburzenia rozwoju językowego*, Gdańsk.

- Maryniak Agnieszka, 2000, *Rozwój dzieci z guzami mózgu*, Warszawa.
- Mierzejewska Halina, 1971, *Zaburzenia polskiego systemu fonetycznego w niektórych wypadkach afazji*, Wrocław–Warszawa–Kraków–Gdańsk.
- Mierzejewska Halina, Emiluta-Rozya Danuta, 1998, *Propozycja modyfikacji projektu „Badania mowy” Ireny Styczek*, „Logopedia”, 25, s. 49–63.
- Paluch Anna, Drewniak-Wolosz Elżbieta, Mikosza Lucyna, 2003, *Afa-Skala. Jak badać mowę dziecka afatycznego?*, Kraków.
- Panasiuk Jolanta, 2008, *Standard postępowania logopedycznego w przypadku alalii i niedokształcenia mowy o typie afazji*, w: *Standardy postępowania logopedycznego*, „Logopedia”, 37, s. 69–88.
- Parol Urszula Zofia, 1989, *Dziecko z niedokształceniem mowy*, Warszawa.
- Pisula Ewa, 2005, *Małe dziecko z autyzmem*, Sopot.
- Porayski-Pomsta Józef, 2015, *O rozwoju mowy dziecka. Dwa studia*, Warszawa.
- Pruszewicz Antoni (red.), 1992, *Foniatrya kliniczna*, Warszawa.
- Rostowski Józef, 2012, *Rozwój mózgu w cyklu życia. Aspekty bioneuropsychologiczne*, Warszawa.
- Smoczyńska Magdalena, 2012, *Opóźniony rozwój mowy a ryzyko SLI: wyniki badań podłużnych dzieci polskich*, w: Józef Porayski-Pomsta, Maria Przybysz-Piwko (red.), *Interwencja logopedyczna. Zagadnienia ogólne i praktyka*, Warszawa, s. 13–37.
- Smoczyńska Magdalena, Haman Ewa, Czapewska Ewa, Maryniak Agnieszka, Krajewski Grzegorz, Banasik Natalia, Kochańska Magdalena, Łuniewska Magdalena, 2015a, *Test Rozwoju Językowego TRJ*, Warszawa.
- Smoczyńska Magdalena, Haman Ewa, Kochańska Magdalena, Łuniewska Magdalena, 2015b, *Standaryzowane narzędzia oceny wypowiedzi SNOW*, Warszawa.
- Smoczyńska Magdalena, Krajewski Grzegorz, Łuniewska Magdalena, Haman Ewa, Bulkowski Krzysztof, Kochańska Magdalena, 2015c, *Inwentarz Rozwoju Mowy i Komunikacji IRMiK – Słowa i Zdania*, Warszawa.
- Strachalska Bożena, 2013, *Zmienność w afazji*, w: Zofia Zaron, Józef Porayski-Pomsta (red.), *Język i logopedia*, Warszawa, s. 167–176.
- Wald Ignacy, 1976, *Aktualne zagadnienia niedorozwoju umysłowego*, w: Janusz Kostrzewski (wyb. i oprac.), *Z zagadnień psychologii dziecka umysłowo upośledzonego*, Warszawa, s. 9–20.
- Zaleski Tomasz, 2002, *Opóźnienia w rozwoju mowy*, Warszawa.
- Zalewska Marina, 1998, *Dziecko z zespołem prostego opóźnienia rozwoju mowy*, w: Jarosław Rola (red.), *Wybrane problemy psychologicznej diagnozy zaburzeń rozwoju mowy*, Warszawa, s. 64–83.

### **Cytowane rozporządzenia i ustawy**

- 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. 2015, poz. 1113).
- 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. 2017, poz. 1652).

## Summary

The speech and language disorders of children caused by trauma and/or malfunction of CNS are currently an important issue in the Polish logopedic. The disorders can have developmental or acquired form. The most researches report about developmental disorders. Speech and language therapy practice shows that symptoms are of aphasic character, such as difficulty in updating the correct word, paraphasias.

In the paper I would like to present my own research project. The main objective is the comparison of the level of language competence of children and youth with structural or functional changes in the brain. The key issue is the time of occurrence of a pathogenic agent: before and during language acquisition or after the patients learn the basics of language. The project is also about linguistic and non-linguistic behavior conditioned by the changes and their location in the brain.





Renata Marciniak-Firadza

Uniwersytet Łódzki\*

## JAK LOGOPEDA MOŻE POMÓC DZIECKU Z MUTYZMEM WYBIÓRCZYM?

---

HOW A SPEECH THERAPIST CAN HELP CHILDREN WITH SELECTIVE MUTISM?

**Słowa kluczowe:** mutyzm wybiórczy, terapia logopedyczna, propozycje ćwiczeń.  
**Keywords:** selective mutism, speech therapy, exercises suggestions.

Potrzeba komunikowania się z otoczeniem jest jedną z najważniejszych potrzeb psychicznych człowieka. Komunikacja jest bowiem kluczem do poznawania siebie i otaczającej rzeczywistości, do porządkowania świata poprzez nazywanie ludzi, przedmiotów, zjawisk, zdarzeń, określanie ich cech i relacji zachodzących między nimi. Umiejętność porozumiewania się z innymi służy też wyrażaniu swoich uczuć, spostrzeżeń czy pragnień.

Dzieci z mutyzmem wybiórczym potrzebę komunikowania się mają, ale nie mogą jej realizować. Ze względu na trudności, szczególnie z inicjowaniem rozmowy, „rezygnują” z mówienia, unikają ludzi oraz izolują się społecznie. Nie nabywają przez to umiejętności społecznych, stają się samotne, nawet jeśli nie są samotnikami.

### Definicje, kryteria diagnostyczne

W literaturze przedmiotu istnieje wiele definicji mutyzmu wybiórczego, tu zostaną przytoczone tylko wybrane spośród nich.

Mutyzm wybiórczy to zaburzenie lękowe polegające na trudnościach w komunikowaniu się. Mutyzm (łac. *mutus, muta, mutum*) oznacza niemy, czyli nie mówiący [Bystrzanowska, 2017]. Mutyzm wybiórczy cechuje wybiórczość mówienia, co oznacza, że dziecko mówi w pewnych sytuacjach, a w pewnych milczy [Bystrzanowska, 2017].

---

\* Wydział Filologiczny, Instytut Filologii Polskiej i Logopedii, Zakład Dialektologii Polskiej i Logopedii, ul. Pomorska 171/173, 90-236 Łódź, [renata.marciniak@uni.lodz.pl](mailto:renata.marciniak@uni.lodz.pl)

Według Anny Herzyk [1992, s. 29], mutyzm to „brak lub ograniczenie mówienia (ekspresji oralnej) przy zachowaniu rozumienia mowy oraz możliwości porozumiewania się pisemnego”. Wybiórczość mówienia ma podłoże emocjonalne i charakteryzuje się zaprzestaniem mówienia w pewnych sytuacjach lub w obecności niektórych osób, np. dziecko nie mówi w przedszkolu, na lekcjach w klasie, ale rozmawia z niektórymi nauczycielami i rówieśnikami poza lekcjami. Może rozmawiać w domu, ale nie zawsze ze wszystkimi członkami rodziny (rozmawia z matką lub tylko z ojcem, albo tylko z rodzeństwem).

Zdaniem Cummingsa [2003, s. 83], „termin mutyzm stosowany jest do określenia zarówno utraty zdolności mowy (z zachowaną zdolnością do chrząkania, kaszlu, śpiewu itp.), jak i całkowitego zaniku zdolności wydawania dźwięków przy zachowanej przytomności. Obok logofobii jest najbardziej typowym przykładem zaburzenia mowy u osób cierpiących na nerwicę. Jest zaprzestaniem mówienia z przyczyn psychologicznych, które w związku z tym leżą poza aparatem mowy” [za: Zaleski, 1992, s. 76].

Zaburzenie to spostrzegane jest czasem jako specyficzna forma nerwicy protestu [Bilikiewicz, 1992, za: Warchał, Warchał, 2012, s. 99] oraz jako następstwo utraty korowych i podkorowych wpływów motywacyjnych na ośrodki sterujące czynnością mowy [Pruszewicz, 1992, za: Janik, 2012, s. 80].

Szerszą definicję mutyzmu wybiórczego w literaturze polskiej podaje Anita Bryńska:

[...] przewlekła odmowa mówienia w określonych sytuacjach społecznych, w których oczekuje się od dziecka wypowiedzi ustnych, np. w przedszkolu, szkole, pomimo mówienia w innych sytuacjach, np. w domu. Zaburzenie ma wpływ na osiągnięcia edukacyjne, trwa nie krócej niż 1 miesiąc (nie dotyczy to pierwszego miesiąca nauki szkolnej). Stwierdzany jest jednocześnie prawidłowy poziom rozumienia mowy i wystarczający do społecznego komunikowania się poziom kompetencji w posługiwaniu się mową. Ważne jest, że inne formy komunikowania się, takie jak ekspresja mimiczna i naśladowcza u chorujących dzieci jest prawidłowa [Bryńska, 2005, s. 158].

Zbigniew Tarkowski wymienia cztery rodzaje mutyzmu wybiórczego:

- 1) symbiotyczny (jako wynik bardzo silnej więzi z rodzicami, głównie matką, nad którymi sprawuje kontrolę);
- 2) fobiczny (występujący u dzieci bojących się własnego głosu);
- 3) reaktywny (jako reakcja na traumatyczne wydarzenia);
- 4) bierno-agresywny (kiedy milczenie jest bronią oraz manifestacją wrogości) [Tarkowski, 2017].

Mutyzm wybiórczy jako zaburzenie lękowe figuruje w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 (F94.0) oraz w Klasyfikacji Zaburzeń Psychiczych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM-V (312.23).

Według ICD-10, kryteria diagnostyczne przedstawiają się następująco:

- ekspresja i rozumienie języka przez dziecko w granicach dwu odchyień standardowych;
- możliwa do potwierdzenia niemożność mówienia w wybranych sytuacjach, pomimo mówienia w innych sytuacjach;
- czas trwania zaburzenia przekracza cztery tygodnie;
- zaburzenia nie wyjaśnia brak znajomości języka mówionego wymaganego w sytuacjach społecznych, w których występuje niemożność mówienia.

Kryteria mutyzmu wybiórczego według DSM-V:

- charakteryzuje się stałym brakiem mówienia w sytuacjach społecznych, mimo że dziecko jest w stanie mówić w innych znanych mu sytuacjach;
- brak mówienia w określonych sytuacjach przez okres minimum miesiąca (nie bierze się pod uwagę pierwszego miesiąca w szkole lub przedszkolu);
- niemówienie nie jest wynikiem braku wiedzy lub nieznanności języka;
- braku mówienia nie da się wyjaśnić przez zaburzenia komunikacji lub inne nieprawidłowości.

## **Dane statystyczne dotyczące mutyzmu wybiórczego**

W polskiej literaturze przedmiotu podaje się, że wiek występowania mutyzmu waha się między końcem okresu rozwoju mowy a początkiem okresu adolescencji (dojrzewania). Nasilenie zjawiska przypada na wiek trzech i sześciu lat, co odpowiada momentowi rozpoczęcia przedszkola i nauki w szkole. Jest to tzw. mutyzm przejściowy, który samoistnie ustępuje. Czas trwania mutyzmu selektywnego może wynosić od kilku miesięcy do 2 lat i dłużej, a jego utrzymywanie się powyżej 10. r.ż. źle prognozuje [por. Skoczek, 2015].

Częstotliwość występowania tego zaburzenia to, według „Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry” z 2002 roku, siedmioro dzieci na tysiąc (czyli jedno na 140) [Bergman i in., 2002], jednak wartość ta może być zaniżona. Mutyzm selektywny dotyczy częściej dziewczynek niż chłopców w proporcji od 1,5:1 do 2,1:1 [Kristensen, 2002, za: Ołdakowska-Żyłka, 2015b], a nawet 2,6:1 [za: Bystrzanowska, 2017].

## **Polietiologia mutyzmu wybiórczego**

Dotychczas nie udało się zidentyfikować jednego czynnika, który prowadzi do powstania mutyzmu, choć najnowsze badania pokazują, że schorzenie ma związek z pojawieniem się uczucia lęku przed kontaktami interpersonalnymi [Janik, 2012], że mutyzm jest wynikiem wysokiej potrzeby precyzji w komunikacji interpersonalnej, połączonej z brakiem wiary w możliwość osiągnięcia jej dostatecznego poziomu [Arska-Karyłowska, Bar-Tal, 2012].

Jak podaje Julita Urbaniuk: „Zwyczajowo przyjmuje się, że mutyzm to zespół heterogeny – czyli w etiologii tego zaburzenia istotne jest współwystępowanie i wzajemne oddziaływanie na siebie kilku czynników” [2008, s. 456]. Przyпуска się, że mutyzm wywołują współlistniejące ze sobą czynniki:

- biologiczne (nieśmiałość, wstydlivość, społeczne wycofanie się i lęklivość, martwienie się, negatywizm);
- psychiczne (długotrwały stres, fobia, fobia społeczna, problemy związane z lękiem separacyjnym);
- społeczne (nowe przedszkole, nowa szkoła, rozwód rodziców, pojawienie się rodzeństwa, kłótnie rodziców, przeprowadzka czy choroba w rodzinie [Radomska, Jankowska, 2000; Urbaniuk, 2008]).

Podobnie Anna Skoczek podkreśla, że najtrafniejsze są hipotezy podnoszone przez zwolenników wieloprzyczynowych źródeł zaburzenia [Skoczek, 2017].

### **Objawy mutyzmu**

Mutyzm objawia się silnym lękiem społecznym, dużą wrażliwością i uporem, nadmiernym kontrolowaniem otoczenia, wycofywaniem się, biernym oporem, a także niską samooceną. Zachowania agresywne występujące w tym zaburzeniu mają na celu rozładowanie napięcia emocjonalnego [Warchał, Warchał, 2012].

Objawy wiążące się z pojawieniem się uczucia lęku przed kontaktami interpersonalnymi mogą doprowadzić także do innych zachowań, np. unikania kontaktu wzrokowego, ograniczenia mimiki (animia), obawy przed kontaktem fizycznym, nerwowych odruchów, zamknięcia się w sobie, agresji, objawów fizjologicznych (np. krótki, przyspieszony oddech, bledość lub czerwienie się, omdlenia, koszmary nocne, częste moczenia się) [Janik, 2012; Skoczek, 2015].

Maria Bystrzanowska jako objawy, które mogą współtowarzyszyć mutyzmowi wybiórczemu wymienia: ogólną lęklivość, wzmożone napięcie mięśniowe, nieporadność, sztywność ruchów, bierność, brak swobody w zachowaniu, trudności w wyrażaniu swoich emocji, wzmożone napięcie emocjonalne, brak mimiki twarzy, czasem tiki, przygryzanie wargi, wkładanie palców do buzi, unikanie kontaktu wzrokowego, brak reakcji na polecenie wypowiedziane przez obcą osobę, nadwrażliwość słuchową, wady wymowy i trudności językowe, trudności z jedzeniem czy trudności związane z korzystaniem z toalety w szkole, przedszkolu itp. [Bystrzanowska, 2017].

### **Diagnoza mutyzmu**

Ustaleniem diagnozy mutyzmu wybiórczego zajmuje się zespół specjalistów, w skład którego wchodzi, w zależności od obrazu klinicznego dziecka: neurolog (lub psychiatra), psycholog, pedagog, neurologopeda (lub logopeda ogólny) [Janik, 2012].

W rozpoznaniu mutyzmu wybiórczego istotny jest prawidłowy lub bliski prawidłowemu poziom rozumienia mowy, kompetencje w posługiwaniu się mową na poziomie wystarczającym do społecznego komunikowania się, a także pewność, że osoba cierpiąca na to zaburzenie potrafi prawidłowo mówić w niektórych sytuacjach. Diagnozując mutyzm u dzieci, należy mieć na względzie konieczność stwierdzenia dostatecznie rozwiniętej mowy (por. ICD-10, 2000). Diagnoza psychologiczna mutyzmu powinna uwzględniać poziom rozwoju intelektualnego oraz trudności rozwojowe, przy jednoczesnym wykluczeniu zaburzenia słuchu oraz neurologicznych zaburzeń mowy [za: Warchał, Warchał, 2012].

### Terapia logopedyczna

Kluczową sprawą w terapii dziecka z mutyzmem wybiórczym jest, jak podkreśla Bystrzanowska, wczesna interwencja, czyli wprowadzenie oddziaływań terapeutycznych z chwilą zaobserwowania pierwszych niepokojących objawów. Wczesna terapia, zdaniem autorki, powinna być raczej modyfikacją zachowań wszystkich osób z otoczenia dziecka [Bystrzanowska, 2017].

Niemówienie, które jest tylko wierzchołkiem góry lodowej, skłania rodziców do pójścia do specjalisty, którym z reguły jest logopeda. Odpowiednio prowadzona terapia logopedyczna może bardzo wspomagać prowadzoną równolegle terapię psychologiczną, przy założeniu oczywiście, że w ramach tej wielospecjalistycznej terapii odbywa się ścisła współpraca między psychologiem i logopedą.

Najczęściej rola logopedy polega na stosowaniu ćwiczeń oddechowych, słuchowych, fonacyjnych, logorytmicznych, usprawniających narządy mowy oraz korygujących wady wymowy, takie jak: sygmatyzm, rotacyzm, interdentalna realizacja głosek i inne, np. dyslalia złożona [Janik, 2012], bo jak wynika z danych Steinhausena: 30,3% dzieci z mutyzmem ma zaburzenia rozwoju mowy, 38% zaburzenia rozwoju językowego, 28% zaburzenia ekspresji mowy i 20% zaburzenia artykulacji<sup>1</sup>.

Najczęściej pomoc logopedyczna udzielana jest w drugim etapie terapii psychologicznej, gdy dziecko zaczyna już mówić. Logopeda może też pracować nad wzmocnieniem pojawiającego się głosu (gdy dziecko mówi szeptem bądź cichutko czy dość niewyraźnie).

Mutyzm u dziecka, jak zauważa Anna Skoczek, wpływa na ilość i jakość kierowanych do niego komunikatów (mniej pytań, mniej wypowiedzi wyrażających akceptację, krótsze zdania, mniej skomplikowane pod względem struktury logiczno-gramatycznej). Konsekwencją takiego modelu komunikacji mogą być

---

<sup>1</sup> Dane te otrzymałam w trakcie odbytych szkoleń dotyczących mutyzmu wybiórczego, prowadzonych przez mgr B. Ołdakowską-Żyłkę i mgr E. Małachowską.

słabiej rozwinięte zdolności językowe dzieci dotkniętych mutyzmem [2013], dlatego też zachodzi „potrzeba mówienia do dziecka i organizowania normalnych warunków komunikacyjnych, prowokujących do interakcji” [Minczakiewicz, 1997].

Często jednak bywa tak (i to z różnych przyczyn), że logopeda jest jedynym terapeutą, pod opieką którego znajduje się/pozostaje dziecko z mutyzmem. Jak zatem logopeda może pracować z takim dzieckiem?

Terapia dziecka powinna się rozpocząć od rzetelnej diagnozy funkcjonowania, od określenia nie tylko takich sytuacji, w których nie mówi, lecz także takich, w których mówi swobodnie lub w ograniczony sposób (np. szeptem, wspólnie śpiewa itp.) lub podejmuje próby interakcji. Jest to o tyle istotne, że dzieci z mutyzmem wybiórczym są bardziej skłonne mówić w sytuacjach, w których już kiedyś się komunikowały [za: Urbaniuk, 2008].

Jeśli logopeda jest jedynym terapeutą dziecka z mutyzmem, musi zacząć terapię od obniżania napięcia, nawiązywania kontaktu z dzieckiem, budowania relacji. Nawiązanie dobrej relacji jest szczególnie ważne w pracy z osobami dotkniętymi mutyzmem – dziećmi lęklivymi, łatwo się zrażającymi.

Istotą pierwszego etapu terapii (i kolejnych) takiego dziecka jest obserwacja jego reakcji niewerbalnych, przy zachowaniu pewnego dystansu fizycznego. W kolejnych etapach następuje skracanie dystansu, nawiązanie kontaktu niewerbalnego, wyzwianie spontanicznych reakcji głosowych, realizowanie automatyzmów słownych, a w kolejnych etapach programowanie dowolnych wypowiedzi w rozmaitych sytuacjach komunikacyjnych [por. Herzyk, 1992; Panasiuk, 2015].

W literaturze logopedycznej i psychologicznej wymienia się dziewięć etapów pracy z dzieckiem z mutyzmem [na podstawie: Herzyk, 1992]:

1. **Bierna obserwacja kontaktu dziecka z matką.** Zwrócenie uwagi na to, czy i w jaki sposób dziecko wypełnia instrukcje werbalne (np. pokaż, narysuj, podaj itp.), jakie są jego reakcje niewerbalne (np. ruchy głową potwierdzające lub zaprzeczające, gesty).

2. **Skracanie dystansu fizycznego – rozmowy z matką przy dziecku, bez bezpośredniego zwracania się do dziecka.**

3. **Nawiązanie kontaktu niewerbalnego** (np. terapeuta podaje zabawkę, pomaga układać klocki); **stosowanie wobec dziecka pochwał bez wymagania odpowiedzi – matka nadal pełni wiodącą rolę w rozmowie.**

4. **Proszenie dziecka o niewerbalne odpowiedzi/reakcje** (np. podaj, połóż, pokaż) – **terapeuta zaczyna zastępować matkę w rozmowach z dzieckiem.**

5. **Wprowadzenie gestu potakującego lub zaprzeczającego głową – matka jest nadal blisko dziecka, ale już z nim nie rozmawia.**

6. **Terapeuta rozmawia z dzieckiem (werbalnie bądź niewerbalnie) – matka jest tylko biernym obserwatorem.** Spotkanie z dzieckiem rozpoczy-



na się od zabaw niewymagających wypowiedzi. Zajęcia są prowadzone tak, by dziecko nie musiało ciągle udzielać werbalnej odpowiedzi. Terapeuta komentuje czynności, które wykonuje dziecko, np. podczas rysowania. Zadaje pytania dziecku odnośnie do rysunku. Dziecko może podpisać jego elementy, a potem spróbować je przeczytać.

**7. Terapeuta rozmawia z dzieckiem (werbalnie) – matka znajduje się w dalszej odległości od dziecka.** Wprowadzanie przez terapeutę metod rozmawiających mówienie (np. wyliczanki, piosenki, liczenie przedmiotów, nazywanie dni tygodnia, miesięcy). Jeśli dziecko rozmawia z terapeutą, można wprowadzać ćwiczenia głosowe i fonacyjne (ćwiczenia w głośniejszym mówieniu).

**8. Terapeuta rozmawia z dzieckiem – matka znajduje się w sąsiednim pokoju lub na korytarzu** (najpierw przy otwartych drzwiach, potem przy zamkniętych). Na tym etapie można stosować zabawy słowne (zagadki, historyjki obrazkowe itp.).

**9. Wprowadzenie do pomieszczenia innej osoby, z którą dziecko nie rozmawia – terapeuta jest teraz w roli matki. Dalej stosuje się takie same etapy, jak na początku.**

Pracę terapeutyczną nad komunikacją z dzieckiem z mutyzmem zaczynamy od komunikacji niewerbalnej (mimika, gesty), przechodząc stopniowo do zabawy dźwiękami, potem szeptu i na końcu głośnych słów. Poniżej przedstawiamy przykładowe ćwiczenia służące terapii.

1. Propozycje ćwiczeń w okresie niewerbalnym:

– zaczynamy od tego, że dziecko przynosi nam na zajęcia coś na „start”, czyli rzeczy, które lubi, które chce nam pokazać, np. ulubioną zabawkę, książeczkę, zdjęcia itp.;

– zabawy manipulacyjne, np. z wykorzystaniem orgiami;

– zajęcia artystyczne – nacisk na ekspresję manualną, np. rysowanie, malowanie, kolorowanie, wyklejanie, lepienie z gliny, plasteliny, modeliny itp.;

– porozumiewanie się umówionym gestem, mimiką, pantomimą;

– robienie z dzieckiem przed lustrem śmiesznych min;

– zabawa w kalambury pantomimiczne – dziecko przedstawia kalambur, terapeuta odgaduje;

– zabawy wymagające manipulacji oddechem, niwelujące niepokój, np. zdmuchiwanie płomienia świecy, bańki mydlane, rozdmuchiwanie piórek (kto dalej przedmucha), zabawy dmuchającą, dmuchane obrazki (rozdmuchywanie tuszu lub farby na papierze);

– wprowadzanie łatwych układów choreograficznych;

– piosenki-pokazywanki: „Tu mam serce, tu mam głowę”, „Głowa, ramiona, kolana, pięty”;

– tworzenie z dzieckiem komiksów, np. gdy dziecko umie pisać, terapeuta rysuje siebie i zadaje dziecku pytania w chmurce, dziecko rysuje siebie i w chmurce odpowiada; gdy dziecko nie umie pisać, wówczas komiksy składają się z samych obrazków;



– dziecko tworzy album o sobie (zamieszcza w nim rysunki, zdjęcia, wkleja różne przedmioty): co lubi? gdzie mieszka? z kim mieszka? czym się interesuje? jakie ma ulubione zabawki? czy ma jakieś zwierzątko? co lubi jeść? z kim lubi się bawić? itd.;

– opowiadanie dziecku zabawnych zdarzeń, dowcipów;

– zadawanie pytań zamkniętych, na które dziecko może skinąć na „tak” lub kręcić głową na „nie” – zabawa „Zgadnij, o czym myślę”. Dziecko wybiera sobie jakąś rzecz w gabinecie, terapeuta musi odgadnąć, co to za rzecz, może zadać dziecku tylko pięć pytań zamkniętych;

– zachęcanie dziecka do uczestnictwa w grach, którym towarzyszy dużo hałasu.

Należy pamiętać, by na tym etapie ograniczyć kontakt wzrokowy na tyle, by dziecko mogło czuć się w naszej obecności komfortowo.

2. Propozycje ćwiczeń w okresie dźwięku:

– używanie instrumentów muzycznych w celu komunikacji, np. zabawa w orkiestrę z dyrygentem, zabawa w komunikację dźwiękową między instrumentami, naśladowanie mnie, a potem ja ciebie – terapeuta wygrywa rytm, dziecko powtarza, odgadywanie, na jakim instrumencie gra terapeuta, naśladowanie dźwięków instrumentów;

– zabawy słuchowe: puszczenie dziecku płyt z odgłosami zwierząt, zjawisk pogodowych, pojazdów, instrumentów muzycznych itp. Prosimy, by dziecko narysowało to, czego dźwięk słyszy, np. kota, gitarę, a następnie powtarzamy odgłosy narysowanych zwierząt, instrumentów itp.;

– zabawy uwzględniające wyrazy dźwiękonaśladowcze, tzw. onomatopeje oraz wymagające wydawania jakiegokolwiek dźwięku, np. zabawa w pomidora; zamiast słowa pomidor może być jakiś wyraz dźwiękonaśladowczy;

– formowanie zwierzątek z piasku terapeutycznego za pomocą foremek, wydawanie odgłosów tych zwierząt;

– nucenie piosenek, mrużanki;

– śpiewanie piosenek zawierających onomatopeje, np. „Kaczor Donald farmę miał”.

Zwracamy uwagę na rozwój zmysłów, aby rozbudzać w dziecku samoświadomość.

3. Propozycje ćwiczeń w okresie szeptu:

– zabawy wymagające mówienia szeptem, np. głuchy telefon; zgadnij, co powiedziałem – dziecko staje tyłem do terapeuty w odległości kilku kroków, mówi szeptem jakieś słowa, terapeuta odgaduje;

– śpiewanie piosenek szeptem;

– zadawanie pytań zamkniętych, na które dziecko może szeptem odpowiedzieć „tak” lub „nie”; zob. zabawa wyżej;

– próby porozumiewania się szeptem.

4. Propozycje ćwiczeń w okresie głośnej mowy:

- zabawy ze śpiewem; śpiewanie piosenek z zaangażowaniem różnych emocji: wesoło, smutno, groźnie lub cicho, głośno;
- odgrywanie scenek dramatycznych z udziałem kukiełek, którym dziecko użycza swego głosu;
- odgrywanie scenek dramatycznych w maskach, w przebraniu – zabawy te dadzą możliwość odgrywania ról;
- rozmowa, np. z mamą przez telefon w obecności terapeuty;
- organizowanie głośnych zabaw werbalno-ruchowych, np. stary niedźwiedź mocno śpi;
- mówienie do zabawek (papuga, mikrofon), które powtarzają to, co mówimy;
- rozmowa przez zamknięte drzwi;
- dziecko jest robotem, ma na głowie pudełko z otworem na oczy i buzię i coś do nas mówi;
- rozmowa śmiesznym językiem z wykorzystaniem grup spółgłoskowych *pta, pto, ptu, bda, bdo, bde*; mówienie ustalonym wcześniej szyfrem;
- zakładanie dziecku „specjalnego kapelusza do mówienia”;
- podanie dziecku „czarodziejskiego berła”, aby nie bało się mówić;
- mówienie po zażyciu helu z balonika;
- zabawy z użyciem przewidywalnego języka, np. prostych rymowanek;
- zadawanie pytań zamkniętych, aby dziecko mogło odpowiedzieć „tak” lub „nie”; zob. zabawa wyżej;
- zabawa w łańcuch skojarzeń;
- wymyślanie, co by było, gdyby...;
- stworzenie razem z dzieckiem listy słów, które będzie ono wypowiadało na głos – mogą to być słowa grzecznościowe, typu „proszę”, „dziękuję”, „przepraszam”, „dzień dobry”, „do widzenia”.

Oprócz przedstawionych wyżej ćwiczeń logopedzi mogą w terapii dzieci z mutyzmem korzystać z elementów metod i technik pedagogicznych, takich jak:

1. Gry i zabawy interakcyjne (programy Klausa Vopela).
2. Metody pracy poprzez ruch: Metoda Ruchu Rozwijającego Weroniki Sherborne; Program IV Aktywności Marianny i Christopha Knillów; „Rytm – gimnastyka z muzyką” Reginy Przyborowskiej-Wynimko.
3. Metody budowania podmiotowości według Hanny Olechnowicz: Metoda Medali; Metoda Cofniętego Zegara; Gniazdowanie; Królowanie.
4. Muzyka, piosenka, taniec.
5. Bajki terapeutyczne, metafory.
6. Drama i zabawy parateatralne.
7. Arteterapia, np. za pomocą sztuk plastycznych:
  - techniki malarskie: malowanie dziesięcioma palcami, mokre w mokrym, farbą klejową, na szkle, szklanymi kulkami, widelcem, mokrą bibułą i mokrą krepiną, balonami, herbatą;

– techniki rysunkowe: rysowanie ołówkiem, kredkami, węglem, mazakami, kredą;

– techniki graficzne: odbijanie tiulu, gazy, folii bębnekowej, gąbki, stempłowanie: korkiem, warzywami, owocami, palcami, dłońmi, liśćmi;

– inne techniki: rzeźbiarskie – glina, mydło, technika natryskowa, modelowanie – plastelina, modelina, ciastolina, masa solna, masa papierowa, collage przestrzenny, wycinanki, wydzieranki, orgiami, rozdmuchiwanie tuszu, plamy atramentowe, frottage [por. Miękina-Pindur, Bala, 2017].

Pamiętamy o tym, że wszystkie ćwiczenia muszą być dostosowane do wieku i możliwości dziecka. Wszystkie pożądane zachowania dziecka wzmacniamy. Wzmocnienia zachowań powinny mieć charakter społeczny, a nie materialny. Mogą to być np. naklejki, zagranie z dzieckiem w jego ulubioną grę itp.

## **Relaksacja**

Ze względu na silne napięcie towarzyszące mutyzmowi, istotnym elementem terapii powinna być relaksacja, która może przyjmować różne formy, np. od treningów oddechowych, po autogenne. Może się okazać, że wykonywanie instrukcji wprowadzających w stan relaksu jest dla dziecka w wieku od 4 do 10 lat zbyt trudne. Znacznie korzystniejsze wydaje się wówczas konstruowanie bajek wizualizacyjnych. W trakcie wizualizacji dziecko z mutyzmem wybiórczym obserwuje przygody bohatera, który może mieć podobne trudności jak ono, uczy się jednak, jak może sobie z nimi poradzić [zob. Urbaniuk, 2008].

## **Rola rodziców i nauczycieli w terapii**

Terapia mutyzmu wymaga kompleksowego podejścia i wspierania wszystkich uczestników komunikacji. Szczególnie stosunek rodziców dziecka z mutyzmem do terapii w bardzo dużym stopniu determinuje jej sukces bądź porażkę. Konieczna jest motywacja rodziców do udziału w psychoterapii wspartej wcześniejszą psychoedukacją.

Wszystkie oddziaływania terapeutyczne muszą przebiegać w ścisłej współpracy z rodzicami i nauczycielami dziecka.

## **Podsumowanie terapii**

Mutyzm wybiórczy nie wycofuje się samoistnie i należy jak najszybciej zapewnić dziecku i jego rodzinie pomoc terapeutyczną.

W aspekcie terapeutycznym postępowania z dziećmi cierpiącymi na mutyzm najważniejsze jest zwiększenie ich poczucia własnej wartości, m.in. poprzez próbę pokonania ich lęku przed kontaktem werbalnym lub lęku o innym

podłożu, który ten kontakt werbalny utrudnia. Stopniowe postępy dziecka, wcześniej często nagradzane, powinny zmierzać do uzyskania spontanicznych wypowiedzi, podtrzymania mówienia, kiedy nie będzie już ono nagradzane. Osiągnięcie tego rezultatu wymaga jednak terapii długoterminowej [Warchał, Warchał, 2012].

Ważne jest: prowadzenie systematycznej obserwacji dziecka w czasie terapii, zabaw w grupie rówieśniczej, stosowanie środków wzmocnienia pozytywnego (docenianie, gratyfikacja), rozwijanie funkcji percepcyjno-motorycznych, uaktywnianie dziecka w grach i zabawach zespołowych, stymulowanie jego rozwoju emocjonalno-społecznego, stworzenie atmosfery, w której dziecko poczuje się w pełni akceptowane, nawet jeśli nie podejmie komunikacji werbalnej.

Czynnikami hamującymi proces terapeutyczny są: nakłanianie do mówienia, okazywanie niezadowolenia czy rozczarowania, stawianie przed dzieckiem zbyt dużych wyzwań, porównywanie z innymi dziećmi, przywiązywanie zbyt dużej uwagi do tematu niemówienia czy wymuszanie kontaktu wzrokowego [Ołdakowska-Żyłka, 2015a].

## Podsumowanie

W pracy terapeutycznej z dzieckiem z mutyzmem wybiórczym nie ma jednej strategii terapeutycznej, nie ma jednego zalecanego schematu postępowania, które byłyby panaceum na wszystkie przeżywane przez nie trudności, zwłaszcza jeśli weźmiemy pod uwagę specyfikę problemu czy jego wieloczynnikową etiologię.

Skuteczność terapii mutyzmu mierzy się m.in. rzetelną diagnozą, współpracą specjalistów i rodziny pacjenta, a także szkoły oraz właściwym doбором technik terapeutycznych.

Bardzo ważne jest dostrzeżenie, że obok postępowania terapeutycznego i wychowawczego, na drugim biegunie terapii znajduje się postępowanie programowane przez samo dziecko, tzw. autoterapia, do której musi się dostosować terapeuta, tworząc i realizując program działania [Olechnowicz, 2000].

Podstawowym celem wspólnych działań terapeutycznych powinien być powrót pacjenta do komunikacji z otoczeniem, umożliwiającej jednocześnie nabywanie kompetencji społecznych [por. Urbaniuk, 2008; Warchał, Warchał, 2012].

---

## Bibliografia

Araska-Karyłowska Barbara, Bar-Tal Yoram, 2012, *Mutyzm selektywny – alternatywna konceptualizacja i wynikające z niej podejście terapeutyczne* (poster), Warszawa.

- Bergman Lindsey R., Piacentini John C., James McCracken, 2002, *Prevalence and description of selective mutism in a school based sample*, „Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry”, 41, s. 938–946.
- Bryńska Anita, 2005, *Zaburzenia lękowe i zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne*, w: Tomasz Wołańczyk, Jadwiga Komender (red.), *Zaburzenia emocjonalne i behawioralne u dzieci*, Warszawa, s. 147–173.
- Bystrzanowska Maria, 2017, *Mutyzm wybiórczy. Poradnik dla rodziców, nauczycieli i specjalistów*, Kraków.
- Herzyk Anna, 1992, *Afazja i mutyzm dziecięcy. Wybrane zagadnienia diagnozy i terapii*, Lublin.
- Janik Izabela, 2012, *Mutyzm dziecięcy*, w: Joanna Skibska, Dawid Larysz (red.), *Neurologopedia w teorii i praktyce. Wybrane zagadnienia diagnozy i terapii dziecka*, Bielsko-Biała, s. 79–94.
- Miękina-Pindur Jadwiga, Bala Joanna, 2017, *Kto zrozumie Maciupka?*, w: Joanna Bala, Monika Cabała, Klaudia Giese-Szczap, Aneta Kiepiela-Koperek, Jadwiga Miękina-Pindur, Iwona Młynarska, Alicja Pilch, Sylwia Szczeńśniak, Katarzyna Szyszka, *Mutyzm wybiórczy w praktyce terapeutycznej*, Kraków, s. 53–74.
- Minczakiewicz Elżbieta, 1997, *Mowa – rozwój – zaburzenia – terapia*, Kraków.
- Olechnowicz Hanna, 2000, *Drugie opowieści terapeutów*, Warszawa.
- Oldakowska-Żyłka Barbara, 2015a, *Między ciszą a słowem*, „Forum Logopedy”, 7, s. 58–61.
- Oldakowska-Żyłka Barbara, 2015b, *Mutyzm wybiórczy w Polsce i na świecie*, „Forum Logopedy”, 9, s. 61–64.
- Pałac-Nożewska Alicja, 2015, *Zasady pracy z dzieckiem z mutyzmem selektywnym*, „Forum Logopedy”, 9, s. 31.
- Panasiuk Jolanta, 2015, *Mózgowe mechanizmy wydobywania głosu a neurobiologiczne przyczyny mutyzmu*, w: *Materiały z konferencji „Od ciszy do słowa – kompleksowe wsparcie osób z mutyzmem wybiórczym ORE”*, Warszawa.
- Tarkowski Zbigniew (red.), 2017, *Patologia mowy*, Gdańsk.
- Radomska Anna, Jankowska Anita, 2000, *W fortocy milczenia*, „Charaktery”, 4, s. 20–21.
- Skoczek Anna, 2013, *Milczące dzieci – zaburzone interakcje w mutyzmie*, w: Mirosław Michalik, Anna Siudak, Halina Pawłowska-Jaroń (red.), *Interakcyjne uwarunkowania rozwoju i zaburzeń mowy*, Kraków, s. 149–165.
- Skoczek Anna, 2015, *Mutyzm. Zagadnienia teorii i praktyki*, Kraków.
- Skoczek Anna, 2017, *Przyczynek w sprawie etiologii mutyzmu*, „Neurolingwistyka Praktyczna”, 3, s. 31–46.
- Urbaniuk Julita, 2008, *Dziecko z mutyzmem wybiórczym*, w: Beata Cytowska, Barbara Winczura, Andrzej Stawarski (red.), *Dzieci chore, niepełnosprawne i z utrudnieniami w rozwoju*, Kraków, s. 455–470.
- Warchał Agnieszka, Warchał Mateusz, 2012, *Współwystępowanie mutyzmu wybiórczego w zaburzeniach nerwicowych*, w: Joanna Sibbska, Dawid Larysz (red.), *Neurologopedia w teorii i praktyce. Wybrane zagadnienia diagnozy i terapii dziecka*, Bielsko-Biała, s. 95–106.

## **Summary**

The need to communicate with others is one of the most important mental needs of people. Children with selective mutism want to communicate with others but they are unable to do it. Selective mutism is the condition that does not disappear spontaneously, therefore it is necessary to provide children and their families with the therapeutic treatment as early as possible. The most important thing to do is to increase self-confidence of children, among others by trying to help them overcome their fear of verbal contact or any other anxiety that makes that contact difficult. There is no single therapeutic strategy or procedure in the treatment of children with selective mutism because of the specificity of this condition and its complex etiology.





Justyna Sochacka

Uniwersytet Łódzki\*

## **MOWA W ZANIKU WIELOUKŁADOWYM – PROBLEM DIAGNOZY LOGOPEDYCZNEJ. STUDIUM PRZYPADKU**

---

THE SPEECH IN MULTIPLE SYSTEM ATROPHY  
– ISSUE OF LANGUAGE DISORDERS DIAGNOSIS. CASE STUDY

**Słowa kluczowe:** mowa, zanik wieloukładowy, diagnoza logopedyczna, dyszartria.  
**Keywords:** speech, multiple system atrophy, diagnosis of speech defects, dysarthria.

### **Wprowadzenie**

Tytuł artykułu rozumiany jest w niniejszych rozważaniach dwutorowo. Z jednej strony określenie *problem* odnoszące się do diagnozy logopedycznej w przypadku wspomnianego zaburzenia neurologicznego oznacza zagadnienie, które wymaga zbadania, przemyślenia i rozstrzygnięcia. Z drugiej zaś to słowo podkreśla trudną sytuację, w której znalazł się logopeda diagnozujący funkcjonowanie językowe pacjenta chorującego na zanik wieloukładowy. Jest to bowiem zespół chorobowy o niejednorodnym charakterze, nieznannej etiologii, niedostatecznie opisany i rzadko występujący – dotyka średnio 5 na 100 000 osób [Bartoszek, 2016]. Celem artykułu jest przede wszystkim opisanie poszczególnych kroków służących zdiagnozowaniu zaburzeń mowy u pacjentki chorej na zanik wieloukładowy i nakreślenie złożonych zależności między funkcjonowaniem ośrodkowego układu nerwowego a użyciem języka. Rozważania mają również na celu przedstawienie podłoża procesów mowy w patologii, jaką jest rzadki neurologiczny zespół chorobowy, poprzez odniesienie do mowy w normie. Nie można pominąć pewnych zagadnień teoretycznych, definicyjnych opartych na wynikach badań specjalistów: logopedów, foniatorów, neurologów, otolaryngologów, wypracowanych na przestrzeni setek lat.

---

\* Wydział Filologiczny, Instytut Filologii Polskiej i Logopedii, Zakład Lingwistyki Stosowanej i Kulturowej, ul. Pomorska 171/173, 90-236 Łódź, justine.so@vp.pl

## Zanik wieloukładowy – rozważania teoretyczne

Zanik wieloukładowy (łac. *atrophia olivo-ponto-cerebellaris, degeneratio nigrostriatalis*; ang. *multiple system atrophy*) to przewlekła, postępująca choroba zwyrodnieniowa układu nerwowego, objawiająca się parkinsonizmem, zaburzeniami funkcji autonomicznych, ataksją mózdkową i zespołem piramidowym. Objawy tej choroby mogą występować w różnych kombinacjach i tworzyć zróżnicowane kliniczne postaci choroby: parkinsonowską, mózdkową, autonomiczną. Występowanie zaniku wieloukładowego wiąże się z wydzielaniem  $\alpha$ -synukleiny, czyli białka odpowiedzialnego za procesy neurodegeneracyjne struktur nerwowych [Rudzińska, Szczudlik, 2009]. Wykazano, że jest ono gromadzone m.in. w przebiegu choroby Parkinsona, Alzheimer'a i choroby otępiennej z ciałami Lewy'ego. Etiologia zaniku wieloukładowego nie jest znana, wiadomo jedynie, że obraz histopatologiczny wskazuje na zanik neuronów i rozplem gleju w różnych obszarach mózgu (w prążkowiu, istocie czarnej, oliwkach, moście, mózdku i substancji pośrednio-bocznej rdzenia kręgowego). Leczenie zaburzenia jest objawowe i obejmuje m.in. rehabilitację – gimnastykę leczniczą, ćwiczenia logopedyczne, leczenie zespołu parkinsonowskiego, leczenie zaburzeń oddawania moczu oraz wsparcie psychologiczne chorego i rodziny<sup>1</sup> [Fischer, 2012]. Miejsce zaniku wieloukładowego wśród innych chorób przedstawia klasyfikacja zaburzeń układu pozapiramidowego.

Zaburzenia hipokinetyczne:

1. Parkinsonizm pierwotny, np. choroba Parkinsona.
2. Parkinsonizm towarzyszący innym zaburzeniom („parkinsonizm plus”).
  - postępujące porażenie nadjądrowe;
  - zespoły otępienne – choroba Alzheimera, otępienie z ciałami Lewy'ego;
  - zanik wieloukładowy;
  - zwyrodnienie korowo-podstawne;
3. Parkinsonizm wtórny, np. w przebiegu guza mózgu, pozapalny, poudarowy.
4. W przebiegu dziedzicznych chorób zwyrodnieniowych OUN [Fischer, 2012].

## Zaburzenia mowy związane z uszkodzeniem mózdku

Lekarze zdiagnozowali u pacjentki, której przypadek jest przedmiotem artykułu, postać mózdkową zaniku wieloukładowego. Mózdzek, czyli część mózgowia położona w dole tylnym czaszki, składająca się z dwóch półkul i robaka, która jest odpowiedzialna za zapewnienie odpowiedniej koordynacji ruchowej, kontrolowanie napięcia mięśniowego, utrzymywanie równowagi i odpowiedniej postawy ciała, odgrywa też ważną rolę w wytwarzaniu mowy [Prusiński, 1974].

---

<sup>1</sup> Więcej o zaniku wieloukładowym – patrz: Lehmann-Horn, Ludolph [2004, s. 138–139]; Kuran [2002, s. 38]; Adamkiewicz i in. [2010, s. 85].

Wiadomo, że jego zaburzenia można wiązać m.in. z występowaniem mowy skandowanej. Wynika ona z braku koordynacji mięśni aparatu mowy i przejawia się brakiem płynności; dzieleniem słów na sylaby i wypowiedzaniem ich oddzielnie (jakby na osobnym wydechu); tendencją do zacinania się (zwykle w wygłosie wyrazu); spowolnieniem mowy. O mowie mózdkowej mówi się, że jest to mowa głośna i bez modulacji [Ziaja, 2015].

Istnieją typologie dyzartrii, opisujące zaburzenia związane z uszkodzeniem mózdku. Jedną z nich jest lokalizacyjna klasyfikacja Pruszewicza, który wyróżnia dyzartrię mózdkową (inaczej ataktyczną) i definiuje ją jako zaburzenie polegające na asynergii mowy (dyskoordynacji ruchów narządów mowy) lub występowaniu mowy skandowanej [Mirecka, 2015].

W klasyfikacji Darleya przeczytać można o dyzartrii ataktycznej, która jest spowodowana uszkodzeniem mózdku i/lub jego połączeń. Charakterystyczna jest tutaj dyskoordynacja oraz niezborność ruchowa (ataksja). Nieprawidłowości w dyzartrii ataktycznej dotyczą przede wszystkim zakresu, tempa, kierunku i koordynacji ruchów. To pociąga za sobą niewydolność fonacyjną, która objawia się monotonią w zakresie głośności, chrapliwym głosem, załamaniem wysokości głosu oraz jego niestabilnym natężeniem. Wynikiem dyskoordynacji oraz ataksji najczęściej jest także niedokładna artykulacja, polegająca na niekonsekwentnej, nieprecyzyjnej wymowie spółgłosek i równie niekonsekwentnym zniekształcaniu samogłosek. W dyzartrii ataktycznej zaburzona jest również prozodia wypowiedzi. Występuje nadmierne lub zredukowane akcentowanie, monotonna intonacja, przeciąganie głosek, obecne są także wydłużone pauzy, wolne tempo mówienia oraz mowa skandowana [Mirecka, 2015]. Badania Zbigniewa Tarkowskiego dotyczące diagnozy różnicowej dyzartrii i afazji (por. tabela 1.) pozwoliły wykluczyć we wstępnym rozpoznaniu zaburzenia mowy afazję (choć i afazja, i dyzartria należą do motorycznych zaburzeń mowy i są skutkiem pewnych uszkodzeń mózgu).

Tabela 1. Diagnoza różnicowa afazji i dysartrii

Kryteria różnicowania	Afazja	Dysartria
Miejsce uszkodzenia	struktury korowe	struktury podkorowe
Dysfunkcja	programowanie wypowiedzi słownych	wykonanie wypowiedzi słownych
Istota	zaburzenie języka	zaburzenie oddechu, fonacji i artykulacji
Patomechanizm	apraksja kinetyczna lub kinestetyczna	spastyczność, atetoza lub ataksja
Pisanie	zaburzone	prawidłowe

## Diagnoza logopedyczna

Hipotezy postawione w wyniku łączenia zaburzeń mózdzku z występowaniem określonego rodzaju dyzartrii należało zweryfikować w postępowaniu diagnostycznym. Wiadomo, że podczas każdej diagnozy logopedycznej wymagana jest wysoka kompetencja logopedy, która pozwala zauważyć i opisać występujące problemy, odróżnić je od specyfiki innych zaburzeń mowy, odnaleźć związki przyczynowo-skutkowe między schorzeniami neurologicznymi a mową pacjenta. Coraz częściej we współczesnej myśli logopedycznej podkreśla się holistyczne podejście do chorego. Logopeda powinien więc skupić się na diagnozie pacjenta z zaburzeniem mowy, nie zaś na diagnozie tego zaburzenia [Jauer-Niworowska, 2012].

Diagnoza logopedyczna w przypadku chorej z zespołem wieloukładowym z postacią mózdkową sprowadzała się do kilku kroków: określenia rodzaju i stopnia zaburzeń mowy (potwierdzenia lub wykluczenia występowania dyzartrii), opisanie jakości funkcjonowania aparatów: oddechowego, fonacyjnego i artykulacyjnego oraz dokonania oceny poziomu sprawności artykulacyjnej.

Za podstawę badania logopedycznego uznano schemat diagnozy logopedycznej przedstawiony przez Grażynę Jastrzębowską i Olgę Pelc-Pękałą [2003]. Na podstawie badań Izabeli Gatkowskiej został jednak nieco zmodyfikowany, dostosowany do indywidualnego przypadku pacjentki i przyjął następujący kształt:

- I. Określenie problemu
  1. Badania specjalistyczne
  2. Badania wstępne:
    - wywiad;
    - obserwacja;
    - orientacyjne badanie mowy.
- II. Sformułowanie hipotez.
  1. Badania podstawowe:
    - badanie prób ruchowych (w tym ocena siły mięśni artykulatorów);
    - badanie cech prozodycznych mowy;
    - badanie możliwości oddechowo-fonacyjnych;
    - badanie pamięci słuchowej;
    - badanie pisma.
  2. Badania uzupełniające:
    - badanie fluencji słownej;
    - badanie rozumienia powiedzeń;
    - kategoryzacja.
  3. Weryfikacja hipotez [Jastrzębowska, Pelc-Pękała, 2003].

## **Określenie problemu**

Istotą tego etapu było określenie, na czym polega problem pacjentki i stwierdzenie, czy występujące u niej trudności mają charakter zaburzeń dyzartrycznych. W tym celu dokonano analizy badań specjalistycznych (dysponowano badaniami neurologicznymi) oraz przeprowadzono badania wstępne (wywiad, obserwacja, wstępne badanie mowy).

### **Badania specjalistyczne (dane kliniczne)**

Pacjentka w chwili przeprowadzania badania miała 88 lat. Pierwsze rozpoznanie jej choroby pochodziło z 2011 roku i mówiło o zespole mózdkowym w przebiegu zaniku mostowo-mózdkowo-oliwkowego. Chora została wówczas hospitalizowana ze względu na zawroty głowy i zaburzenia równowagi. Wykonano badania, które ujawniły zaburzone próby zbornościowe, chód mózdkowy, dodatnią próbę Romberga. W badaniu neurologicznym stwierdzono obustronny zespół mózdkowy.

Kolejne rozpoznanie, pochodzące z 2014 roku, stwierdzało występowanie przewlekłych ognisk naczyniopochodnych w istocie białej półkul mózgu i biegunie lewego płata skroniowego. Wykryto również cechy zaniku pnia mózgu (śródmózgowie, most i rdzeń przedłużony) oraz mózdku. Stwierdzono, że obraz MR sugeruje MSA (zanik wieloukładowy).

Żadna z dokumentacji medycznych nie wskazywała na występowanie u pacjentki objawów parkinsonowskich, choć te dało się zauważyć podczas pierwszego kontaktu: drżenie kończyn, spowolnienie ruchowe (bradykineza), zaburzenia postawy ciała (sztywny tułów, nieco pochylony do przodu), zaburzenia chodu (drobne kroki, szuranie stopami po podłożu), zjawisko przymrożenia (chory, idąc dość sprawnie, stawiając jeden krok za drugim, nagle zatrzymuje się, drepcze w miejscu i nie może kontynuować ruchu).

Należy podkreślić, że zanik wieloukładowy charakteryzuje się zmiennym obrazem w zależności od czasu trwania i stadium choroby. Możliwe, że stan pacjentki zmienił się od chwili ostatniego badania lekarskiego do momentu przeprowadzania badania logopedycznego (minęły wówczas dwa lata).

### **Badania wstępne (wywiad, obserwacja, orientacyjne badanie mowy)**

Do badań wstępnych należały: wywiad, obserwacja oraz orientacyjne badanie mowy. Wywiad logopedyczny miał na celu zdobycie informacji na temat obecnego stanu zdrowia pacjentki, a także początku i rozwoju choroby. Był ob-

razem samoświadomości chorej – tego, jak postrzega swoje trudności, w jaki sposób odczuwa występowanie niektórych zaburzeń. Został przeprowadzony za pomocą *Karty wywiadu logopedycznego dla chorego z nabytymi zaburzeniami dyzartrycznymi* autorstwa Olgi Jauer-Niworowskiej [2009]. Opisywał takie elementy, jak: dane personalne chorego; dane dotyczące obecnego stanu zdrowia, przebiegu i objawów klinicznych choroby w okresie poprzedzającym badanie i obecnie; dane dotyczące umiejętności związanych z przyjmowaniem pokarmów; dane dotyczące możliwości motorycznych języka i warg, dane dotyczące możliwości oddechowo-fonacyjnych w okresie poprzedzającym badanie i obecnie; dane dotyczące mowy.

Najważniejsze zebrane dane, odnoszące się do mowy pacjentki przedstawiono punktowo. Były to:

- szybka męczliwość języka i warg;
- trudności z wydobywaniem i użyciem głosu;
- chrypka;
- zatrzymywanie się w czasie mówienia, jąkanie („muszę tak to sobie wewnętrznie najpierw powiedzieć, a potem otworzyć gębę”; „muszę się zastanowić, co mam powiedzieć, jeżeli wiem, to gładko mi idzie”<sup>2</sup>);
- niemożność powtórzenia melodii, śpiewania („nie potrafię zaśpiewać, śpiewam fałszywie”);
- obniżenie się głosu i jego ciche brzmienie;
- trudności z wyraźnym wymawianiem słów;
- zmęczenie w czasie mówienia;
- stopniowo cichnący głos;
- trudności ze zmianą tempa mówienia.

Podczas obserwacji oceniono możliwość nawiązania kontaktu z chorą, sprawdzono, że wchodzi w kontakt komunikacyjny. Zwrócono uwagę na jej ogólną sprawność ruchową (trudności z chodzeniem, chód na szerokiej podstawie, szuranie nogami, kłopoty z podniesieniem rąk do góry, pochylona postawa ciała), zaburzenia napięcia mięśniowego (wzmoczone napięcie mięśniowe), wygląd twarzy (twarz maskowata).

Orientacyjne badanie mowy polegało na rozmowie z badaną i miało pokazać, jak wygląda ogólny obraz jej funkcjonowania językowego. Ujawniło znaczne rozbieżności pomiędzy samooceną pacjentki a rzeczywistym stanem jej mowy. Dane, których pacjentka nie przekazała w wywiadzie, to:

- problemy z oddychaniem: oddech jest płytki, niemiarowy, nieskoordynowany z mówieniem; mówienie resztkami powietrza;
- zaburzenia prozodyczne – mówienie raz wolniej, raz szybciej, niezależnie od woli.

---

<sup>2</sup> W nawiasie przytoczono słowa pacjentki.

## Badania podstawowe

Do badań podstawowych zaliczono próby diagnostyczne wymienione przez Izabelę Gatkowską w arkuszu do diagnozy dyzartrii *Ocena Stanu Dyzartrii (OSD)* [Gatkowska, 2012]. Rodzaj przeprowadzonych prób, sposób ich wykonania oraz ocenę, a także uwagi dodatkowe przedstawiono w tabeli 2.

Tabela 2. Ocena stanu dyzartrii – próby diagnostyczne

Zadanie	Ocena	Wykonanie	Uwagi
<b>1. MOTORYKA</b> (mała) <b>Język</b> wysuwanie języka na brodę, a następnie unoszenie do górnej wargi;	-/+	język usztywniony; na zewnątrz jamy ustnej gorsza ruchomość języka do góry niż na dół	drżenie
wysuwanie języka na brodę: język wąski i szeroki;	-/+	ograniczone ruchy języka; język szeroki – dość dobrze, wąski – źle	drżenie
oblizywanie językiem warg – język wykonuje obszerne ruchy okrężne po czerwieni warg;	-/+	ograniczony zasięg ruchów języka	drżenie
wypychanie językiem policzków;	-/+	ograniczone ruchy języka	drżenie
dotykanie czubkiem języka każdego górnego i dolnego zęba (lub miejsca po nim);	+/-	ruchy języka góra-dół wewnątrz jamy ustnej względnie zachowane	drżenie
kląskanie, czyli „konik”.	+	względnie prawidłowe	X
<b>Wargi</b> ściągnięcie warg i cmokanie;	+/-	ściągnięcie warg nieprecyzyjne, cmokanie słabo słyszalne	drżenie
ściągnięcie i rozciągnięcie warg w uśmiechu (wargi razem);	+/-	ściągnięcie warg nieprecyzyjne; jedna strona ciała jest lepsza	drżenie
zaciśnięcie warg (szpatułka)	+	wargi sztywne, zaciśnięte	X
szybkie dotykanie na przemian górną wargą dolnych zębów i dolną wargą górnych zębów.	+/-	wolne tempo ruchów	X
<b>Żuchwa</b> otwieranie i zamykanie ust wraz z opuszczeniem szczęki dolnej;	+	prawidłowe	X



Tabela 2. cd.

Zadanie	Ocena	Wykonanie	Uwagi
przesuwanie zuchwy w prawo i w lewo.	+/-	jedna strona ciała jest lepsza; ruchy bardziej precyzyjne	X
<b>2. ODDECH I FONACJA</b> liczenie na głos na jednym oddechu;	-/+	krótka fonacja (liczenie do 11), brak wyrazistości mowy, występowanie pauz, mówienie resztkami powietrza; próba mówienia na wdechu	drżenie głosu
mówienie ssss na jednym oddechu;	-/+	krótka fonacja (około 7 sek.), mówienie resztkami powietrza, obecny nacisk języka na zęby	drżenie
mówienie s-s-s-s;	-/+	obecny nacisk na dolne zęby, ale nieprawidłowa gospodarka powietrzem; nierówne pauzy	X
realizacja l;	+	zachowana pionizacja języka	X
realizacja r;	-	ograniczona sprawność języka, brak wibracji	X
realizacja k, g;	-/+	cofnięcie masy języka, ale realizacja jako ky, gy – osłabione zwarcie mięśni polykania	X
realizacja h;	+	cofnięcie masy języka, nie sły-chać towarzyszącej głoski	X
realizacja m (nosowość) v. b.	+	prawidłowa realizacja, brak zbliżenia artykulacyjnego tych głosek; brak mowy nosowej	X
<b>3. NOSOWOŚĆ</b> realizacja aaaa, jak najdłużej na jednym oddechu.	-/+	brak pary na lusterku; krótka fonacja (ok. 6 sek.), trudności ze skoordynowaniem oddechu i fonacji	głos cichy; nikiący z przerwami w fonacji
<b>4. CZYTANIE</b> zdanie oznajmujące; zdanie pytające.	-/+	brak wyrazistości mowy; na przemian powolne lub przyspieszone tempo mowy; zniesione: akcent i intonacja	głos cichy, matowy
<b>5. PYTANIE</b> (zadane przez badanego)	+/-	pytanie skonstruowane zgodnie z regułami składni, sensowne, ale powolne lub zbyt szybkie tempo mowy, ujednolicona intonacja, brak wyrazistości	głos cichy, nikiący

Zadanie	Ocena	Wykonanie	Uwagi
<b>6. POWTARZANIE</b> długiego zdania, np. <i>Kraków jest pięknym miastem, pełno w nim zabytków, świadków historii Polski.</i>	+	zbyt szybkie tempo mowy, mówienie resztkami powietrza; bardzo dobra pamięć słowna	głos cichy, nienakładny
<b>7. PISMO</b> samodzielne; przepisywane.	-/+	niska jakość graficzna pisma; pismo nieczytelne; pisanie z dużym trudem; szybka męczliwość ręki uniemożliwiająca pisanie; pismo przepisywane trochę bardziej wyraźne niż samodzielne; w piśmie wyraźne drżenie ręki	drżenie

-/+ oznacza trudność w wykonaniu zadania, + poprawne wykonanie zadania, – niewykonanie zadania, zaś +/- wykonanie zadania z potknięciem.

Źródło: opracowanie własne na podstawie schematu I. Gatkowskiej [2012].

## Badania uzupełniające

Za badania uzupełniające uznano, za Izabelą Gatkowską w jej *Ocenie Stanu Dyzartrii*: badanie fluencji słownej (literowej i kategoryalnej), badanie rozumienia powiedzeń, badanie kategoryzacji (por. tabela 3.). Próby te nie były konieczne, ale w przypadku pacjentki potrzebne. Pozwoliły uzyskać więcej informacji na temat jej funkcjonowania poznawczego. Podeszły wiek chorej oraz zaawansowane stadium choroby mogły spowodować zmiany charakterystyczne dla demencji bądź afazji.

Tabela 3. Ocena stanu dyzartrii – próby dodatkowe

Zadanie	Ocena	Wykonanie	Uwagi
<b>8. PRÓBY DODATKOWE:</b> Fluencja słowna: literowa kategoryalna.	+/-  +/-	fluencja literowa: <i>kot, krok, krowa, kurczę, kangur, kłopot, kino, karaluch, kiosk, krew, koń, kuropatwa, kasa, kosa, kwiat, kapusta, koło</i> (17 przykładów); fluencja kategoryalna: <i>kot, krowa, lis, wilk, dzik, żubr, koń, kuropatwa, rekin, słoń, małpa, pies</i> (12 przykładów).	badana wymienia obiekty od <i>k</i> ;  badana wymienia obiekty należące do kategorii <i>zwierzęta</i>

Tabela 3. cd.

Zadanie	Ocena	Wykonanie	Uwagi
Rozumienie powieści	+	Funkcjonuje myślenie abstrakcyjne. <i>Gdzie diabeł nie może, tam babę pośle</i> – „że się kobiecie wszystko udaje załatwić”; <i>Niedaleko pada jabłko od jabłoni</i> – „że dzieci jakieś cechy przejmują od rodziców”; <i>Dzieci i ryby głosu nie mają</i> – „lekceważy się głos dziecka, chociaż nieraz mają rację dzieci”.	badana bardzo dobrze rozumie powieści i definiuje je
Kategoryzacja	+	<i>pies</i> – „zwierzę” <i>zwierzę</i> – „jammnik, wilczur, pudel”	badana podaje wyrazy z poziomu nadrzędnego i podrzędnego

Źródło: opracowanie własne na podstawie schematu I. Gatkowskiej [2012].

## Weryfikacja hipotez

Przeprowadzone postępowanie diagnostyczne pozwoliło na weryfikację hipotez. W mowie pacjentki występowały cechy właściwe dyzartrii ataktycznej, jak: monotonia głosu, załamania wysokości głosu, niestabilne napięcie, przeciąganie głosek, przedłużane pauzy, mowa skandowana. Większość objawów przypominała jednak dyzartrię hipokinetyczną z klasyfikacji Darleya, właściwą chorym z parkinsonizmem. Należały tutaj takie cechy mowy, jak: monotonia wysokości i napięcia głosu, głos chrapliwy, drżący, z przydechem, skrócona fonacja, osłabienie akcentu, prozodii emocjonalnej, zmiany tempa mówienia, krótkie, przyspieszane frazy, problemy z rozpoczynaniem mówienia oraz nieoczekiwane zamknięcia [Mirecka, 2015]. Można więc mówić o dyzartrii mieszanej.

Badania uzupełniające wykluczyły występowanie afazji czy procesu demenetywnego. Chora wypadła w nich dobrze, co świadczy o jej prawidłowo funkcjonujących procesach poznawczych. Na tym etapie należało ustalić program terapii logopedycznej, rozpocząć terapię i obserwować pracę pacjenta.

## Zakończenie

Coraz częściej we współczesnej myśli logopedycznej podkreśla się holistyczne podejście do pacjenta nie tylko w procesie diagnostycznym. Z tego względu starano się, zgodnie z postulatem Jauer-Niworowskiej, skupić się na

diagnozie chorego z zaburzeniem mowy, nie zaś na diagnozie tego zaburzenia [Jauer-Niworowska, 2012]. Diagnoza pacjentki prowadzona była podczas kilku spotkań. Została zweryfikowana w czasie późniejszej pracy terapeutycznej. Wymagała dużego zaangażowania, wnikliwych obserwacji i analiz, które pozwoliły zauważyć i opisać występujące problemy, odróżnić je od specyfiki innych zaburzeń mowy, odnaleźć związki między schorzeniami neurologicznymi a mową pacjentki. Diagnoza logopedyczna w zaburzeniach dyzartrycznych jest ważna, ale i trudna, bo obraz zmian ewoluuje wraz z progresją choroby neurologicznej. Tylko dobrze postawiona diagnoza pozwala zaprogramować odpowiednią terapię.

---

## Bibliografia

- Adamkiewicz Bożena, Głąbiński Andrzej, Klimek Andrzej, 2010, *Neurologia dla studentów wydziału pielęgniarstwa*, Warszawa.
- Bartoszek Karina, 2016, *Zanik wieloukładowy*, <https://neurologia.mp.pl/choroby/151427,zanik-wieloukladowy> [dostęp: 12.10.2017].
- Fischer Urszula, 2012, *Choroby układu pozapiramidowego*, w: Piotr Gajewski (red.), *Interna Szczeklika. Podręcznik chorób wewnętrznych 2012*, Kraków, s. 2068–2079.
- Gatkowska Izabela, 2012, *Diagnoza dyzartrii u dorosłych w neurologii klinicznej*, Kraków.
- Jastrzębowska Grażyna, Pelc-Pękała Olga, 2003, *Diagnoza i terapia dyszartrii*, w: Tadeusz Galkowski, Grażyna Jastrzębowska (red.), *Logopedia. Pytania i odpowiedzi*, t. 2, Opole, s. 392–402.
- Jauer-Niworowska Olga, 2009, *Dyżartria nabyta. Diagnoza logopedyczna i terapia osób dorosłych. Materiały dydaktyczne dla studentów logopedii*, Warszawa.
- Jauer-Niworowska Olga, 2012, *Diagnoza osób z dyżartrią oparta na holistycznym podejściu do pacjenta – nowe spojrzenie na problematykę*, w: Mirosław Michalik, Anna Siudak, Zdzisława Orłowska-Popek (red.), *Diagnoza różnicowa zaburzeń komunikacji językowej*, Kraków, s. 365–382.
- Kuran Włodzimierz, 2002, *Żyję z chorobą Parkinsona*, Warszawa.
- Lehmann-Horn Frank, Ludolph Alfred, 2004, *Neurologia. Diagnostyka i leczenie*, red. Ryszard Podemski, Wrocław.
- Mirecka Urszula, 2015, *Standard postępowania logopedycznego w przypadku dyżartrii*, w: Stanisław Grabias, Jolanta Panasiuk, Tomasz Woźniak (red.), *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego*, Lublin, s. 839–863.
- Prusiński Antoni, 1974, *Podstawy neurologii klinicznej. Podręcznik dla studentów*, Warszawa.
- Rudzińska Monika, Szczudlik Andrzej, 2009, *Parkinsonizm. Atlas*, Kraków.
- Tarkowski Zbigniew, 2003, *Diagnoza i terapia osób dorosłych z dyszartrią*, w: Tadeusz Galkowski, Grażyna Jastrzębowska (red.), *Logopedia. Pytania i odpowiedzi*, t. 2, Opole, s. 784–795.
- Ziaja Katarzyna, 2015, *Zespół mózdkowy*, <http://neuropsychologia.org/zespol-mozdkowy> [dostęp: 14.10.2017].

## Summary

The article describes some relations between the central nervous system and language usage by a multiple system atrophy patient. It shows some complex sources of speech processes found in multiple system atrophy in reference to speaking without any disorders. It characterises some speech disorders and term them. This article emphasises a great importance of diagnosis of speech defects and shows some steps made by the author in a complex diagnostic process. The article doesn't ignore some theoretical issues based on the results presented by speech therapists, podiatrists, neurologists, otolaryngologists over the years.

Anna Stefan

Uniwersytet Łódzki\*

## O GŁOSIE „WRAŻLIWCA” (WYBRANE ZAGADNIENIA)

---

ABOUT VOICE OF HIGHLY SENSITIVE PERSON  
(SELECTED PROBLEMS)

**Słowa kluczowe:** głos, wrażliwość emocjonalna, zaburzenia głosu.

**Keywords:** voice, emotional sensitivity, voice disorders.

### Wprowadzenie

„Nasz głos jest przedłużeniem osoby, czyli głos = osoba” [Łastik, 2014, s. 12]. Powszechne pojmowanie głosu ogranicza się często tylko do współdziałania mięśni i narządów, ale jest to postrzeganie niepełne. Nasza osobowość, charakter, temperament i emocje nadają mu szczególnego charakteru – to te elementy są twórczym pierwiastkiem w naszych głosach. Sami decydujemy, świadomie lub nie, jak brzmi nasz głos.

Każdy człowiek posiada własny poziom wrażliwości, który jest uwarunkowany w pewnym stopniu genetycznie, w pewnym zaś środowiskowo. Wysoka wrażliwość nie jest niczym złym, o ile nie zaczyna wpływać destrukcyjnie na nasze funkcjonowanie. W ostatnich latach coraz częściej diagnozuje się zaburzenia adaptacyjne w stresie. Dotyczą one licznej grupy pacjentów o profilu osobowościowym „wrażliwcy”, którzy wykazują pewne predyspozycje osobowe do nadmiernego ulegania stresowi lub nieradzenia sobie z nim. „Wrażliwcom” towarzyszą liczne niechciane symptomy somatyczne, takie jak pocenie się rąk, czerwienie się twarzy, nadmierne napięcie mięśniowe, problemy z oddychaniem oraz w konsekwencji często także problemy z głosem.

Inspiracją do powstania tego tekstu stały się kontakty z pacjentami „wrażliwcami” i ich problemy związane z głosem. Celem artykułu jest opis negatywnych

---

\* Wydział Filologiczny, Instytut Filologii Polskiej i Logopedii, Katedra Filologii Słowiańskiej, ul. Pomorska 171/173, 90-236 Łódź, [anna.stefan@uni.lodz.pl](mailto:anna.stefan@uni.lodz.pl)

objawów towarzyszących dysfunkcji narządu głosu na podstawie doświadczeń osób nadmiernie wrażliwych. Poprzedzają go krótkie rozważania o wrażliwości emocjonalnej, negatywnym wpływie stresu oraz charakterystyka zaburzeń głosu.

## O wrażliwości

Wszyscy ludzie są obdarzeni wrażliwością. Bardzo ich jednak różni sposób, w jaki sobie z nią radzą i okazują ją na zewnątrz. Wśród psychologów nie ma zgodności co do tego, czy jest ona cechą wrodzoną – tak jak kolor oczu czy włosów, czy uczuciowość kształtują przede wszystkim różne życiowe doświadczenia (które swój początek mają już w dzieciństwie). Jak przekonuje Elaine Aron, wysoko wrażliwość nie jest tożsama ani z introwersją, ani z neurotycznością (jest to specjalistyczne określenie tendencji do popadania w depresję lub przeżywania silnych lęków). Według autorki jest to odrębna cecha, choć silnie skorelowana z neurotycznością [Aron, 2017].

Fundamenty pod nasz sposób reagowania kładzie wrodzony temperament oraz sposób reakcji układu nerwowego na różnorodne impulsy. Docierający do niego jakiś bodziec pobudza go, po czym to pobudzenie wygasa. Szybkość wzbudzenia i szybkość wygasania mogą być różne:

[...] człowiek z układem nerwowym, który pobudza się wolniej, będzie ogólnie mniej wrażliwy, poziom jego wrażliwości na bodźce będzie niższy. Ktoś obdarzony układem nerwowym, który pobudza się szybko i szybko wygasa, będzie człowiekiem wrażliwym. Za to osoba z tendencją do szybkiego pobudzania, ale wolniejszego wygasania pobudzenia wykazuje predyspozycje do nadwrażliwości. To, czy zostanie nadwrażliwcem, w dużej mierze zależy od wychowania, środowiska i wszystkiego, co się wydarzy w toku życiowych doświadczeń [[www.zwierciadlo.pl/psychologia/zrozumiec-siebie/skarb-ukryty-pod-zbroja](http://www.zwierciadlo.pl/psychologia/zrozumiec-siebie/skarb-ukryty-pod-zbroja)].

Różnice pod względem poziomu pobudzenia układu nerwowego w danej sytuacji i w danych warunkach są w znacznym stopniu dziedziczne, normalne i naturalne. Można tę prawidłowość zaobserwować u wszystkich wyższych zwierząt – myszy, kotów, psów, koni, małp i ludzi. W obrębie gatunku odsetek osobników bardzo czułych na stymulację oscyluje w okolicach 15–20%. Podobnie jak niektóre osobniki danego gatunku są większe od pozostałych, niektóre są bardziej wrażliwe.

Ta różnorodność w zakresie reagowania na pobudzenie oznacza, że osoby wrażliwe rejestrują poziomy stymulacji, których inni nie dostrzegają. Nie oznacza to, że mają lepszy słuch, wzrok czy inny zmysł – różnica tkwi „gdzieś po drodze od narządu zmysłu do mózgu lub w samym mózgu, w bardziej starannym przetwarzaniu informacji” [Aron, 2017]. Osoby wysoko wrażliwe wszystko przetwarzają głębiej. Szukają relacji pomiędzy wszystkim, co postrzegają, a przeszłymi



doświadczeniami lub analogicznymi obiektami. Robią to niezależnie od tego, czy zdają sobie z tego sprawę, czy nie.

Wysoko wrażliwe osoby często bywają odbierane jako zahamowane, nieśmiałe, lękliwe lub introwertyczne (ok. 30% spośród osób wysoko wrażliwych stanowią ekstrawertycy, a wielu introwertyków wcale nie przejawia wrażliwości). Można jednak wyróżnić co najmniej dwa typy osób wysoko wrażliwych – osoby, które ogólnie sobie radzą oraz te do tego niezdolne, co w obu przypadkach wynika z innych cech ich osobowości [Aron, 2017].

## Stres

Stres definiowany jest jako konieczność zmierzenia się z wyzwaniem wynikającymi ze zmian cech fizykochemicznych środowiska, w którym przebywa dany organizm lub zmian zachodzących w środowisku wewnętrznym organizmu, zwanych zaburzeniami homeostazy [Krauzowicz, 2013]. Stres jest negatywnym odczuciem, które towarzyszy człowiekowi od zawsze. Stres fizjologiczny jest zjawiskiem odmiennym od stresu psychologicznego ze względu na zróżnicowany charakter przyczyn. Ponadto, każde z pojęć odnosi się do innego poziomu funkcjonowania człowieka. W nowoczesnym społeczeństwie stres socjalny odpowiada za większość dolegliwości i chorób, których źródeł współczesna medycyna upatruje w nadmiernym obciążeniu organizmu. Aktualnie stres jest chorobą cywilizacyjną, syndromem XXI wieku. W mediach, prasie, literaturze fachowej zwraca się uwagę przede wszystkim na fakt, że długotrwały oraz intensywny stres ma destrukcyjny wpływ na funkcjonowanie i zdrowie człowieka. Wymienia się niekorzystne objawy stresu, jak: drażliwość, gniew, nerwowość, lęk, depresja, huśtawka nastrojów, obniżona samoocena, myśli samobójcze, agresja, drzenie, tiki nerwowe, itd.

Stres powoduje zmiany wskaźników wegetatywno-somatycznych. Pod wpływem zagrożenia zostaje aktywowany układ sympatyczny, zwiększa się wydzielanie adrenaliny przez nadnercza, wrasta ciśnienie krwi, przyspiesza akcja serca, wzrasta poziom glukozy we krwi i hamowane są procesy trawienia. Stres wpływa na układ nerwowy (szczególnie na podwzgórze i przysadkę) i mobilizuje organizm do reakcji typu „walczyć” albo „uciekaj”. Przewlekły stres również często wyzwała lub zaostrza objawy chorób z autoagresji, np. Hashimoto, Gravesa-Base-dowa, reumatoidalne zapalenie stawów (RZS), cukrzyca typu 1, zespół suchości śluzówek (zwłaszcza ust, nosa i spojówek), a także wrzodziejące zapalenie jelita grubego. Długotrwałe wydzielanie kortyzolu może prowadzić do obniżenia wrażliwości organizmu na ten hormon. Wówczas układ odpornościowy nie odbiera sygnałów, które prowadzą do zakończenia reakcji immunologicznej. Organizm zachowuje się, jakby ciągle był w stanie zagrożenia, dlatego walczy z własnymi tkankami [Łosiak, 2009].

Poza tym stres manifestuje się w postaci szeregu symptomów ze strony organizmu. Objawy somatyczne stresu to: częste przeziębienia i infekcje, palpacje serca, kłopoty z oddychaniem, ucisk w klatce piersiowej, bezsenność, skłonność do omdlenia, migreny, ciśnieniowe bóle głowy, bóle w krzyżu, niestrawności, biegunki, zaparcia, problemy skórne, alergie, astma, wzmożone pocenie się i lepkość rąk, zaburzenia w miesiączkowaniu, szybka utrata wagi.

Adaptacja do stresu uznawana jest za proces dynamiczny, koordynowany przez struktury ośrodkowego układu nerwowego (OUN). W proces ten włączone jest postrzeganie informacji dopływających z receptorów, integrowanie ich z wcześniejszymi doświadczeniami, neuronalne i neurohormonalne dostosowywanie się do aktualnych wymagań, inicjowanie reakcji behawioralnej itp. [Krauzowicz, 2013].

Zaburzenia adaptacyjne to rodzaj subiektywnego dyskomfortu psychicznego (distresu) i zaburzeń emocjonalnych, które przeszkadzają w codziennym funkcjonowaniu społecznym czy zawodowym. Zaburzenia adaptacyjne pojawiają się wskutek znaczących zmian życiowych lub z powodu stresującego wydarzenia życiowego, które utrudnia efektywne działanie. Wśród stresorów mogących inicjować zaburzenia adaptacyjne wymienia się trudne sytuacje życiowe, m.in.: śmierć kogoś bliskiego, żałobę, rozwód, konieczność migracji, ciążę, rodzicielstwo, pójście do szkoły (w przypadku dzieci), przejście na emeryturę, utratę pracy, poważną chorobę lub ryzyko zachorowania na nią, np. nowotwór, niemożność osiągnięcia ważnych celów osobistych. Stresory mogą destabilizować integralność społecznego usytuowania jednostki, jej systemu wartości lub szerszego systemu wsparcia społecznego.

Obraz kliniczny zaburzeń adaptacyjnych jest bardzo niejednorodny i może objawiać się różnie u poszczególnych pacjentów. Wśród charakterystycznych symptomów chorobowych wymienia się: nastrój depresyjny, lęk i niepokój, zamartwianie się, skłonność do dramatyzowania, wybuchy gniewu, drażliwość, podenerwowanie, poczucie bycia w sytuacji bez wyjścia, poczucie bezradności, ograniczoną zdolność radzenia sobie z codziennymi obowiązkami, permanentny stres, napięcie psychiczne, rozstrój emocjonalny, przygnębienie, smutek, poczucie niepewności przyszłości, niezdolność planowania, zaburzenia snu, bezsenność, spadek apetytu. Niektórzy mają wyższy próg tolerancji na frustrację i są bardziej odporni na stres, inni gorzej radzą sobie w sytuacji traumy (ekstremalnego stresu) ze względu na indywidualne predyspozycje i wrażliwość emocjonalną

## Zaburzenia głosu

Prawidłowy głos jest dźwięczny i czysty, pozostaje taki również po wysiłku, nie zawiera komponentów szumowych, jest bogaty rezonansowo i tworzony z nastawieniem miękkim, ma wysokość odpowiednią do płci i wieku oraz natężenie

odpowiednie do sytuacji; w czasie wypowiedzi zmiany natężenia i wysokości tego głosu występują płynnie, stosownie do treści wypowiedzi, artykulacja jest prawidłowa, wyrazista [Szkielkowska, 2014, s. 186].

Odwrotnością głosu eufonicznego jest głos dysfoniczny. W dysfonii zmianie ulegają sposób emisji, charakter głosu, zakres, średnie położenie głosu oraz czas fonacji. Zaburzenia głosu o typie dysfonii określa się jako zmiany wielopostaciowe w zakresie jego wszystkich składowych akustycznych, tj. częstotliwości, poziomu głośności, czasu trwania i barwy głosu. Dysfonia jest zaburzeniem czynności narządu głosu jako skutek istniejącej w obrębie narządu głosu zamiany patologicznej (dysfonia organiczna) lub efekt zaburzeń czynności skomplikowanych mechanizmów w procesie tworzenia (dysfonia czynnościowa).

Czynnościowe zaburzenia głosu stanowią duży problem społeczny. Jest to związane z rozwojem cywilizacji, z wszechobecnym stresem i powstawaniem różnych problemów, które wynikają z mechanizmów nerwowo-mięśniowych w obrębie narządu głosu. W ostatnich latach są one najczęściej orzekaną chorobą zawodową [Wysocka, 2015]. Najbardziej narażone, zarówno na powstanie samych chorób krtani, jak i ich skutków, są osoby, którym stawiane są wysokie wymagania głosowe, m.in. śpiewacy, nauczyciele, wykładowcy, dziennikarze radiowi i telewizyjni, politycy, księża, prawnicy, a nawet muzycy grający na instrumentach dętych.

Wyróżnia się 2 postacie dysfonii czynnościowej: 1) *phonoponosis*, powstające w wyniku nieprawidłowego procesu tworzenia głosu, 2) *phononeurosis* – spotykany u osób ze zmianami i stanami napięcia psychicznego. Sytuacje stresogenne powodują napięcie mięśni karku i odcinka lędźwiowego kręgosłupa, a u tzw. mówców zawodowych często ma miejsce przenoszenie tego napięcia na mięśnie zewnętrzne i wewnętrzne krtani i gardła. Objawy napięciowe wynikają z nadaktywności autonomicznego i obwodowego układu nerwowego, która jest typowa dla ludzi o wysokim poziomie lęku lub osób nadaktywnych. Ta nadaktywność układu nerwowego może prowadzić do objawów dysfonii hiperfunkcjonalnej, która często współwystępuje z zaburzeniami adaptacyjnymi lub zaburzeniami lękowymi.

W postaci hiperfunkcjonalnej występuje:

- głos party, ochrypli, odcień nosowy, gardłowy, brak pełnego rezonansu;
- zmienna wysokość głosu;
- twarde nastawienie głosowe;
- skrócony czas fonacji;
- nadmierne napięcie mięśni krtani, twarzy, szyi, powłok brzusznych, niekiedy gardła i podniebienia miękkiego;
- zaburzenie płynności fonacji, głos tworzony z wysiłkiem, gwałtowne zmiany wysokości tonów, niekontrolowane przerwy w mówieniu, trudności z wydobyciem głosu;
- wysokie oddychanie żebrowo-objętkowe;

- często opadnięta nagłośnia;
- fałdy głosowe zaokrąglone, uniesione, poruszają się nierówno;
- zmniejszenie amplitudy drgań, drgają tylko brzegi fałdów głosowych.

Objawy choroby mogą wystąpić w każdym momencie życia, jednak najczęściej w wieku średnim i częściej u kobiet.

Postać hipofunkcjonalną cechuje:

- głos męczliwy, słaby, nastawienie chuchające;
- osłabiona czynność mięśni krtani;
- podwyższone średnie położenie głosu;
- skrócony czas fonacji;
- górna powierzchnia fałdów może być nieco wklęsła, same fałdy mogą być

atroficzne, położone nieco niżej;

– w psychogennych odmianach głos dźwięczny zachowany przy kaszlu, śmiechu, płaczu;

- wzmożenie komponenty pionowej drgań i zwiększenie amplitudy;
- drgania fałdów często nieregularne, niejednakowe, niejednoczesne;
- niekiedy zamknięcie głośni spotyka się tylko w przednim odcinku.

Postać dysfunkcjonalną (fonastenia) charakteryzuje zaś:

– brak koordynacji między oddychaniem, fonacją, artykulacją i czynnością rezonatorów;

– próby obciążenia głosu wykazują: obniżenie natężenia głosu, nasilenie chrypki, uczucie zawadzenia, klucia, bólu, zalegania w gardle, załamywania się głosu [Śliwińska-Kowalska, Niebudek-Bogusz, 2009].

Na etiologię czynnościowych zaburzeń głosu składają się następujące czynniki:

– uwarunkowania konstytucjonalne: budowa ciała, sylwetka emocjonalna, stabilność układu sercowo-naczyniowego, pobudliwość neurowegetatywna, stan błony śluzowej;

– schorzenia miejscowe i ogólne, np. refluks przełykowo-żołądkowy, alergie, zaburzenia hormonalne;

– nieprawidłowe nawyki emisyjne;

– czynniki psychiczne.

Czynniki psychogenne mogą być współodpowiedzialne za powstawanie zaburzeń głosu lub też mogą być bezpośrednią ich przyczyną. Adaptację w stresie zawodowym mogą utrudniać objawy napięciowe, wynikające z nadreaktywności autonomicznego i obwodowego układu nerwowego, typowej dla ludzi o wysokim poziomie lęku lub osób nadaktywnych. Można wskazać na kilka mechanizmów wyjaśniających związek pomiędzy stresem a powstawaniem dysfonii. Należą do nich:

1) przenoszenie napięcia (np. z mięśni karku i odcinka lędźwiowego kręgosłupa na mięśnie zewnętrzne i wewnętrzne krtani);

2) powstrzymywanie się od reakcji (co prowadzi do objawu „zaciśniętego” gardła, dławienia gardła);

3) spłylenie oddechu jako utrwalona reakcja na stres, co znacznie utrudnia fonację;

4) zaburzenia wydzielania śluzu w błonie śluzowej układu oddechowego, np. w sytuacjach stresowych występuje charakterystyczna suchość w gardle [Śliwińska-Kowalska, Niebudek-Bogusz, 2009].

## Objawy zaburzeń głosu

### Sylwetki pacjentów

Pacjentka 1: 34-letnia kobieta, wykładowca akademicki, mężatka, wychowuje 6 letniego syna, choruje na chorobę Hashimoto, suplementuje hormony tarczycy, ponadto choruje na endometriozę, jest obserwowana pod kątem insulinoodporności oraz cukrzycy typu 2. 3 lata temu przeżyła silny epizod nerwowy spowodowany poronieniem, w konsekwencji zdiagnozowano u niej zaburzenia adaptacyjne w stresie, konieczna była psychoterapia i leczenie farmakologiczne. Psychiatra zwrócił uwagę na problemy z głosem i zalecił konsultację foniatryczną, w wyniku której zdiagnozowano u niej dysfonię hiperfunkcjonalną.

Pacjentka 2: 49-letnia kobieta, nauczycielka edukacji wczesnoszkolnej, mężatka, matka dwóch dorosłych synów. 2 lata temu starszy syn, będący strażakiem, uległ poparzeniu, kobieta przeżyła silny epizod nerwowy, niedługo potem u męża zdiagnozowano chorobę Parkinsona i zmarła jej matka. Kobieta przeżyła silny kryzys emocjonalny, zdiagnozowano u niej depresję, niedoczynność tarczycy oraz dysfonię hiperfunkcjonalną. Spośród wszystkich kłopotów zdrowotnych te głosowe bardzo ją obciążały, bo bała się, że może stracić pracę.

Pacjent 3: 21-letni student kierunku filologicznego, z bogatą historią zdrowotną, w okresie dorastania zachorował na trądzik, był poddany silnemu leczeniu farmakologicznemu. Równocześnie był ofiarą mobbingu ze strony starszych uczniów, w wieku 15 lat zdiagnozowano u niego zespół stresu pourazowego. Był poddany długotrwałemu leczeniu i psychoterapii. Znalazł sposób na stres, został trenerem fitness i zaobserwował problemy z wydolnością głosową. Dodatkowo, podjął pracę w korporacji, w której się nie odnalazł, przeżył nieszczęśliwą miłość i problemy emocjonalne powróciły ze zdwojoną siłą, a wraz z nimi czynnościowe zaburzenia głosu.

Objawy zaburzeń głosu obserwowane u pacjentów z dysfonią hiperfunkcjonalną można podzielić na kilka kategorii:

1) niekomfortowe odczucia somatyczne w obrębie jamy ustnej i gardłowej. Mogą one mieć różny stopień bądź nasilenie:

– łaskotanie w gardle, które powoduje konieczność odchrząknięcia bądź odkaszlnięcia. Łaskotanie jest niezwykle uciążliwe, wiele osób doświadcza go podczas zdrowienia po infekcjach gardła;

- uczucie zalegania ciała obcego;
- „kłucie w gardle”, trudności z przełykaniem, ból podczas przełykania;
- uczucie pieczenia lub palenia;
- suchość śluzówki – pomimo odchrząkiwania i popijania napojów, gardło

jest suche, pojawiają się trudności z przełykaniem, uczucie pieczenia;

2) trudności oddechowe:

- spływanie oddechu, skrócenie fazy wydechowej;
- oddech staje się świszczący, zdarza się również odczuwanie niepokoju.

U niektórych pacjentów występują uciążliwe duszności.

3) nieprawidłowości mięśniowe:

- nadmierne napięcie w okolicy szyi i karku;
- uczucie „drętwienia” szyi, kłucie i bóle.

4) dyskomfort foniczny:

– zmatowienie głosu – głos staje się nieczysty, matowy, niski, twardy i bezdźwięczny;

- zawężenie skali głosu, najczęściej wyższe rejestry;
- skrócenie czasu fonacji;
- zmiany tonacji głosu;
- osłabienie głosu;
- brak naturalnego brzmienia;
- mała nośność głosu;
- okresowe zaniki głosu;
- utrwalona chrypka z bezgłosem;
- męczliwość głosu.

Leczenie zaburzeń głosu często wymaga kompleksowego, wielospecjalistycznego postępowania, w zależności od indywidualnych potrzeb pacjenta. Po dokładnej diagnostyce narządu głosu specjalista czasami decyduje o potrzebie dodatkowej konsultacji, m.in. endokrynologicznej czy alergologicznej bądź włącza w proces terapii schorzeń narządu głosu psychologa lub fizjoterapeutę. Rolą psychologa jest pomoc w rozwiązywaniu problemów psychicznych pacjenta oraz nauczanie go radzenia sobie ze stresem, który leży u podłoża szeregu chorób narządu głosu. Terapia psychologiczna często poprawia efekty rehabilitacji głosu. Podobnie, działania fizjoterapeutyczne mogą pozytywnie wpłynąć na proces leczenia. Szczególnie w przypadku hiperfunkcjonalnych dysfonii, związanych z podwyższonym napięciem mięśniowym w rejonie krtani, istotną rolę w wielospecjalistycznym zespole terapeutycznym odgrywa fizjoterapeuta, odpowiednio przygotowany do terapii manualnej tej okolicy.



Czynnościowe zaburzenia głosu bardzo często mają związek z kondycją psychofizyczną pacjenta, jego emocjami, sytuacją życiową i funkcjonowaniem społecznym. Postępowanie terapeutyczne ma na celu nie tylko opanowanie sprawności oddechowych i fonacyjnych, lecz także wykształcenie możliwości posługiwania się dźwięcznym głosem w różnych sytuacjach komunikacyjnych. Aby było ono skuteczne, musi mieć wieloaspektowy charakter, czyli podejmować działania odnoszące się do sfery biologicznego funkcjonowania narządu głosu oraz wpływać na pozabiologiczne czynniki warunkujące posługiwanie się głosem w komunikacji [Wysocka, 2015].

### Podsumowanie

Znane stwierdzenie Kerry'ego Erle'a mówi, że „jeżeli oczy są lustrem duszy człowieka, to głos jest barometrem jego emocji”. Dlatego wpływ czynników emocjonalnych na czynność fonacyjną, jak również wyrażanie emocji poprzez głos odgrywa istotną rolę w fizjologii i patologii krtani. Poprzez zabarwienie głosu z łatwością odróżniamy smutek, radość, gniew czy złość. Poprzez elementy prozodyczne (intonację głosu, rytm, akcent) wyrażamy nasze stany psychiczne. Pod wpływem emocji zmieniają się ważne fizyczne komponenty tworzenia głosu związane z oddechem, fonacją i artykulacją. Stan emocjonalny wpływa na napięcie mięśni krtani zewnętrznych i wewnętrznych, na napięcie fałdów głosowych oraz położenie krtani [Wiskirska-Woźnica, 2013].

Osobowość człowieka znajduje swój wyraz w jego głosie. Głos wyrażać może poczucie własnej wartości, pewność siebie, a także nastawienie do osób, z którymi się komunikujemy. Osobowość jest to ogół dyspozycji i cech psychicznych, dzięki którym człowiek stanowi zwartą jednostkową całość, są to m.in. temperament, zdolności intelektualne, usytuowanie człowieka w środowisku [Ekman, 1972]. Z jednej strony głos stanowi odbicie naszych wewnętrznych stanów emocjonalnych i osobowościowych, z drugiej zaś emocje wpływają na głos, a nawet mogą być przyczyną jego dysfunkcji.

Czynnościowe zaburzenia głosu stanowią często problem diagnostyczny dla lekarzy klinicystów i powodują wiele trudności w postępowaniu terapeutyczno-rehabilitacyjnym. Trudności te występują z powodu zmienności obrazu klinicznego u tych samych pacjentów, udziału czynnika emocjonalnego w patomechanizmie tych zaburzeń i znaczącego wpływu czynników psychicznych i osobowościowych. Z uwagi na wymienione trudności diagnostyczno-terapeutyczne konieczne jest włączenie się w opiekę nad takim pacjentem szerszego zespołu specjalistów z dziedziny medycyny (foniatra, psychiatra, neurolog) oraz psychologów. Kierunek interdyscyplinarnej, często długofalowej opieki nad pacjentem mającym czynnościowe zaburzenia głosu jest właściwy i przynosi wymierne efekty terapeutyczne [Szkielewska, 2014].



---

## Bibliografia

- Aron Elaine, 2017, *Wysoko wrażliwi, jak funkcjonować w świecie, który nas przytłacza*, e-book.
- Ekman Paul, 1972, *Universals and Cultural Differences in Facial Expressions of Emotions*, w: James Cole (ed.), *Nebraska Symposium on Motivation*, Lincoln, s. 207–282.
- Krauzowicz Justyna, 2013, *Stres – konstruktor czy destruktor procesów poznawczych?* w: Ireneusz Kojder (red.), *Neurokognitywistyka w patologii i zdrowiu 2011–2013*, Szczecin, s. 84–92.
- Łastik Aneta, 2014, *Poznaj swój głos... twoje najważniejsze narzędzie pracy*, Warszawa.
- Łosiak Władysław, 2009, *Stres i emocje w naszym życiu*, Warszawa.
- Szkielkowska Agata, 2014, *Klasyfikacja zaburzeń głosu*, w: Stanisław Grabias, Marek Kurkowski (red.), *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy*, Lublin, s. 165–184.
- Śliwińska-Kowalska Mariola, Niebudek-Bogusz Ewa (red.), 2009, *Rehabilitacja zawodowych zaburzeń głosu. Poradnik dla nauczycieli*, Łódź.
- Wiskirska-Woźnica Bożena, 2013, *Zmiany w głosie pod wpływem czynników emocjonalnych i osobowościowych*, „Edukacja+”, 7, s. 5–6.
- Wysocka Marta, 2015, *Postępowanie logopedyczne w przypadkach osób z czynnościowymi zaburzeniami głosu*, w: Stanisław Grabias, Jolanta Panasiuk, Tomasz Woźniak (red.), *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego*, Lublin, s. 603–623.

## Cytowane źródła internetowe

[www.zwierciadlo.pl/psychologia/zrozumiec-siebie/skarb-ukryty-pod-zbroja](http://www.zwierciadlo.pl/psychologia/zrozumiec-siebie/skarb-ukryty-pod-zbroja) [dostęp: 10.10.2017].

---

## Summary

“Voice is an extension of a person; reflection of their personality”. It is believed, that voice is just an action of muscles and organs, but we must remember, that it is shaped with our personality, character, temperament and emotions. Everybody has their own level of sensitivity, which is determined to some extent genetically as well as socially. High sensitivity is not bad, unless it does affect negatively on our functioning. In recent years there have been diagnosed adaptive disorders under stress, which applied to large group of patients with personality profile called “very sensitive”.

Occupational voice disorders are noted as considerable social problem. It is related to the development of civilization, omnipresent stress and problems that arise from neuromuscular mechanisms within the vocal organs. Most exposed to the larynx diseases and their effects are people, who are supposed to use their voices excessively, e.g. singers, teachers, academic lecturers, radio and tv journalist, politicians, priests, lawyers. The purpose of the paper is to present characteristics of disfunction of vocal organs based on personal experiences of some very sensitive individuals. It is preceded by short consideration on emotional sensitivity, negative influence of stress, as well as by a brief description of vocal disorders.

Mateusz Szurek

Uniwersytet Łódzki\*

## PRZESIEWOWE BADANIE MOWY JAKO DZIAŁANIE SŁUŻĄCE IDENTYFIKACJI DZIECI Z GRUPY RYZYKA ZABURZEŃ MOWY

---

SCREENING EXAMINATION OF SPEECH AS A MEANS OF  
IDENTIFYING CHILDREN AT RISK OF SPEECH DISORDERS

**Słowa kluczowe:** badania przesiewowe, profilaktyka logopedyczna, dzieci w wieku przedszkolnym.

**Keywords:** speech screening, SLP prevention, pre-school children.

### Profilaktyka logopedyczna

Idea profilaktyki rozpowszechniana jest zarówno na gruncie nauk medycznych, jak i psychologicznych, pedagogicznych, a także, od pewnego już czasu, logopedycznych. W znaczeniu ogólnym oznacza „stosowanie różnych środków zapobiegawczych w celu niedopuszczenia do wypadków, uszkodzeń, katastrof itp.” [Sobol, 1999, s. 797]. W logopedii profilaktyka w ujęciu praktycznym definiowana jest jako „kształtowanie prawidłowej mowy u dzieci od najwcześniejszego okresu ich życia, dbanie o właściwą stymulację w początkach rozwoju mowy, tak by nie dopuścić do jakichkolwiek zaburzeń w jej rozwoju” [Skorek, 2000, s. 133]. Krystyna Błachnio podaje natomiast bardziej szczegółowe wyjaśnienie tego pojęcia, zaznaczając, że jest to „całokształt form organizacyjnych oraz treści, metod, zasad i środków, tworzących spójną strukturę służącą rozpowszechnianiu interdyscyplinarnej wiedzy” [2001, s. 23]. W profilaktyce logopedycznej, mającej swe źródła w naukach medycznych, można wyróżnić:

1. Profilaktykę pierwotną (pierwszorzędową).
2. Profilaktykę wtórną (drugorzędową).
3. Profilaktykę trzeciorzędową.

---

\* Wydział Filologiczny, Instytut Filologii Polskiej i Logopedii, Zakład Dialektologii Polskiej i Logopedii, ul. Pomorska 171/173, 90-236 Łódź, [mateusz.szurek@uni.lodz.pl](mailto:mateusz.szurek@uni.lodz.pl)

W ujęciu logopedycznym *profilaktyka pierwotna* (pierwszorzędowa) odnosi się do upowszechniania wiedzy logopedycznej dotyczącej rozwoju mowy oraz zasad skutecznego komunikowania się, a także edukowania o przyczynach zaburzeń komunikacyjnych, ich objawach oraz sposobach zapobiegania. Docelowymi odbiorcami są przyszli rodzice, rodzice/opiekunowie małych dzieci, dzieci przedszkolnych i wczesnoszkolnych oraz najbliżsi członkowie ich rodzin, dzieci i młodzież, osoby dorosłe, osoby starsze, logopedzi, studenci logopedii, inni specjaliści z resortów edukacji oraz służby zdrowia i opieki społecznej, tj. nauczyciele, lekarze, psychologowie, pedagodzy.

Do zadań *profilaktyki wtórnej* (drugorzędowej) należy identyfikacja osób z grupy ryzyka, wykrywanie objawów we wczesnym stadium oraz podejmowanie działań naprawczych, które będą prowadziły do zahamowania dalszego rozwoju zaburzenia. W logopedii do tego rodzaju czynności wykorzystywane są badania przesiewowe, tzw. skriningi (ang. *screening* – przesiew).

Celem *profilaktyki trzeciorzędowej* są natomiast działania prewencyjne i wspomagające wobec osób, u których problem zaburzeń komunikacji został zdiagnozowany. Zadaniem logopedy jest podjęcie oddziaływań logopedycznych, które pozwolą na zniwelowanie negatywnych skutków występującego zaburzenia [Węsierska, 2012].

### **Przesiewowe badanie mowy jako element profilaktyki wtórnej (drugorzędowej)**

Przesiewowe badanie mowy pozwala na wyodrębnienie dzieci z grupy ryzyka wystąpienia zaburzeń mowy i podjęcie niezwłocznej interwencji logopedycznej wobec nich. Obecna opieka logopedyczna w przedszkolach obejmuje przede wszystkim dzieci z orzeczeniami o potrzebie kształcenia specjalnego, jednak dane z badań naukowych świadczą o wysokim poziomie występowania wad wymowy, także u dzieci przedszkolnych w normie [Michalak-Widera, Węsierska, 2012; Jastrzębowska, 2003; Jeżowska-Krasnodębska, 2008; Kania, 2001], gdzie większość z nich nie jest poddawana specjalistycznej terapii. Badania przesiewowe oraz późniejsza dokładna diagnostyka i działania terapeutyczne przyczyniają się do zmniejszenia liczby dzieci z zaburzeniami mowy, w tym z wadami wymowy [por. Emiluta-Roza, Mierzejewska, Atys, 2004]. Wykrycie wady w młodszym wieku znacznie przyspiesza terapię i pomaga w prawidłowym budowaniu systemu językowego. Prowadzone w ramach profilaktyki logopedycznej przesiewowe badania mowy pozwalają dostrzec też inne nieprawidłowości rozwojowe u dzieci.

Celem artykułu jest ukazanie skali problemu niezdiagnozowanych wad wymowy oraz podkreślenie konieczności jak najwcześniejszego ich diagnozo-

wania. Wyniki badań pozwoliły na ukazanie, jak obecnie wygląda skala występowania zaburzeń językowych w jednej z placówek przedszkolnych w województwie łódzkim.

## Normy dotyczące rozwoju mowy dziecka

Normy językowe stanowią pewną średnią i są wyznacznikiem dla badającego m.in. sprawność artykulacyjną dziecka. To niezbędny element podczas analizy i oceniania mowy na każdej płaszczyźnie [Majewska-Tworek, 2001].

Okres przedszkolny jest czasem najintensywniejszego rozwoju mowy. To ostateczny czas formowania się systemów fonetycznego i fonologicznego, nazywany okresem swoistej mowy dziecka (swoistych form językowych), który trwa od 3. do 7. r.ż. W wieku 3–4 lat ostatecznie utrwalają się w mowie dziecka głoski szeregu syczącego, natomiast między 4. a 5. rokiem powinny pojawić się głoski szeregu szumiącego. Dziecko 5- lub 6-letnie powinno wymawiać już wszystkie głoski języka polskiego [Kaczmarek, 1982]. Dokładna charakterystyka rozwoju systemu fonologicznego dziecka została przedstawiona w tabeli 1<sup>2</sup>.

Tabela 1. Etapy rozwoju mowy dziecka

Etap rozwoju mowy	Charakterystyka artykulacji
Okres melodii	<ul style="list-style-type: none"> <li>– krzyk i płacz (0–2/4 m.ż.)</li> <li>– głuźnienie (ok. 2/4–6 m.ż.)</li> <li>– gaworzenie (ok. 6–12 m.ż.)</li> <li>– dziecko wymawia samogłoski <i>a, e</i>, niekiedy także <i>i</i>, spółgłoski: <i>m, b, n, t, d</i> oraz półsamogłoskę <i>j</i></li> </ul>
Okres wyrazu	<ul style="list-style-type: none"> <li>– dziecko wymawia:               <ul style="list-style-type: none"> <li>– wszystkie samogłoski (poza nosowymi)</li> <li>– spółgłoski dwuwargowe twarde i miękkie, wargowo-zębowe twarde i miękkie, przedniojęzykowo-zębowe: <i>t, d, n</i>, środkowojęzykowe: <i>ś, ź, ć, dź, ń, k', g', h'</i>, tylnojęzykowe: <i>k, g, h</i></li> <li>– pozostałe spółgłoski zastępuje innymi, łatwiejszymi do wymówienia, o zbliżonym miejscu artykulacji</li> </ul> </li> <li>– występują uproszczenia grup spółgłoskowych</li> <li>– charakterystyczne jest wymawianie tylko pierwszej sylaby lub końcówki wyrazu</li> <li>– pojawiają się pierwsze słowa (<i>mama, tata, baba, dada</i>)</li> </ul>

<sup>2</sup> Podział na etapy rozwoju mowy zaproponowany przez Leona Kaczmarka jest podziałem nieznormalizowanym, lecz nadal najpopularniejszym w logopedii.

Tabela 1. cd.

Etap rozwoju mowy	Charakterystyka artykulacji
Okres zdania	<ul style="list-style-type: none"> <li>– początkowo dziecko wypowiada zlepki wyrazowe bądź równoważniki zdań, które przechodzą w zdania złożone z trzech i więcej wyrazów</li> <li>– występują błędy gramatyczne</li> <li>– dziecko wymawia:               <ul style="list-style-type: none"> <li>– wszystkie samogłoski ustne i nosowe</li> <li>– dwuwargowe: <i>p, b, m</i> oraz miękkzone: <i>p', b', m'</i></li> <li>– wargowo-zębowe: <i>f, w</i> oraz miękkzone: <i>f', w'</i></li> <li>– środkowejęzykowe: <i>ś, ź, ć, dź, ń, k', g', h'</i></li> <li>– tylnojęzykowe: <i>k, g, h</i></li> <li>– przednjojęzykowo-zębowe: <i>t, d, n</i></li> <li>– przednjojęzykowo-dziąsłowe: <i>l</i> oraz miękkzone: <i>l'</i></li> </ul> </li> <li>– pod koniec tego okresu mogą już pojawić się głoski: <i>s, z, c</i>, a także: <i>sz, ź, cz, dź</i></li> </ul>
Okres swoistej mowy dziecięcej	<ul style="list-style-type: none"> <li>– 4. r.ż.:               <ul style="list-style-type: none"> <li>– utrwalają się głoski: <i>s, z, c, dz</i></li> <li>– głoski: <i>sz, ź, cz, dź</i> mogą być zamieniane na: <i>s, z, c, dz</i> lub: <i>ś, ź, ć, dź</i></li> <li>– głoski w wyrazie mogą być poprzesławiane, a grupy spółgłoskowe uproszczone</li> </ul> </li> <li>– 5. r.ż.:               <ul style="list-style-type: none"> <li>– utrwalane są głoski: <i>sz, ź, cz, dź</i> (dziecko potrafi je poprawnie powtórzyć, choć w mowie potocznej mogą być jeszcze wymawiane jako: <i>s, z, c, dz</i>)</li> <li>– pojawia się głoska <i>r</i></li> <li>– grupy spółgłoskowe nadal mogą być upraszczane</li> </ul> </li> <li>– 6. r.ż.:               <ul style="list-style-type: none"> <li>– dziecko powinno wymawiać wszystkie głoski języka polskiego</li> <li>– dziecko może jeszcze zastępować głoski trudne artykulacyjnie głoskami łatwiejszymi do wymówienia (nieukończony rozwój mowy)</li> </ul> </li> </ul>

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Kaczmarek, 1982; Demelowa, 1982.

Rozwój mowy nie przebiega jednakowo u wszystkich dzieci. Jedne zaczynają mówić wcześniej, inne potrzebują więcej czasu na opanowanie systemu fonologicznego języka polskiego. W rozwoju mowy dzieci można dostrzec także różną kolejność pojawiania się poszczególnych głosek. Tempo rozwoju mowy może bowiem zależeć od takich czynników, jak sytuacja środowiskowa, zdolności pedagogiczne rodziców oraz indywidualne predyspozycje dziecka. W praktyce lo-

gopedycznej przyjęto, że różnice w przyswajaniu mowy, które nie przekraczają pół roku, zaliczane są do normy rozwojowej [Zaleski, 2002]. Odstępstwa od niej mogą zostać wcześniej dostrzeżone za sprawą przesiewowego badania mowy.

### **Projekt badawczy pt. *Przesiewowa diagnostyka mowy u dzieci w wieku przedszkolnym***

Celem projektu było przeprowadzenie diagnostycznego badania mowy dzieci w wieku przedszkolnym, które pozwoliło ukazać częstotliwości zaburzeń mowy i pomogło zapewnić dalszą opiekę specjalistyczną. Podjęte działania diagnostyczne i terapeutyczne mogą przyczynić się w przyszłości do zminimalizowania negatywnych skutków wykrytych zaburzeń. Badania stanowiły element profilaktyki logopedycznej, która pozwala na wczesną identyfikację dzieci z grupy ryzyka wystąpienia zaburzeń mowy. Objęto nimi 4 oddziały Przedszkola Miejskiego nr 109 z Oddziałami Integracyjnymi w Łodzi. Łącznie wzięło w nich udział 80 dzieci (40 dziewczynek i 40 chłopców).

Do celów szczegółowych projektu zaliczono:

- wykrycie i wstępne określenie rodzaju zaburzenia mowy u dzieci w wieku przedszkolnym w jednej z placówek województwa łódzkiego;
- objęcie specjalistyczną opieką dzieci ze stwierdzonymi zaburzeniami mowy (diagnostyka i terapia);
- edukowanie nauczycieli, specjalistów i rodziców na temat zaburzeń mowy i komunikacji, zwiększającej się liczby dzieci z problemami artykulacyjnymi oraz szerzenie wśród nich wiedzy logopedycznej.

Projekt składał się z 3 etapów:

1. Etap informacyjny – podczas jego trwania rodzice zostali poinformowani o planowanych badaniach przesiewowych mowy. Wymagana była pisemna zgoda rodzica na przeprowadzenie takiego badania. Dodatkowo opiekunowie mogli zapoznać się z broszurami informacyjnymi dotyczącymi prawidłowego rozwoju mowy oraz wskazówkami, kiedy należy udać się z dzieckiem do logopedy. Każdy rodzic otrzymał do wypełnienia arkusz wywiadu dotyczący przebiegu rozwoju mowy dziecka od okresu prenatalnego do chwili obecnej.

2. Badania przesiewowe mowy – badaniu zostały poddane dzieci z oddziałów przedszkolnych w wieku 3–6 lat, uczęszczające do Przedszkola Miejskiego nr 109 z Oddziałami Integracyjnymi w Łodzi.

3. Etap informacyjno-edukacyjny – rodzice otrzymali wynik badania na piśmie wraz ze wskazówkami do dalszych działań (tj. podjęcia ewentualnej terapii logopedycznej i/lub konsultacji z innymi specjalistami). Etap ten miał na celu dodatkowo edukowanie nauczycieli, specjalistów i rodziców na temat zaburzeń mowy i komunikacji, zwiększającej się liczby dzieci z problemami artykulacyjnymi oraz szerzenie wśród nich wiedzy logopedycznej – stanowił więc element profilaktyki pierwszorzędowej.



## Metodyka badań

W projekcie posłużono się metodą eksperymentu pedagogicznego. Do technik badawczych zaliczono: badanie mowy, wywiad, analizę dokumentów. Obecna diagnostyka logopedyczna opiera się najczęściej na wykorzystaniu tradycyjnych narzędzi badawczych (takich jak np. papierowy kwestionariusz obrazkowy). W ostatnich latach ich repertuar stopniowo jest uzupełniany również o programy multimedialne, które wychodzą naprzeciw oczekiwaniom współczesnych dzieci, „ekranowych czytelników”. W związku z tym badanie zostało przeprowadzone za pomocą multimedialnego programu komputerowego *EduSensus – Logopedia – Badanie mowy*. Na podstawie prób diagnostycznych zawartych w programie dokonano oceny sprawności artykulacyjnej dzieci (w tym słuchu fonematycznego) oraz zbadano ich poziom umiejętności wypowiedzania się na temat ilustracji.

Wykorzystany w badaniu program komputerowy składa się z pakietu interaktywnych ilustracji, które uatrakcyjniają proces badania mowy. Dzięki zasobom zawartym w programie logopeda może:

- „ocenić warunki artykulacyjne pacjenta;
- badać umiejętność wypowiedzania się pacjenta i określać poziom jego wypowiedzi;
- wstępnie oceniać rozumienie mowy przez pacjenta;
- poznać jego stopień znajomości czasowników i umiejętności określania czynności;
- dokonywać zapisu uwag zebranych podczas badania, tworząc w ten sposób profesjonalną dokumentację” [Zielińska, 2015, s. 39].

W kwestionariuszu „Badanie przesiewowe” znajduje się gotowy materiał ilustracyjno-interaktywny, za pomocą którego logopeda może przeprowadzić przesiewowe badanie mowy i wstępnie ocenić realizację poszczególnych głosek. Materiał przygotowany został w oparciu o frekwencyjność występowania wad wymowy.

## Przebieg badania logopedycznego

Przed przystąpieniem do badania artykulacji sprawdzono budowę i funkcjonowanie narządów mowy. Obserwowano także sposób oddychania.

W badaniu artykulacji wykorzystano pochodzący z programu materiał językowy, który zaprezentowano w tabeli 2.

Dodatkowo zbadano umiejętność wypowiedzania się na temat sytuacji przedstawionej na obrazku. Pomocny okazał się w tym materiał ilustracyjny dostępny w programie, przedstawiający sytuację w zoo. Badanym zaprezentowano obrazek, na którym znajdowali się chłopiec trzymający balon, dziewczynka trzymająca aparat fotograficzny oraz zwierzęta: foka, małpa, słoń, nietoperz i lew. Ilustracje w tej części programu posiadały ukryte animacje. Po kliknięciu konkretnego elementu



dziewczyńce pękał balon, chłopiec robił zdjęcia aparatem, foka turlała piłkę na nosie, małpa jadła banan, słoń tryskał wodą, nietoperz mrugał oczami, a lew ryczał. Ruchowi ilustracji towarzyszył symultanicznie odtwarzany dźwięk.

Tabela 2. Materiał językowy wykorzystany w badaniu artykulacji

Artykulacja	Materiał językowy
Szereg ciszący	<i>siedem, misie, gęś zima, guzik cień, bocian, kapeć dzik, łabędzie</i>
Szereg syczący	<i>ser, pasek, ananas zapalki, lizak cebula, tablica, latawiec dzwonek, pędzelek</i>
Szereg szumiący	<i>szalik, wieszak, jeź żaba, leżak czajnik, klucze, miecz dżem</i>
Głoska <i>r</i>	<i>rak, kura, ser</i>
Opozycje głoskowe, słuch fonematyczny	<i>góra–kura kosa–koza piórko–biurko</i>
Samogłoski ustne	<i>aniot, osa, igła, ekran, lody</i>
Samogłoski nosowe	<i>mąka, gęś</i>

Źródło: opracowanie własne na podstawie: *EduSensus – Logopedia – Badanie mowy*, 2015.

Dokonano także wstępnego badania rozumienia mowy, które polegało na zadawaniu pytań zamkniętych dziecku przyglądającemu się ilustracji. Logopeda zadał 3 pytania:

1. Czy chłopiec trzyma balon?
2. Czy na ilustracji jest słoń?
3. Czy obok małpy stoi lew?

## Wyniki przeprowadzonych badań

W badaniu wzięło udział 80 dzieci, w tym 40 dziewczynek (50%) i 40 chłopców (50%) w wieku 3–6 lat (co stanowiło 86% wszystkich dzieci uczęszczających wówczas do przedszkola). Najliczniejszą grupę stanowiły trzylatki (31%),

następnie sześciolatki (25%), czterolatki (23%) oraz pięciolatki (21%). Podział grupy badanej ze względu na płeć i wiek przedstawiono w tabeli 3.

Tabela 3. Dzieci objęte badaniami przesiewowymi z podziałem na wiek i płeć

Wiek	Badani (N = 80) [n (%)]		
	dziewczynki	chłopcy	ogółem
3 lata	13 (16)	12 (15)	25 (31)
4 lata	11 (14)	7 (9)	18 (23)
5 lat	7 (9)	10 (12)	17 (21)
6 lat	9 (11)	11 (14)	20 (25)
Łącznie	40 (50)	40 (50)	80 (100)

Źródło: opracowanie własne.

Badania budowy i sprawności aparatu artykulacyjnego wykazały, że aż 38,8% dzieci ma wysklepione podniebienie (tzw. podniebienie gotyckie). 23,8% badanych miało skrócone wędzidełko podjęzykowe, które jednak nie utrudniało artykulacji w znacznym stopniu, tyle samo procent dzieci miało obniżone napięcie mięśniowe w obrębie aparatu artykulacyjnego. U badanych wystąpiły także nieprawidłowości zgryzowe (2,5%). Znaczna część dzieci, tj. 24 badanych (30%), miała nieprawidłowy tor oddechowy. Zaburzenia w obrębie aparatu artykulacyjnego częściej występowały u chłopców, niż u dziewczynek. Wyniki te zestawiono w tabeli 4.

Tabela 4. Badanie budowy i sprawności aparatu artykulacyjnego z wyszczególnieniem zaburzeń u wszystkich badanych

Zaburzenie	Badani [n (%)]		
	dziewczynki (N = 40)	chłopcy (N = 40)	ogółem (N = 80)
Obniżone napięcie mięśniowe w obrębie aparatu artykulacyjnego	5 (6,3)	14 (17,5)	19 (23,8)
Podniebienie gotyckie	14 (17,5)	17 (21,3)	31 (38,8)
Skrócone wędzidełko podjęzykowe	8 (10,0)	11 (13,8)	19 (23,8)
Nieprawidłowości zgryzowe	1 (1,3)	1 (1,3)	2 (2,5)
Nieprawidłowy tor oddechowy	5 (6,3)	19 (23,7)	24 (30,0)

Źródło: opracowanie własne.

Przeprowadzone badanie artykulacji wykazało, że wśród 80 przebadanych dzieci, 37 (8 dziewczynek i 29 chłopców) kwalifikowało się do szczegółowego badania logopedycznego. Stanowi to 46,2% dzieci poddanych badaniu.

Największy odsetek nieprawidłowości w zakresie mowy występuje u sześciolatków ( $N = 25$ ) – wady wymowy stwierdzono u 13 dzieci w tej grupie wiekowej, co stanowi 65% wszystkich sześciolatków. Wśród pięciolatków ( $N = 17$ ) zaobserwowano nieprawidłowości u 11 dzieci (65% wszystkich pięciolatków). Wśród trzylatków ( $N = 25$ ) nieprawidłowości wystąpiły u 8 osób (32% wszystkich trzylatków), a u czterolatków ( $N = 18$ ) u 5 dzieci (28% wszystkich czterolatków). Liczbę dzieci z wadami wymowy wymagających pełnej diagnozy logopedycznej w poszczególnym wieku przedstawiono w tabeli 5.

Tabela 5. Badanie artykulacji z wyszczególnieniem wieku oraz rodzaju zaburzenia

Wiek dziecka i rodzaj zaburzenia	Badani ( $N = 80$ ) [n (%)]		
	dziewczynki	chłopcy	ogółem
3 lata			
nieprawidłowa artykulacja głosek: <i>k, g, h</i>	1	5	6
seplenienie międzyzębowe	0	2	2
			} 8
4 lata			
nieprawidłowa artykulacja głosek: <i>k, g, h</i>	0	1	1
zamiana szeregu syczącego na ciszący	1	3	4
			} 5
5 lat			
zamiana szeregu syczącego na ciszący	0	1	1
seplenienie międzyzębowe	2	8	10
			} 11
6 lat			
zamiana szeregu szumiącego na syczący	0	1	1
seplenienie międzyzębowe	3	7	10
rotacyzm	1	1	2
			} 13
Łącznie	8	29	37

Źródło: opracowanie własne.

Najczęściej występującą wadą wymowy wśród dzieci z wykrytymi nieprawidłowościami artykulacyjnymi było seplenienie międzyzębowe (59,5%), następnie nieprawidłowa artykulacja głosek tylnojęzykowych: *k, g, h* (18,9%), zamiana głosek szeregu syczącego (*s, z, c, dz*) na szereg ciszący (*ś, ź, ć, dź*) (13,5%), nieprawidłowa artykulacja głoski *r* (5,4%) oraz zamiana szeregu szumiącego (*sz, ż, cz, dż*) na syczący (*s, z, c, dz*) (2,7%). Zaburzenia artykulacji występowały ponad 3 razy częściej u chłopców, niż u dziewczynek. Wyszczególnienie rodzajów zaburzeń wśród dzieci z wykrytymi wadami wymowy przedstawiono w tabeli 6.

Tabela 6. Badanie artykulacji z wyszczególnieniem rodzajów zaburzeń wśród dzieci z wykrytymi wadami wymowy

Wada wymowy	Badani (N = 37) [n (%)]		
	dziewczynki	chłopcy	ogółem
Nieprawidłowa artykulacja głosek: <i>k, g, h</i>	1 (2,7)	6 (16,2)	7 (18,9)
Zamiana szeregu syczącego na ciszący	1 (2,7)	4 (10,8)	5 (13,5)
Zamiana szeregu szumiącego na syczący	0 (0,0)	1 (2,7)	1 (2,7)
Seplenienie międzyzębowe	5 (13,5)	17 (46,0)	22 (59,5)
Rotacyzm	1 (2,7)	1 (2,7)	2 (5,4)
Łącznie	8 (21,6)	29 (78,4)	37 (100,0)

Źródło: opracowanie własne.

W zakresie rozumienia mowy nie stwierdzono żadnych zaburzeń – wszyscy badani prawidłowo odpowiedzieli na pytania do ilustracji. Wyniki przedstawiono w tabeli 7.

Tabela 7. Badanie rozumienia w odniesieniu do wszystkich badanych

Rozumienie	Badani (N = 80) [n (%)]		
	dziewczynki	chłopcy	ogółem
Prawidłowe	40 (100,0)	40 (100,0)	80 (100,0)
Nieprawidłowe	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)

Źródło: opracowanie własne.

Wyniki badań pokazały, że 30% dzieci posługiwało się podczas opisywania ilustracji zdaniami prostymi, natomiast 70% używało zdań złożonych. Nie zauważono jednak żadnych nieprawidłowości, ponieważ zdaniami prostymi posługiwały się jedynie dzieci trzyletnie (tabela 8).

Tabela 8. Badanie sposobu wypowiedzania się w odniesieniu do wszystkich badanych

Sposób wypowiedzania się	Badani (N = 80) [n (%)]		
	dziewczynki	chłopcy	ogółem
Zdania proste	11 (27,5)	13 (32,5)	24 (30,0)
Zdania złożone	29 (72,5)	27 (67,5)	56 (70,0)

Źródło: opracowanie własne.

## Wnioski

Przeprowadzone badania potwierdziły poruszane w literaturze zagadnienie związane z wysokim współczynnikiem występowania wad wymowy i problemami logopedycznymi u dzieci w wieku przedszkolnym. Wyniki badań wskazują na wysoki procent wystąpienia zaburzeń językowych u dzieci w wieku przedszkolnym (46,2%). Niepokojący jest fakt, że u blisko połowy przebadanych dzieci zaobserwowano występowanie zaburzeń językowych. Co więcej, z wywiadu wynika, że tylko u 13 osób (35,1%) podjęta została terapia logopedyczna przed przeprowadzonym badaniem, zatem 64,9% dzieci zostawało do tej pory bez opieki logopedycznej. Jest to szczególnie niepokojące w przypadku pięcio- i sześciolatków, którzy wkrótce mają rozpocząć naukę w szkole (w każdej z grup aż 65% dzieci kwalifikuje się do szczegółowego badania logopedycznego).

Działania realizowane w ramach projektu uświadomiły rodzicom konieczność podjęcia dalszej diagnostyki specjalistycznej dzieci z zaburzeniami oraz zapewnienia im odpowiedniej opieki terapeutycznej. Mogą one wpłynąć na skrócenie czasu terapii oraz zminimalizowanie negatywnych konsekwencji wykrytych zaburzeń językowych dzięki działaniom diagnostycznym, leczniczym i terapeutycznym. Poinformowanie rodziców i pracowników oświaty o wynikach badań pozwoliło poszerzyć wiedzę na temat zaburzeń językowych oraz konieczności prowadzenia przesiewowych badań mowy. Wczesne wykrycie zaburzeń językowych jest istotnym elementem wstępnej diagnozy logopedycznej, dzięki któremu możliwe jest niezwłoczne zaprogramowanie i podjęcie terapii.

Wyniki jednoznacznie pokazują, że badania przesiewowe są istotnym elementem profilaktyki logopedycznej i powinny być wykonywane przez każdego logopedę pracującego w placówkach oświatowych. Przyczyniają się one do zidentyfikowania zaburzeń mowy już w początkowym stadium ich powstawania.

---

## Bibliografia

- Błachnio Krystyna, 2001, *Vademecum logopedyczne*, Poznań.
- Demelowa Genowefa, 1982, *Elementy logopedii*, Warszawa.
- EduSensus – Logopedia – Badanie mowy. *Multimedialne oprogramowanie do diagnozy i terapii logopedycznej z wyposażeniem pomocniczym*, 2015, Gdynia.
- Emiluta-Rozya Danuta, Mierzejewska Halina, Atys Paulina, 2004, *Badania przesiewowe do wykrywania zaburzeń rozwoju mowy u dzieci dwu-, cztero- i sześciolletnich*, Warszawa.
- Gunia Grażyna, 2011, *Koncepcja i organizacja opieki logopedycznej w Polsce*, w: Grażyna Gunia, Viktor Lechta (red.), *Wprowadzenie do logopedii*, Kraków, s. 53–67.
- Jastrzębowska Grażyna, 2003, *Stan i perspektywy opieki logopedycznej w Polsce*, w: Tadeusz Galkowski, Grażyna Jastrzębowska (red.), *Logopedia – pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki*, t. 1, Opole, s. 301–314.
- Jeżewska-Krasnodębska Ewa, 2008, *O potrzebie ujednoczenia logopedycznych badań przesiewowych (prowadzonych w przedszkolach i szkołach podstawowych)*, w: Józef Porayski-Pomsta (red.), *Diagnoza i terapia w logopedii*, t. 7, Warszawa, s. 173–182.
- Kaczmarek Leon, 1982, *Nasze dziecko uczy się mowy*, Lublin.
- Kania Józef Tadeusz, 2001, *Szkice logopedyczne*, Lublin.
- Majewska-Tworek Anna, 2001, *Rozwój sprawności artykulacyjnej dziecka w wieku przedszkolnym*, Lublin.
- Michalak-Widera Iwona, Węsierska Katarzyna, 2012, *Test do badań przesiewowych mowy dla dzieci w wieku przedszkolnym*, Katowice.
- Skorek Ewa Małgorzata, 2000, *Z logopedią na Ty. Podręczny słownik logopedyczny*, Kraków.
- Sobol Elżbieta (red.), 1999, *Mały słownik języka polskiego*, Warszawa.
- Węsierska Katarzyna, 2012, *Profilaktyka logopedyczna w ujęciu systemowym*, w: taż (red.), *Profilaktyka logopedyczna w praktyce edukacyjnej*, t. 1, Katowice, s. 25–47.
- Zaleski Tadeusz, 2002, *Opóźnienia w rozwoju mowy*, Warszawa.
- Zielińska Monika, 2015, *Element diagnostyczny „Aplikacji logopedy”. Badanie mowy*, w: Anna Walencik-Topiłko, Lucyna Draczyńska, Karolina Godlewska, Monika Zielińska, Małgorzata Żmuda (red.), *Logopedia. Multimedialne oprogramowanie do diagnozy i terapii logopedycznej z wyposażeniem pomocniczym. Przewodnik metodyczny*, t. 1, Gdynia.

---

## Summary

Screening diagnosis of speech helps single out children from the risk group of the appearance of the speech impediments and taking the speech-therapy early intervention towards them. The current speech-therapy care at the pre-schools is embracing only children with statements about the need of the special education, however recent research data is showing high level of speech defects in pre-school children and the majority from them isn't provided with specialist therapy at the pre-school. The screening is contributing to the reduction in the number of children with the speech impediments thanks to more accurate further diagnostics and therapeutic action. Detecting the defect at a young age is precipitating therapy and is helping in building the correct speech

system. The screening prevention of speech defects allows additionally to notice other developmental abnormalities which can become apparent in the course of conducted examinations. The aim of the article is to show the scale of the problem of undiagnosed speech defects and to emphasize the importance of early diagnose of said defects. The research results allowed to show the current scale of speech defects appearance in one of the pre-schools in Lodz Voivodeship.





Ewelina Zając

Uniwersytet Łódzki\*

## WPŁYW ZABURZEŃ MOWY U DZIECI SZEŚCIO- I SIEDMIOLETNICH NA NAUKĘ CZYTANIA I PISANIA

---

THE INFLUENCE OF SPEECH DISORDERS  
IN SIX- AND SEVEN-YEAR-OLD CHILDREN  
ON LEARNING TO READ AND WRITE

**Słowa kluczowe:** nauka czytania i pisania, zaburzenia mowy, ryzyko dysleksji rozwojowej.

**Keywords:** reading and writing, speech disorders, risk of developmental dyslexia.

Z roku na rok poziom umiejętności uczniów w zakresie czytania i pisania coraz bardziej spada. Aby temu przeciwdziałać nauczyciele edukacji wczesnoszkolnej prowadzą zajęcia wyrównujące szanse edukacyjne, ale w działania te włączają się także szkolni pedagodzy, psychologowie oraz logopedzi. Przyczyn takiej sytuacji upatruje się m.in. w niewłaściwych metodach nauczania oraz w źle skonstruowanych podręcznikach dla pierwszoklasistów, dlatego powstają prace naukowe, mające na celu analizę podręczników przeznaczonych do nauki czytania i pisania [zob. Awramiuk, 2012]. Według polskich nauczycieli edukacji wczesnoszkolnej, aż 23% uczniów potrzebuje zajęć wyrównawczych z czytania (średnia międzynarodowa wynosi 17%) [Konarzewski, 2007, s. 30].

Celem artykułu jest zbadanie, czy, w jaki sposób i które zaburzenia mowy wpływają na naukę czytania i pisania u dzieci sześciolletnich przygotowujących się do rozpoczęcia nauki szkolnej oraz u uczniów siedmioletnich – pierwszoklasistów.

Materiał badawczy stanowią wyniki badań logopedycznych przeprowadzonych w przedszkolu i szkole podstawowej (obie placówki należą do tego samego zespołu szkół) w powiecie tureckim w województwie wielkopolskim we wrze-

---

\* Wydział Filologiczny, Instytut Filologii Polskiej i Logopedii, Zakład Dialektologii Polskiej i Logopedii, ul. Pomorska 171/173, 90-236 Łódź, ewelina.zajac@uni.lodz.pl

śniu i październiku 2016 roku. Badania nie zostały zaplanowane jako naukowe, są one wynikiem codziennej pracy, jednak podczas przeprowadzania diagnozy logopedycznej oraz w trakcie późniejszej terapii zauważono, że wraz z poprawą jakości mówienia, poprawie ulega też technika czytania i pisanie.

Badania przesiewowo-diagnostyczne były prowadzone indywidualnie z każdym dzieckiem/ucznikiem w gabinecie logopedycznym. W ramach badania dokonano diagnozy logopedycznej, obserwacji rozwoju mowy, oceny komunikacji, zbadano biologiczne uwarunkowania mowy, przeprowadzono także test znajomości liter i czytania, ponieważ część dzieci siedmio-, ale i sześcioletnich potrafiła już czytać. Oceny komunikacji dokonano na podstawie rozmowy spontanicznej dotyczącej minionych wakacji, ulubionych zabaw oraz potraw. W tym czasie wsluchiowano się w artykulację dźwięków mowy oraz obserwowano ruchy języka i warg. Dzieci powtarzały sylaby, wyrazy oraz związki wyrazowe. Uzupełnieniem diagnozy było nazywanie obrazków z *Logopedycznego testu dla dzieci i młodzieży* autorstwa Iwony Michalak-Widery [2009]. Nie korzystano z pomocy pedagoga i psychologa podczas diagnozy, dlatego nie badano dzieci pod kątem występowania ryzyka dysleksji. Według badań, dzieci dyslektyczne często przejawiają zaburzenia mowy [Makarewicz, 2006, s. 20], jednak mimo twierdzenia o współistnieniu zaburzeń mowy oraz czytania i pisanie, trzeba przyznać, że są dzieci dyslektyczne, których mowa rozwijała się bez trudności oraz dzieci, których mowa kształtowała się z licznymi nieprawidłowościami, a nigdy nie miały żadnych problemów z czytaniem i pisanie.

Po przeprowadzonej diagnozie dzieci, u których zdiagnozowano zaburzenia mowy i komunikacji oraz słuchu fonematycznego, zostały zakwalifikowane na terapię logopedyczną. Systematycznie analizowano postępy wszystkich dzieci i uczniów z zakresu usprawniania komunikacji. U uczniów siedmioletnich nieodłącznym elementem ćwiczeń były zadania usprawniające technikę czytania i pisanie. Zauważono, że mają oni duże trudności z opanowaniem czytania oraz pisanie odtwórczego i ze słuchu. W celu zweryfikowania sytuacji, obserwowano zajęcia edukacji wczesnoszkolnej, podczas których wszyscy uczniowie głośno czytali. Zaobserwowano wówczas, że większość pierwszoklasistów ma problemy z opanowaniem tej umiejętności, jednak na tle klasy najgorzej wypadają uczniowie z wadami wymowy, uczęszczający na zajęcia logopedyczne. Analizie poddano też dyktanda pisane ze słuchu, wypracowania odtwórcze oraz teksty przepisywane, potwierdzające, że dzieci z wadami wymowy mają problem także z prawidłową techniką pisanie.

W badaniu wzięło udział 36 uczniów klas pierwszych (klasy Ia i Ib po 18 uczniów), ale również 27 dzieci sześcioletnich, uczęszczających do zerówki (grupa VI – 13 dzieci i grupa V – 14 dzieci).

W dwu klasach pierwszych, liczących łącznie 36 osób, aż u 18, tj. u 50% zdiagnozowano zaburzenia mowy i komunikacji. U 17 uczniów była to dyslalia odwodowa, a u 1 chłopca zaburzenie płynności mówienia (jąkanie). U 50% dzieci nie stwierdzono żadnych zaburzeń mowy.

Wśród wad wymowy najczęściej występował sygmatyzm (u 9 uczniów) – prawie u 53% wszystkich dzieci z wadami. Sygmatyzm szeregu spółgłosek dźwiękowych dotyczył 7 dzieci, szeregu spółgłosek zębowych 2 dzieci, nie odnotowano zaburzenia szeregu głosek palatalnych. Stwierdzić można, że sygmatyzm to najczęściej występująca wada wymowy u dzieci rozpoczynających edukację szkolną. Wnioski takie podaje także literatura [por. Bartkowska, 1968; Demel, 1959; Jastrzębowska, 1998; Jeżewska-Krasnodębska, 2017; Kania, 1982]. Najczęściej dzieci dokonywały substytucji głosek szumiących na syczące, spowodowane było to głównie wadą zgryzu, dysfunkcjami w obrębie aparatu artykulacyjnego oraz nieprawidłowego toru oddechowego.

Rotacyzm to kolejna wada wymowy występująca u 6 pierwszoklasistów, czyli prawie u 43% dzieci z wadami wymowy. Troje uczniów dokonywało substytucji głoski [r] głoską [l] oraz [j]. Jednak u pierwszoklasistów z prawidłowym słuchem fonematycznym substytucja okazywała się niewystarczająca, gdyż szukali oni dźwięku zbliżonego akustycznie do głoski [r], stąd też deformacje głoski. U 3 uczniów zdiagnozowano elizję.

Trzecią występującą wadą wymowy była mowa bezdźwięczna u 2 uczniów, czyli u 14% dzieci. U dzieci tych zdiagnozowano mowę bezdźwięczną całkowitą, gdzie zaburzona była cała korelacja dźwięczności. Wymowa bezdźwięczna przybierała postać paralalii – głoski dźwięczne realizowane były jako ich bezdźwięczne odpowiedniki. Nie stwierdzono mogilalii ani deformacji.

U 18 uczniów klasy pierwszej występowały zaburzenia mowy, a u 14 z nich dodatkowo jeszcze trudności w nauce czytania i pisania. Największy problem z opanowaniem tych umiejętności miały dzieci z parasygmatyzmem. Najczęściej zamieniały one głoski szumiące na syczące i tak też przedstawiały te głoski graficznie. Najistotniejszym elementem terapii logopedycznej był trening słuchu fonematycznego, który po kilku miesiącach przyniósł pozytywne efekty.

O związku wad wymowy z trudnościami w czytaniu i pisaniu można mówić wtedy, gdy podłożem tych wad są zaburzenia słuchu fonematycznego. Jeśli problemy z artykulacją są spowodowane np. zbyt krótkim wędzidełkiem, złym ułożeniem narządów mowy, wówczas nie są one powiązane z trudnościami w nauce czytania i pisania. Najczęstszą przyczyną jest zaburzony słuch fonematyczny. Okazało się, że dzieci zakwalifikowane na terapię logopedyczną to również w większości te same dzieci, które nauczyciel wychowania wczesnoszkolnego określił jako mające trudności z nauką czytania i pisania.

Podobna sytuacja miała miejsce u dzieci sześciolletnich. W dwu grupach przedszkolnych, liczących 27 dzieci, u 21 z nich, czyli u prawie 78%, zdiagnozowano zaburzenia mowy: u 14 dyslalię obwodową, a u 7 niezakończony rozwój mowy. Wśród wad wymowy najczęściej występował sygmatyzm – u 8 dzieci oraz rotacyzm – u 6. Nie zdiagnozowano żadnych innych wad, co mogło być spowodowane wcześniejszą terapią logopedyczną. W grupie dzieci z sygmatyzmem 5 przejawiało substytucje głosek szeregu szumiącego na syczący, natomiast

u 3 zdiagnozowano deformację głosek szeregu syczącego, tj. międzyzębowość. U dzieci sześciolletnich rotacyzm zdiagnozowano u 6 z nich, tj. u 28% wszystkich dzieci z wadami wymowy. Wszystkie dzieci dokonywały substytucji głoski [r] na głoskę [l].

Podczas terapii logopedycznej dzieci przedszkolnych, oprócz usprawniania aparatu artykulacyjnego, wywołania i utrwalania zdeformowanych lub niewystępujących głosek, skupiono się na ćwiczeniach słuchu fonematycznego. Podobnie jak u uczniów siedmioletnich, dzieci sześciolletnie miały zaburzony słuch fonematyczny – dobrze słyszały słowa, ale nie potrafiły wyróżniać pojedynczych dźwięków i składać ich w całość, co jest niezwykle istotne w procesie czytania i pisania.

Jednym z podstawowych czynników warunkujących proces nauki pisania jest prawidłowo opanowana analiza fonemowa, tj. umiejętność w pełni świadomego wyodrębniania kolejnych fonemów w wyrazie [zob. Styczek, 1982; Rocławski, 1985]. Już niemal 20 lat temu Stanisław Milewski zbadał, że dzieci rozpoczynające naukę szkolną nie opanowały w zadowalającym stopniu analizy fonemowej wyrazów [Milewski, 1999], a jest ona ogromnie ważna w nauce pisania [Milewski, 2007]. Niepoprawna<sup>2</sup> segmentacja fonemowa rzutuje na błędy w pisowni. Jeśli dziecko posiada wadę wymowy i źle wypowiada wyraz, to dokonuje także niewłaściwej segmentacji fonemowej. Zaburzenia słuchu fonemowego w okresie opanowywania języka zawsze prowadzą do zaburzeń w realizacji struktury fonemowej wyrazów [Rocławski, 2016, s. 20]. Jednak nie każda wada wymowy wpływa na nieprawidłową analizę fonemową i rzutuje na pisownię. Do zaburzeń analizy oraz błędów w pisowni dochodzi, jeśli dziecko ma wadę wymowy, którą zaliczymy do paralalii i mogilalii (brak realizacji jakiegoś fonemu w postaci głoski). Jeśli dziecko zamienia głoski – ma dyslalię właściwą (wymawia głoski niezgodnie z normą ortofoniczną, zamienia je na inne, np. [š] na [s]), ale nie popełnia błędów w pisaniu, oznacza to, że ma prawidłowo ukształtowany system fonologiczny, a dziecko ma jedynie problemy natury artykulacyjnej [Milewski, 2007, s. 197–198]. Aby nauczyć się czytać, najpierw trzeba uświadomić sobie wewnętrzną, fonologiczną strukturę słów, a później zrozumieć odpowiedniość zachodzącą między sekwencją liter i sekwencją głosek w wyrazie. Zaburzenie słuchu fonematycznego ogranicza zdolność dzielenia słów na głoski i ich transpozycji na litery [Chomsky, 1957].

Osiągnięcie oczekiwanych rezultatów w czytaniu zależy z pewnością od stopnia rozwoju mowy i wymowy oraz od metody, jaką uczono dziecko płynnego czytania. Wadliwa artykulacja bezpośrednio wpływa na zniekształcenie brzmie-

---

<sup>2</sup> Niepoprawnością Milewski nazywa błąd w analizie fonemowej, który polega na odstępstwie od obowiązującej normy ortofonicznej. Natomiast błąd polegający na dokonywaniu niezgodnej z własną wymową segmentacji fonemowej to nieprawidłowość [Milewski, 2007, s. 195–196].

niowej warstwy czytanego tekstu, co jednocześnie może wpływać na jego rozumienie. Według Michaela Ruttera [1972], dzieci z wadami wymowy często mają przejściowe trudności w czytaniu. Widoczne jest również występowanie wad wymowy z zaburzeniami lub opóźnieniem w opanowaniu języka, co jednocześnie ma silny związek z występowaniem specyficznych zaburzeń czytania [Krasowicz-Kupis, 2003, s. 102].

Na podstawie klasyfikacji zaproponowanej przez Stanisława Grabiasa [2002], porządkującej postępowanie logopedyczne, stwierdzić należy, że większość dzieci w wieku 6–7 lat ma zaburzenia mowy związane z brakiem lub niepoprawnością sprawności realizacyjnych przy zdobytych kompetencjach. Dzieci z dyslalią nieprecyzyjnie wymawiają grupy spółgłoskowe, opuszczają głoski, upodabniają głoski zbliżone do siebie fonetycznie.

Aby określić wpływ zaburzeń mowy na naukę pisania, analizie poddano fragmenty wypracowań odtwórczych dzieci, dyktanda pisane ze słuchu oraz teksty przepisywane. Podczas wykonywania tych trzech czynności uczniowie klas pierwszych najczęściej opuszczali litery, zwłaszcza te tzw. problematyczne (sz, ż/rz, cz, dż, r), będące graficznym odpowiednikiem dźwięku, którego nie potrafili wyartykułować, np.: *na wycieke* (na wycieczkę), *koleanki* (koleżanki), *Kystian* (Krystian), *gruka* (gruszka), *Chowacji* (Chorwacji), *rękawiki* (rękawiczki). Było to zauważalne nawet u dzieci, które dźwięki te prawidłowo artykułowały. Oprócz tego często zdarzały się substytucje liter odpowiadających głoskom szumiącym na syczące, [r] na [l] oraz dźwięcznym na bezdźwięczne, np.: *tludne, psygody, nad mozem, w gulach, kszypy, kury*. Poza tym, znaczna część dzieci pisała tak jak mówiła, nie zwracając uwagi na zasady ortograficzne, np. *łószko, wjadерko, nószka, kusz*. Dzieci miały duże trudności z odwzorowywaniem tekstu na skutek słabej znajomości liter oraz przenoszenia cech wymowy do pisanego tekstu. Dodatkowo, w opowiadaniach odtwórczych uczniowie unikali wyrazów, w których znalazłby się graficzny odpowiednik głoski, z którą mają trudność.

Obok aktualnie występujących wad wymowy przeniesionych do pisma, można było zauważyć błędy, które charakteryzowały wcześniejszą mowę dzieci, np. zastępowanie [s, z, c, dz] – szeregami [ś, ź, ć, dź], np.: *pieśkiem, wakaćje, miastecka*.

Jednak nie wszystkie dzieci, posiadające wadę wymowy, popełniały błędy w piśmie związane z ich wadą. Wiąże się to z brakiem zaburzenia w przekodowywaniu tekstu fonicznego na pisany. Prawidłowy jest u nich mechanizm selekcji w odróżnieniu do dzieci, które błędy artykulacyjne przenoszą do pisma [Zelech, 1997, s. 141].

Obok wymienionych błędów występujących w pisaniu pojawiało się również dodawanie i pomijanie samogłoski y (np. *msz* – *mysz*, *kyotlet* – *kotlet*, *gyrzyby* – *grzyby*), zapisywanie samogłosek nosowych zgodnie z wymową (np. *ponki* – *pąki*, *pjontek* – *piątek*), pomijanie części wyrazu lub sylab; liczne inwersje; zamienianie wyrazów na inne w oparciu o wzrokowe podobieństwo; zamienianie samogłosek.



Podczas analizy umiejętności czytania dało się zauważyć, że jeszcze pod koniec roku szkolnego niektóre dzieci nie opanowały tego procesu; odczytywały one kolejne litery, czasem nawet je myląc i/lub przestawiając. Bardzo często uczniowie dokonywali substytucji wyrazowych – odgadywali wyrazy, domyślając się ich po pierwszej przeczytanej sylabie. Tempo towarzyszące czytaniu było bardzo wolne, spowodowane trudnościami w analizie i syntezie głoskowo-literowej oraz nie płynnością mówienia u jednego chłopca. Uczniowie głoskowali głośno oraz po cichu, robiąc to kilkakrotnie. Oczywiście błędy w czytaniu znane z mowy dzieci nie były brane pod uwagę przez wychowawców przy wystawianiu ocen częściowych i końcowych. Warto tu także zwrócić uwagę na różnicę między zaburzeniami czytania a nieprawidłową wymową odczytanego tekstu. Są to dwa różne problemy. Należy odróżnić zaburzenia techniki czytania, czyli przekodowanie z kodu graficznego na foniczny, od wadliwej wymowy. Jeżeli nieprawidłowa jest tylko artykulacja, to nie mamy wtedy do czynienia z zaburzeniem czytania tylko wymowy [Zelech, 1997, s. 162].

Większość dzieci nie była w stanie opowiedzieć, co przed chwilą przeczytały, całą swoją uwagę przeznaczyły na analizę i syntezę głoskową, natomiast nie wystarczyło jej na zrozumienie czytanego tekstu. Według Władysława Zelecha, jeżeli nie ma rozumienia czytanego tekstu, to czytanie w zasadzie nie istnieje, ponieważ nie pełni swojej podstawowej funkcji. Lekcja bez rozumienia występuje zazwyczaj wtedy, gdy mają miejsce częste substytucje wyrazowe na zasadzie styczności brzmienia lub znaczenia oraz opuszczenia liter [Zelech, 1997, s. 162].

Błędami występującymi podczas czytania według klasyfikacji Krystyny Sochackiej [2004] były także: źle odczytywane wyrazy pod wpływem sąsiedniego wyrazu, nieprawidłowe odczytywanie zmiękczeń i dwuznaków, mylenie liter P, B, D, G oraz uproszczenia zbitek spółgłoskowych, przejawiające się dodaniem samogłoski lub zmianie spółgłoski na samogłoskę.

Podsumowując, na podstawie badań przeprowadzonych w roku szkolnym 2016/2017 wśród dzieci sześciolletnich uczęszczających do „zerówki” oraz uczniów siedmiolletnich ustalono, że niemal 62% z nich ma zaburzenia mowy. Wyniki te niemal pokrywają się z najnowszymi danymi uzyskanymi przez Ewę Jeżewską-Krasnodębską, według której wśród dzieci rozpoczynających naukę szkolną aż 50% posiada zaburzenie mowy [2017, s. 130]. Według Haliny Spiołek [1985] aż 60% dzieci dyslektycznych przejawia wady wymowy, które często współwystępują z zaburzeniami tempa mówienia i rytmu oddechowego.

Najczęściej zdiagnozowano zaburzenia artykulacji z przyczyn obwodowych. Grupą głosek artykułowaną nieprawidłowo były głoski dentalizowane (szumiące i syczące), głoska [r] oraz głoski dźwięczne. Sygmatyzm wystąpił u 30% dzieci sześciolletnich i 25% uczniów klas pierwszych. U niemal 71% wszystkich zdiagnozowanych dzieci z sygmatyzmem zaburzona była artykulacja głosek szeregu szumiącego i u 29% szeregu syczącego. Rotacyzm, zdiagnozowany u 22% badanych sześciolatków i 17% siedmiolatków, znalazł się na drugim miejscu pod względem



występowania zaburzeń artykulacji u dzieci rozpoczynających naukę szkolną. Najczęściej były to substytucje dźwięków oraz ich deformacje. Substytucje dotyczyły głosek dentalizowanych – zastępowania głosek szeregu dźwiękowego zębowymi oraz głoski drżącej *r* głoską boczną *l*.

U większości badanych zaburzony był słuch fonematyczny, który powinien być ukształtowany już u dziecka 5-letniego. Dzieci nie zdawały sobie sprawy z popełnianych błędów podczas segmentacji fonemowej, zwłaszcza sześciolatkowie, którzy mieli problemy z analizą. Dlatego tak ważna powinna być autokontrola podczas wykonywania ćwiczeń segmentacji fonemowej. Umiejętnością podstawową, którą dziecko powinno nabyć, by dokonywać segmentacji fonemowej wyrazów, jest umiejętność wypowiadania izolowanych głosek [Milewski, 2007, s. 197]. Jednak dużo trudności sprawia dzieciom wypowiadanie głosek zwarto-wybuchowych, zwarto-szczelinowych oraz głosek dynamicznych. Jak zauważył Bronisław Rocławski, z fonetyczną szatą odbieranych i nadawanych tekstów lepiej radzą sobie dziewczynki niż chłopcy, u których częściej diagnozuje się zaburzenia mowy [Rocławski, 2016, s. 22]. Ta prawidłowość również została odnotowana podczas przeprowadzonych badań.

W piśmie dzieci siedmioletnich widoczne były błędy występujące w wymowie polegające na substytucji *sz*, *ż*, *cz*, *dż* na *s*, *z*, *c*, *dz*. Należy również zwrócić uwagę na istnienie proporcjonalnej zależności między liczbą błędów w przepisywaniu a trudnościami w pisaniu ze słuchu: im dziecko ma większe trudności z przepisywaniem, tym więcej błędów popełnia podczas dyktanda, które jest trudniejszą formą pisania [Zelech, 1997, s. 159].

W czytaniu znajdują odzwierciedlenie błędy wymowy, przede wszystkim seplenienie oraz substytucje w obrębie dźwiękowych, zębowych oraz głoski [r].

Na związek między trudnościami w czytaniu i pisaniu z wadami wymowy w dużym stopniu wpływają wady wymowy. Z przeprowadzonych badań wynika, że znaczna część uczniów ma zaburzony słuch fonematyczny, który rzutuje na występowanie wad artykulacyjnych, a tym samym na błędy podczas czytania i pisania. Co więcej, zaburzenia słuchu fonematycznego zwiększają prawdopodobieństwo wystąpienia dysleksji rozwojowej. Również wyraźny związek można zaobserwować między opóźnionym rozwojem mowy a specyficznymi zaburzeniami czytania, gdyż trudności w pisaniu to efekt opóźnionego rozwoju mowy, zwłaszcza opóźnionego przyswajania systemu językowego. Dzieci z opóźnionym rozwojem mowy stanowią istotną grupę ryzyka dysleksji [Bogdanowicz, 2001; Krasowicz-Kupis, 2001].

Po rocznej terapii logopedycznej 12 dzieci sześciolletnich (z 21) oraz 14 uczniów siedmioletnich (z 18) zakończyło terapię logopedyczną. Podczas jej trwania udało się prawidłowo wywołać głoski, usprawnić narządy artykulacyjne oraz słuch fonematyczny. Zauważono także znaczną poprawę w czytaniu i pisaniu uczniów klas pierwszych, co potwierdzili nauczyciele edukacji wczesnoszkolnej. Na podstawie przedstawionych badań można stwierdzić, że zaburzenia mowy

wpływają na naukę czytania i pisania oraz jakość wykonywania tych dwu czynności. Aby nie dopuścić do niepowodzeń szkolnych na początku drogi edukacyjnej, należy jak najszybciej rozpocząć terapię logopedyczną oraz zajęcia korekcyjno-kompensacyjne i wyrównujące szanse edukacyjne, gdyż sukces jednego dziecka zależy od zaangażowania wielu specjalistów.

---

## Bibliografia

- Awramiuk Elżbieta, 2006, *Lingwistyczne podstawy początkowej nauki czytania i pisania po polsku*, Białystok.
- Bartkowska Teresa, 1968, *Rozwój mowy dziecka przedszkolnego jako wynik oddziaływań wychowawczych rodziny i przedszkola*, Warszawa.
- Bednarek Dorota, 2003, *Dysleksja a zaburzenia słuchu fonematycznego oraz kanału wielkokomorowego w układzie nerwowym*, w: Barbara Kaja (red.), *Diagnoza dysleksji*, Bydgoszcz, s. 128–132.
- Bogdanowicz Marta, 2001, *Specyficzna trudności w czytaniu i pisaniu – dysleksja rozwojowa*, w: Tadeusz Gałkowski, Grażyna Jastrzębowska (red.), *Logopedia. Pytania i odpowiedzi*, Opole, s. 815–862.
- Demel Maciej, 1959, *Kilka liczb i uwag dotyczących mowy i głosu u dzieci przedszkolnych*, „Życie Szkoły”, 2, s. 9–19.
- Jastrzębowska Grażyna, 1998, *Podstawy teorii i diagnozy logopedycznej*, Opole.
- Jeżewska-Krasnodębska Ewa, 2007, *Zaburzenia mowy u dzieci rozpoczynających naukę szkolną i ich wpływ na trudności w zakresie czytania i pisania*, w: Alina Maciejewska (red.), *Zaburzenia komunikacji językowej w czytaniu i pisaniu*, Siedlce, s. 45–55.
- Jeżewska-Krasnodębska Ewa, 2017, *Zaburzenia artykulacji spółgłosek u dzieci rozpoczynających naukę szkolną*, Kraków.
- Jurek Anna, 2012, *Metody nauki czytania i pisania z perspektywy trudności uczniów*, Gdańsk.
- Kania Józef Tadeusz (1982), *Szkice logopedyczne*, Warszawa.
- Konarzewski Krzysztof, 2007, *PIRLS 2006. Jak czytają dzieci w Polsce i na świecie*, Warszawa.
- Krasowicz-Kupis Grażyna, 2001, *Język, czytanie i dysleksja*, Lublin.
- Krasowicz-Kupis Grażyna, 2003, *Językowe, a nie fonologiczne deficyty w dysleksji*, w: Barbara Kaja (red.), *Diagnoza dysleksji*, Bydgoszcz, s. 95–118.
- Makarewicz Renata, 2006, *Dysleksja w opinii językoznawcy*, Olsztyn.
- Michalak-Widera Iwona, 2009, *Logopedyczny test dla dzieci i młodzieży*, Katowice.
- Milewski Stanisław, 1999, *Lingwistyczne i dydaktyczne aspekty analizy fonemowe*, Lublin.
- Milewski Stanisław, 2007, *Wybrane aspekty kształcenia i badania analizy fonemowej u dzieci w wieku przedszkolnym*, w: Alina Maciejewska (red.), *Zaburzenia komunikacji językowej w czytaniu i pisaniu*, Siedlce, s. 193–203.
- Rocławski Bronisław, 1985, *Słuch fonemowy (fonologiczny) i fonetyczny. Synteza i analiza jednostek złożonych języka*, „Gdańskie Zeszyty Humanistyczne”, 28, s. 131–161.
- Rocławski Bronisław, 2016, *Słuch fonemowy i fonetyczny. Teoria i praktyka*, Gdańsk.

- Rutter Michael, 1972, *The Effects of Language Delay on Development*, w: Michael Rutter, J. A. M. Martin (eds.), *The Child with Delayed Speech*, London, s. 176–186.
- Sochacka Krystyna, 2004, *Rozwój umiejętności czytania*, Białystok.
- Spionek Halina, 1985, *Psychologiczna analiza trudności i niepowodzeń szkolnych*, Warszawa.
- Styczek Irena, 1982, *Badanie i kształtowanie słuchu fonematycznego (komentarz i tablice)*, Warszawa.
- Zelech Władysław, 1997, *Zaburzenia czytania i pisanie u dzieci afatycznych, głuchych i dyslektycznych*, Kraków.

---

## Summary

The aim of this article was to investigate how and which speech disorders affect learning to read and write in six-year-old children preparing to start schooling and in first-graders. The study involved 36 first-grade students and 27 six-year-old children attending reception class.

The speech therapy diagnosis showed that almost 62% of the students tested had particular speech disorders. Among the diagnosed disorders, the most common were defects in articulation due to peripheral reasons. The group of sounds not articulated correctly were the dented (humming and hissing), the [r] and the voiced sounds.

The causes of speech defects are of great importance for the relationship between reading and writing difficulties and speech defects. The research shows that a significant proportion of students have impaired phonemic hearing, which affects the occurrence of articulation defects, and thus errors in reading and writing. Also, a clear relationship can be observed between the delayed speech development and specific reading disorders, because writing difficulties are the result of delayed speech development, especially the delayed acquisition of the language system.



## LOGOPEDIA

Prezentowany tom zawiera prace z zakresu diagnozy, terapii i profilaktyki logopedycznej, wyniki badań oraz rozważania teoretyczne logopedów reprezentujących różne krajowe ośrodki badawcze, a także przedstawicieli pokrewnych dyscyplin naukowych: medycyny, językoznawstwa, pedagogiki, psychologii. Współczesna logopedia stoi przed różnymi wyzwaniami. Ponieważ wzrasta liczba pacjentów z zaburzeniami mowy, potrzebna jest dyskusja o pożądanym kierunkach rozwoju logopedii w XXI wieku, przedstawienie najnowszych wyników badań nad mechanizmami zaburzeń komunikacji językowej, metodami diagnozy czy terapii. Teoria i praktyka logopedyczna powinny uwzględniać [...] wzrost liczby osób w wieku senioralnym wymagających opieki logopedycznej, a także pacjentów w wieku produkcyjnym, chorujących na nowotwory jamy ustnej, krtani czy mózgu, których konsekwencją są zaburzenia mowy. Równie istotnym kierunkiem rozwoju współczesnej logopedii jest wczesna interwencja logopedyczna u dzieci już od okresu noworodkowego, wpisująca się w założenia profilaktyki logopedycznej [...]. Zawarte w monografii treści dotyczą podmiotów oddziaływań logopedycznych, czyli dzieci, dorosłych, seniorów z różnymi dysfunkcjami mowy i głosu oraz samych terapeutów. [...] Książka adresowana jest do logopedów, lekarzy, pedagogów, psychologów, lingwistów zajmujących się problematyką zaburzeń mowy. Wśród jej odbiorców powinni znaleźć się również studenci takich kierunków, jak: logopedia, filologia polska, psychologia, pedagogika, medycyna.

*Ze Wstępu*

Przedłożona do oceny wydawniczej monografia wieloautorska to bardzo dobra wizytówka łódzkiej logopedii – jednego z ważniejszych w Polsce ośrodków prowadzących badania dyskursu zaburzonego oraz kształtującego przyszłych logopedów. Zaprezentowany zbiór tekstów, mimo iż zróżnicowany pod względem merytorycznym, językowym i edytorskim, jest tylko potwierdzeniem naukowej rangi logopedii w Uniwersytecie Łódzkim.

Z recenzji dr. hab. Mirosława Michalika, prof. UP w Krakowie

 WYDAWNICTWO  
UNIwersytetu  
ŁÓDZKIEGO

 [wydawnictwo.uni.lodz.pl](http://wydawnictwo.uni.lodz.pl)  
 [księgarnia@uni.lodz.pl](mailto:księgarnia@uni.lodz.pl)  
 (42) 665 58 63

Książka dostępna również  
jako e-book

