

**CZASOPISMO**

**INTERNETOWE**

**LOGOPEDYKA**



**POLSKI ZWIĄZEK LOGOPEDÓW**

**WYDAWCA**

Zarząd Główny Polskiego Związku Logopedów

**RADA REDAKCYJNA**

dr Joanna Gruba – Redaktor Naczelny

dr Ewa Krajna

dr Małgorzata Rocławska-Daniluk

dr Krzysztof Szamburski

dr Michał Bitniok

mgr Róża Sobocińska

mgr Karol Pawlas

© Copyright by Polski Związek Logopedów

**ADRES**

Polski Związek Logopedów

Zarząd Główny

ul. Raszyńska 8/10

02-026 Warszawa

[www.logopeda.org.pl](http://www.logopeda.org.pl)

e-mail: [czasopismo@logopeda.org.pl](mailto:czasopismo@logopeda.org.pl)

**1(6)/2008**

**ISSN 1895-9858**

## SPIS TREŚCI

### I. Zagadnienia teoretyczne

Justyna Grudziąż-Sękowska

Współzależność wad wymowy i wad zgryzu – badania własne w grupie dzieci 7-8 letnich.....7

Barbara Walińska

Słuch fonematyczny jako kompetencja warunkująca odbiór i rozumienie mowy.....32

Barbara Maciejewska, Bożena Wiskirska-Woźnica

Zastosowanie słuchowych potencjałów wywołanych u dzieci ze specyficznymi zaburzeniami czytania i pisania.....38

### II. Praktyka logopedyczna

Małgorzata Rocławska-Daniluk

Z warsztatu logopedy-praktyka: Karta do diagnozy logopedycznej (umowa, karta wywiadu oraz karta badania mowy).....44

Kamil Zaborowski

Przydatność diagnostyczna i zastosowanie „Kwestionariusza poznawczo-językowego” w określeniu wstępnego rozwoju poznawczo-językowego u dzieci z upośledzeniem umysłowym.....50

Joanna Soboń

Studium przypadku jękażącej się kobiety – perspektywa interakcyjna.....55

### III. Logopedia na świecie

Steen Fibiger, Herman Peters, Harald A. Euler, Katrin Neumann

Services in Eastern Europe for Persons Who Stutter, and Education of Logopedists.....77

Raisa Iwanowna Łałajewa

Взаимосвязь в развитии интеллекта и языковой способности при нормальном и нарушенном онтогенезе.....94

#### IV. Debiuty studenckie

Anna Kłąb

<a href="#">Rozpoznawanie niepoprawności semantycznych i syntaktycznych przez dzieci w wieku przedszkolnym.....</a>	<a href="#">105</a>
<a href="#">Wyjaśnienie.....</a>	<a href="#">142</a>

### Szanowni Państwo

Mam zaszczyt kolejny raz napisać wstęp do szóstego numeru naszego czasopisma Logopedia. Popularność naszego czasopisma przerosła oczekiwania zespołu redakcyjnego. Świadczy o tym duża liczba czytelników kolejnych numerów. Ubiegły rok był szczególnie z powodu wprowadzenia Polskiego Związku Logopedów w struktury CIPIOL u.

Rok 2008 oraz obecny numer czasopisma są wyjątkowe ze względu na wydarzenia towarzyszące uchwaleniu 6 marca Europejskim Dniem Logopedy. Nie ulega wątpliwości, że nadchodzi czas na zmiany. Model kształcenia logopedów już ulega przeobrażeniom w postaci otwartych kierunków studiów logopedycznych w systemie trzy lata plus dwa lata nauki. Autorzy kolejnych artykułów również sięgają po coraz nowsze techniki badawcze i nowe sposoby ich przedstawiania.

Bieżący numer przedstawia interdyscyplinarny charakter logopedii. Praktyka z teorią znowu uległa zrównoważeniu. Pierwszy artykuł przedstawia „Współzależność wad wymowy i wad zgryzu – badania własne w grupie dzieci 7–8 letnich” przedstawiony przez lekarza nauk medycznych pokazuje, że zależność wad zgryzu i wad wymowy jest kompleksowym zagadnieniem, wymagającym jeszcze wielu badań naukowych.

Drugi artykuł przedstawia „Słuch fonematyczny jako kompetencję warunkującą odbiór i rozumienie mowy”. Autorka przedstawia słuch fonematyczny, jako najistotniejszy czynnik odbioru mowy, warunkuje więc w znacznym stopniu osiągnięcie prawidłowego rozwoju wymowy, aż po szeroko rozumianą kompetencję lingwistyczną dziecka. Chodzi tu najogólniej mówiąc o umiejętność i sprawność w konstruowaniu swobodnych, dłuższych wypowiedzi otwartych, z założeniem optymalnej płynności słownej i dostępności słownikowej.

Kolejny artykuł to „Zastosowanie słuchowych potencjałów wywołanych u dzieci ze specyficznymi zaburzeniami czytania i pisania”. Autorki przedstawiają w swoim artykule nowe spojrzenie na problem trudności w nauce czytania i pisania u dzieci. Rozważania te mogą też przyczynić się do pełniejszego zrozumienia zaburzeń mechanizmów neuropsychologicznych i neurobiologicznych.

Część praktyczna przedstawia trzy artykuły. W pierwszym pt.: „Z warsztatu logopedy-praktyka: Karta do diagnozy logopedycznej (umowa, karta wywiadu oraz karta badania mowy)” przedstawiona jest umowa pomiędzy logopedą a pacjentem. W przekonaniu autorki artykułu zawarcie umowy powinno nastąpić w momencie podejmowania decyzji o

prowadzeniu terapii logopedycznej z daną osobą. Z uwagi jednak na czas potrzebny na przeprowadzenie dokładnej diagnozy umowa obejmuje także działania diagnostyczne, które poprzedzają właściwą terapię.

Kolejny artykuł przedstawia „Przydatność diagnostyczną i zastosowanie „Kwestionariusza poznawczo – językowego” w określeniu wstępnego rozwoju poznawczo – językowego u dzieci z upośledzeniem umysłowym”. Autor opracował niewystandaryzowane narzędzie o typie kwestionariusza obrazkowego do wstępnego określenia rozwoju poznawczo – językowego.

„Studium przypadku jękażącej się kobiety – perspektywa interakcyjna” to trzeci artykuł z części praktycznej. W artykule zostaje przedstawione studium przypadku. Autorka mówi, iż rzetelna i efektywna terapia osób jękażących się winna koncentrować się nie tylko wokół samej nie płynności, ile brać pod uwagę wpływ owej nie płynności na całość interakcji społecznych.

Artykuły zagraniczne weszły już w tło naszego czasopisma na stałe. Widać, że czasopismo „Logopeda” staje się czasopismem o charakterze Europejskim.

Bardzo cieszy fakt, że debiuty studenckie również zagościły na stałe w swojej rubryce. Stanowi to materiał badawczy o dużym potencjale twórczym ponieważ jest grono studentów którym zależy na jakości swoich artykułów. Artykuł z tego działu „Rozpoznawanie niepoprawności semantycznych i syntaktycznych przez dzieci w wieku przedszkolnym” obejmuje jakże znaną i ciągle aktualną problematykę. Naukowcy różnych dziedzin: językoznawcy, psychologowie, filozofowie zajmujący się badaniem języka, przez lata stworzyli wiele teorii na temat przyswajania mowy przez dzieci. Pomimo tego, że od dawna powstają rozprawy na temat nabywania języka, wiele pytań zostaje ciągle bez odpowiedzi.

Serdecznie zachęcamy do lektury naszego czasopisma i wierzymy, że tak jak poprzednie, będzie ciekawym źródłem rozważań, dyskusji i dywagacji naukowych. Z okazji rozpoczynającego się roku szkolnego i roku akademickiego życzymy wszystkim dużo dobrego, owocnych wyborów i trafnych decyzji w podejmowaniu kolejnych wyzwań i działań.

Karol Pawlas

## I. Zagadnienia teoretyczne

lek. dent. Justyna Grudziąż-Sękowska  
Szkoła Zdrowia Publicznego  
Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego  
Warszawa

### **Współzależność wad wymowy i wad zgryzu – badania własne w grupie dzieci 7–8 letnich**

Mowę można zdefiniować, jako dźwiękowe porozumiewanie się ludzi w danym języku, stanowiącym system wyrazów i reguł gramatycznych. W procesie tym można wyróżnić czynności nadawania i odbioru mowy oraz sumę mówienia i rozumienia czyli tekst. Nadawanie i odbiór mowy zależą od czynności układu nerwowego, narządów mowy (oddechowych, fonacyjnych i artykulacyjnych), sprawności narządu słuchu oraz prawidłowego rozwoju umysłowego. Ważną rolę odgrywają także prawidłowe warunki środowiskowe i wychowawcze.

Ruchy artykulacyjne są wykonywane za pomocą tych samych mięśni, które biorą udział w połykaniu, żuciu, czyli kształtowaniu warunków zgryzowych. Na zgryz bowiem wpływa wypadkowa sił mięśni wewnątrzustnych (głównie języka) i zewnątrzustnych (warg, policzków)<sup>1</sup>.

Zaburzenia mowy spowodowane nieprawidłową budową anatomiczną określa się mianem dysglosji.<sup>2</sup>

Ortodonci i logopedzi od dawna interesowali się fizjologią i morfologią układu stomatognatycznego oraz możliwymi wzajemnymi relacjami między nimi. W literaturze medycznej i logopedycznej można znaleźć sprzeczne opinie na temat współzależności pomiędzy występowaniem wad zgryzu i wad wymowy.

Wyjaśnienie genezy zjawiska równoległego występowania nieprawidłowości morfologicznych i wad wymowy umożliwi skuteczne przeciwdziałanie tym zaburzeniom. Jest to dość złożony problem, który do tej pory nie doczekał się kompleksowego opracowania.

---

1 Kydd W.L., Maximum forces exerted on the dentition by the perioral and lingual musculature., J. Am. Dent. Assoc., 1957, 55, 646.

2 Styczek I.: Mowa i jej mechanizmy. Zaburzenia mowy (oraz zalecenia logopedyczne). W: Logopedia, red.: Jokiel I., PWN, Warszawa 1983, 25-16, 1250-1432.

Wynika to z różnorodności wad zgryzu i zaburzeń artykulacji oraz z mnogości przyczyn prowadzących do nich. Podstawowym staje się pytanie, czy to czynność warunkuje anatomie, czy jest jej wynikiem. To zagadnienie dzieli badaczy. Wiele przyczyn nakłada się na siebie.

Bardzo trudno zaprojektować i przeprowadzić badanie, które dałoby statystycznie istotne wyniki. Moja propozycja jest jedynie próbą przeprowadzenia niewielkiego badania oraz logicznego wnioskowania na podstawie jego wyników oraz znalezionej literatury tematu.

### Uzasadnienie tematu badań

W piśmiennictwie dotyczącym zaburzeń mowy podkreśla się wpływ nieprawidłowej morfologicznej jamy ustnej na powstawanie niektórych głosek, np. w „Logopedii” I. Styczek znajdujemy stwierdzenie: „Nieprawidłowości w budowie narządów mowy mogą być przyczyną wadliwej wymowy niektórych głosek lub nawet wszystkich.”<sup>3</sup> Podobnie G. Demel w wadach wymowy między innymi pisze: „Zniekształcony zgryz i anomalie w zakresie uzębienia mogą także powodować nieprawidłową artykulację.”<sup>4</sup>

Źródła ortodontyczne podchodzą do tego tematu zupełnie odwrotnie. W „Ortopedii szczękowej” F. Łabiszewskiej-Jaruzelskiej znajdujemy stwierdzenie: „Przetrwiała niemowleca wymowa, polegająca na nieprawidłowym wymawianiu spółgłosek wyrostkowo-zębowych *t*, *d*, *n* oraz syczących *s*, *z*, *c* przez wsuwanie języka między zęby przednie powoduje zmiany w narządzie żucia. Ta zaburzona funkcja może wywołać zgryz otwarty w odcinku przednim, który może dotyczyć wyrostka zębodołowego lub łuków zębowych albo jednego i drugiego.”<sup>5</sup> Już w „Podstawach ortodoncji” A. Orlik-Grzybowskiej można było przeczytać: „Zagadnienie wzajemnego uwarunkowania seplenienia i wad zgryzu jest kwestią otwartą. Istnieją różne poglądy, a mianowicie:

1. wada seplenienia jest przyczyną wad zgryzu,
2. wady zgryzu są przyczyną seplenienia,
3. nie ma prostej współzależności, natomiast istnieją czynniki etiologiczne współdziałające w wytwarzaniu obu wad.”<sup>6</sup>

Już z tego wrywkowego wynika kontrowersyjność zagadnienia i konieczność znalezienia odpowiedzi dla stworzenia racjonalnych możliwości profilaktycznych i terapeutycznych. Znalezienie ogniwa łączącego oba rodzaje wad umożliwiłoby tym samym wyjaśnienie zaistniałych zasadniczych różnic poglądów.

---

3 Styczek I., *Logopedia*, PZWL, Warszawa 1881, s. 338.

4 Demel G., *Wady wymowy*, PZWL, Warszawa 1974, s.10.

5 Łabiszewska-Jaruzelska F., *Ortopedia szczękowa – zasady i praktyka*, PZWL, Warszawa 1983, s.161.

6 Orlik-Grzybowska A., *Podstawy ortodoncji*, PZWL, Warszawa 1976, s.213.



### **Cele pracy**

Podstawowym warunkiem podejmowania wszelkich badań jest uświadomienie sobie przez badającego celów, ponieważ wszelka działalność ludzka, jeśli ma być skuteczna, musi być celowa.

W przypadku niniejszej pracy cele są następujące:

- zbadanie sprawności obwodowego aparatu artykulacyjnego u 50 7–8-latków z wadami wymowy i bez nich,
- przeprowadzenie artykulacji głosek w w/w grupie,
- określenie warunków zgryzowych w w/w grupie,
- określenie poziomu sprawności aparatu artykulacyjnego u dzieci z prawidłową wymową i u dzieci z nieprawidłową realizacją głosek,
- określenie sprawności aparatu artykulacyjnego u dzieci z normą zgryzową i z wadami zgryzu,
- określenie korelacji pomiędzy sprawnością artykulacji głosek a warunkami zgryzowymi,
- próba dojścia do przyczyn badanych zaburzeń przez analizę badania i wywiadów logopedyczno–ortodontycznych zebranych od rodziców.

### **Material badań i metody**

Przeprowadzono badania u 50 pacjentów z wadami zgryzu lub bez nich leczących się w jednej z dziecięcych poradni stomatologicznych na warszawskim Bródnie. Wszyscy uczestnicy badania mieli 7–8 lat. Każde z tych dzieci było oswojone z dentystą i miało leczenie stomatologiczne za sobą (w fazie profilaktyki). Wizyty nie wiązały się z dyskomfortem dziecka, które było poinformowane o wyjątkowo innym celu wizyty.

U wszystkich dzieci zbadano anatomię i motorykę narządu artykulacyjnego oraz zniekształcane głoski. Oceniono warunki zgryzowe oraz czynność narządu żucia – tor oddychania, sposób połykania i żucie. Wszystkie badania poprzedziło zebranie wywiadu od opiekuna dziecka. Każda z części badania miała swój niezależny formularz.

W badaniu pominęłam ważne elementy badania logopedycznego, takie jak orientacyjne badanie słuchu, słuchu fonemowego, kinestezji artykulacyjnej, rozumienia mowy, mowy ekspresywnej, płynności i prozodii mowy, fonacji. Uznałam, iż informacje uzyskane z powyższych badań nie będą pomocne w uzyskaniu odpowiedzi na zadania sformułowane w celach pracy.

*Wywiad logopedyczny – ortodontyczny*

Formularz wywiadu wypełniała osoba wykonująca badanie, która mogła rodzicom udzielić wyczerpujących odpowiedzi, dotyczących pytań. Pozwoliło to także na jasne i klarowne uzupełnienie rubryk, pozwalające na szybką analizę porównawczą z badaniem dziecka oraz z wywiadami innych dzieci.

Karta wywiadu zawierała następujące zagadnienia i pytania.

*Przebieg ciąży*

Czy matka chorowała na jakieś choroby w czasie ciąży? Jeśli tak, to jakie?

Czy matka zażywała jakieś leki w czasie ciąży? Jeśli tak, to jakie?

Czy matka w czasie ciąży miała utraty przytomności, urazy?

Poród i okres okołoporodowy (także okres noworodkowy)

Czy poród odbył się o czasie, czy był przedwczesny lub po terminie?

Czy poród odbył się siłami natury, czy zakończył się cesarskim cięciem?

Czy poród był wspomagany mechanicznie, np. kleszczami?

Ile punktów w skali Apgar otrzymało dziecko po porodzie?

Czy dziecko po urodzeniu ważyło powyżej 2500g?

Czy dziecko miało przedłużającą się żółtaczkę fizjologiczną (powyżej 8 dni)?

Czy dziecko doznało urazu mechanicznego w trakcie porodu lub okresu noworodkowego?

Czy po porodzie stwierdzono u dziecka jakieś schorzenia? Jeśli tak, to jakie?

*Przebieg okresu niemowlęcego, poniemowlęcego, przedszkolnego*

W jakim wieku dziecko zaczęło unosić główkę?

W jakim wieku dziecko zaczęło siadać?

W jakim wieku dziecko zaczęło chodzić?

W jakim wieku pojawiły się pierwsze dźwięki produkowane przez dziecko?

W jakim wieku dziecko tworzyło pierwsze słowa?

Kiedy pojawiło się pierwsze zdanie?

W jakim wieku pojawił się pierwszy mleczny ząb?

W jakim wieku pojawił się pierwszy stały ząb?

Czy dziecko było karmione naturalnie? Jeśli tak, to jak długo?

Czy dziecko było karmione sztucznie (butelką)? Jeśli tak, to jak długo?

Czy dziecko ssało smoczek? Jeśli tak, to jak długo?

Czy dziecko miało/ma nawyk ssania palca, wargi, policzka lub jakiś przedmiotów?

Czy dziecko miało/ma otwarte usta podczas zabawy?

Czy dziecko podczas snu oddycha ustami, nosem, czy różnie?

Jak dziecko było układane podczas snu w niemowlęctwie (płasko, nisko/wysoko na poduszce, zawsze na jednym boku)?

Jak dziecko układa się do snu obecnie?

Czy dziecko lubiło/lubi gryźć twarde pokarmy (jabłka, marchewkę, skórkę od chleba)?

Czy dziecko utraciło jakieś zęby nie fizjologicznie, przedwcześnie z powodu próchnicy lub urazu?

Czy dziecko często miewa infekcje górnych dróg oddechowych?

Czy dziecko przechodziło jakieś choroby zakaźne z powikłaniami?

Czy dziecko miało jakieś wypadki, urazy?

Czy dziecko jest pod opieką jakiegoś specjalisty (neurologa, laryngologa, foniatry, audiologa, alergologa, ortodonta, psychologa, logopedy, innych)?

Wywiad rodzinny

Czy w rodzinie występowały wady wymowy?

Czy w rodzinie występowały wady zgryzu?

Badanie anatomii narządu mowy i czynności współwystępujących

W czasie badania morfologii narządu artykulacyjnego zwrócono uwagę na:  
budowę warg (blizny, ich domknięcie, szczelność, ślady zębów świadczące o nawykach),  
budowę języka (wielkość, sposób ułożenia w jamie ustnej),  
wędzidełko języka (jego przyczep, długość),  
budowę podniebienia twardego (sposób wysklepienia, szerokość),  
budowę podniebienia miękkiego (jego wielkość),  
stan migdałków podniebiennych

Zbadano także następujące czynności:

oddychanie w spoczynku (nosem, ustami, mieszanie),

oddychanie podczas mowy,

sposób połykania (niemowlęcy, dojrzały),

sposób odgryzania (przednie, boczne),

sposób żucia (z zamkniętymi/otwartymi ustami, ruchami okrężnymi/pionowymi)

Oprócz obserwacji czynności, które dziecko wykonywało na polecenie starano się zwrócić uwagę na ich spontaniczny, nawykowy przebieg.

*Badanie sprawności narządów artykulacyjnych*

W tym etapie zbadano sprawność obwodowego aparatu artykulacyjnego. Dziecko

naśladowało ruchy warg i języka wykonywane przez badającego, bez kontroli wzrokowej w lustrze. Poszczególne układy demonstrowane były pojedynczo (wzór → wykonanie przez dziecko). Za wykonanie każdego układu dziecko otrzymywało 1 punkt. Wyniki rejestrowałam w karcie badania motoryki artykulacyjnej i tabeli wyników. Maksymalnie dziecko uzyskać mogło 12 punktów za sprawność warg i 12 za sprawność języka. Wyznaczono 4 grupy sprawności artykulatorów oddzielnie dla warg i języka.

Narządy sprawne  $\geq 8$  pkt. Dziecko wykonuje wszystkie lub co najmniej osiem ćwiczeń języka lub warg.

Średni stopień sprawności narządu 6–8 pkt. Dziecko wykonuje sześć do ośmiu ćwiczeń narządu.

Znacznie obniżona sprawność narządu  $\leq 6$  pkt. Dziecko wykonuje mniej niż 6 ćwiczeń badanego narządu.

Narząd niesprawny – 0 pkt. Dziecko nie wykonuje żadnego ćwiczenia danego narządu.

Dwie pierwsze grupy w tabeli wyników oznaczono jako narządy sprawne, dwie kolejne jako niesprawne.

### Karta badania motoryki artykulacyjnej

Imię i nazwisko badanego: \_\_\_\_\_

Data urodzenia: \_\_\_\_\_

Data badania: \_\_\_\_\_

Wynik badania: \_\_\_\_\_

#### PRÓBY JĘZYKA

1. 	wysuwanie i chowanie języka do jamy ustnej
2. 	opuszczanie języka na brzołę, unoszenie do nosa
3. 	kierowanie języka do kącika ust
4. 	przeżęzanie języka (język wąski - grot)
5. 	rozplaszczanie języka (język szeroki - topatka)
6. 	unoszenie języka do podniebienia
7. 	podniesienie brzegów języka (nerka)
8. 	ułożenie języka w kształt tyżeczki
9. 	oblizywanie warg przy otwartych ustach
10. 	oblizywanie językiem zębów
11. 	klaskanie językiem
12. 	wypychanie policzków językiem

#### PRÓBY WARG

1. 	zaciśkanie warg
2. 	zakrywanie wargi dolnej wargą górną
3. 	zakrywanie wargi górnej wargą dolną
4. 	przesuwanie na boki zamkniętych warg
5. 	ściągnięcie i rozciągnięcie warg
6. 	układanie warg w ryjek
7. 	gwizdanie
8. 	nadymanie policzków
9. 	wibrowanie warg
10. 	przepychanie powietrza wewnątrz jamy ustnej
11. 	cmokanie
12. 	parskanie

#### Badanie artykulacji głosek

Badanie przeprowadzono według obrazkowego kwestionariusza badania mowy Grażyny Billewicz i Brygidy Ziolo<sup>7</sup>. Obejmował on wszystkie grupy spółgłosek i samo-głoski występujące w języku polskim. W karcie mowy wskazano głoski wymawiane nieprawidłowo, określono również ich sposób wymowy.

7 Billewicz G., Ziolo B., *Kwestionariusz badania mowy*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2004.

KARTA MOWY	
..... Imię i nazwisko	..... Data badania

SPÓŁGŁOSKI

Wargowe						
p	p'	b	b'	m	m'	u
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....

Wargowo-zębowe			
v	v'	f	f'
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

Przedniojęzykowo-zębowe						
s	z	c	dz	t	d	n
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....

Przedniojęzykowo-działowe						
š	ž	č	dž	r	l	l'
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....

Środkowojęzykowe					
ś	ź	ć	dź	ń	i
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....

Tylnojęzykowe					
k	k'	g	g'	x	x'
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....

SAMOGŁOSKI						
a	e	i	o	u	y	ą/ę
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....

*SPÓŁGŁOSKI*

Wargowe:

pajac kanapa sklep

pies spinka

bałwan kubek

biedronka drabina

małpa lampa dom

miska komin

ławka stół diabeł

Wargowo-zębowe:

wózek owoce

widelec telewizor

fotel szafa lew

filizanka kalafior

Przedniojęzykowo-zębowe:

sanki parasol tygrys

zegar gazeta

cebula klocki koc

dzwon kukurydza

tablica patelnia kogut

duch pomidor

noga garnek baran

Przedniojęzykowo-dziąsłowe:

szalik koszyk mysz

żaba łyżwy

czapka rękawiczki klucz

dżem

ryba narty ser

lalka telefon motyl

lizak walizka

Środkowojęzykowe:

ślimak huśtawka miś

ziemniak łazienka

ciastka bocian łokieć

dzieci ludzie

niedźwiedź dynia słoń

jabłko czajnik czarodziej

Tylnojęzykowe:

kot oko smok

kiełbasa cukierek kredki

grabie ogórek

gitara magik rogi

chleb orzechy fartuch

hipopotam

*SAMOGŁOSKI*

autobus balon sowa

Eskimos zegar serce

okno płot jajko

ucho buty

igła lis zapalki

grzyb lody

wąż gęś

Ocena warunków zgryzowych

Badanie ortodontyczne zostało przeprowadzone przy wykorzystaniu części karty badania używanej w Zakładzie Ortodontji Akademii Medycznej w Warszawie. Skupiono się na badaniu zewnątrzustnym, badaniu zwarcia łuków zębowych oraz na badaniu czynnościowym. Ze względu na czasochłonność pominięte została analiza modeli i zdjęć rtg. Oceniono więc warunki zgryzowe, nie stawiając pełnego rozpoznania ortodontycznego.

Badanie zewnątrzustne przeprowadzono:

- względem płaszczyzny strzałkowej – symetria twarzy,
- względem płaszczyzny czołowej – stosunek układu warg i bródki względem siebie i względem profilu twarzy (wysunięcia, cofnięcia).

Badanie zwarcia łuków zębowych obejmowało:

- ogólne badanie uzębienia (czy wszystkie zęby są, zęby nadliczbowe),
- kształt łuków zębowych ( półkolisty, trapezoidalny, paraboliczny, elipsoidalny, trójkątny),
- odchylenia w ustawieniu zębów (stłoczenia, szparowatość, obroty, zęby poza łukiem, wychylenia, przechylenia),
- zachowanie cech zwarcia łuków zębowych – oddzielnie oceniamy odcinek przedni i oddzielnie boczny.

W odcinku przednim zwrócono uwagę na:

- w kierunku poprzecznym – na linię pośrodkową (czy jest zachowana, jeśli nie to, co jest przesunięte),
- w kierunku przednio-tylnym – na miejsce kontaktu zębów górnych z dolnymi (czy się kontaktują, czy w okolicy guzków zębowych siekaczy górnych, czy jest szpara przednio-tylna),
- w kierunku pionowym – na stopień przysłonięcia koron zębów dolnych przez zęby górne (czy zakrywają 1/3 wysokości, całe korony, czy występuje szpara pionowa).

W odcinku bocznym zwrócono uwagę na:

- w kierunku poprzecznym – określono czy zęby górne obejmują od zewnątrz zęby dolne czy odwrotnie,
- w kierunku przednio-tylnym – sprawdzono czy zęby ustawione są w triadach i czy te triady są prawidłowe (guzek przyśrodkowy policzkowy pierwszego trzonowca szczęki – 6↑, wchodzi między guzki policzkowe pierwszego trzonowca żuchwy -6↓),



- w kierunku pionowym – zbadano czy zęby boczne górne są w kontakcie z dolnymi czy jest między nimi szpara.

Badania czynnościowe obejmowały:

- badanie odwodzenia i przywodzenia żuchwy (w trakcie badania określono amplitudę i tor ruchu – prosty, skośny, zygzakowaty),
- badanie wysuwania i cofania żuchwy,
- badanie ruchów bocznych żuchwy,
- badanie szpary spoczynkowej,
- testy czynnościowe – sprawdzono czy pacjent jest w stanie ustawić żuchwę tak by poprawie uległy rysy twarzy lub/i warunki zgryzowe (test + wada czynnościowa, test – wada morfologiczna).

Na podstawie badania morfologii jamy ustnej oraz powyższego badania podjęto próbę oceny wady zgryzu.

### **Wyniki badań**

Wyniki badania zostały zestawione w poniższej tabeli. Umieszczono w niej tylko okoliczności, które ujawniły się u badanych dzieci.



RWW – wady wymowy w rodzinie  
RWZ – wady zgryzu w rodzinie  
KPM – krótkie podniebienie miękkie  
KWJ – krótkie wędzidełko języka  
NW – niedomknięte wargi  
PM – powiększone migdałki podniebienne  
DJ – duży język leżący płasko w jamie ustnej  
PG – podniebienie gotyckie  
OB – obgryzanie boczne  
OJU – oddychanie jamą ustną  
NTP – niemowlęcy typ połykania  
ŻZOU – żucie z otwartymi ustami.

### **Analiza wyników**

*Wyniki badań sprawności obwodowego aparatu artykulacyjnego w zakresie sprawności warg i języka.*

Badane dzieci wykonywały 12 układów warg i 12 układów języka. Naśladowały ruchy warg i języka wykonywane przez badającego, bez kontroli wzrokowej w lustrze. Za każdy układ poprawnie wykonany dziecko otrzymywało 1 punkt.

Uznano, iż otrzymanie od 0 do 6 punktów dla danego narządu oznacza narządy artykulacyjne niesprawne, zaś od 7 do 12 punktów – narządy artykulacyjne sprawne.

Średni poziom sprawności języka w badanej grupie wyniósł 8,58. Dziewiętnaścioro dzieci (38%) miało poziom sprawności tego narządu oznaczony jako niesprawny, zaś trzydzieścioro jeden (62%) jako sprawny.

Średni poziom sprawności warg wyniósł 9,82. Dziewięcioro dzieci (18%) miało niesprawne wargi. U czterdziestu jeden badanych (82%) wargi uznane zostały za sprawne.

Pięcioro badanych dzieci (10%) miało zarówno niesprawne wargi jak i język. Oba te narządy artykulacyjne były sprawne u dwudziestu siedmiu badanych (54%).

Najwięcej kłopotów sprawiły badanym dzieciom następujące ćwiczenia:

- przewężanie języka,
- rozplaszczanie języka,
- unoszenie języka do podniebienia,
- podniesienie brzegów języka w kształt nerki,

- unoszenie języka w kształt łyżeczki,
- wibrowanie warg,
- parskanie,
- przesuwanie na boki zamkniętych warg.

#### *Wyniki badania artykulacji*

Wady wymowy wystąpiły u dziewiętnościorga badanych dzieci (38%).

Najczęściej zaburzonymi głoskami była grupa głosek przedniojęzykowo–zębowych.

- *s, z, c, dz* błędnie artykułowało dziesięcioro dzieci,
- *t, d, n* błędnie artykułowało sześciorgo dzieci,
- pięcioro dzieci błędnie artykułowało wszystkie *s, z, c, dz, t, d, n*.

Kolejną wadliwie realizowaną grupą była grupa głosek wargowych:

- *p, b* u sześciorga dzieci,
- *m* u pięciorga dzieci,
- pięcioro dzieci błędnie artykułowało *p, b, m*,

Inną wadliwie artykułowaną grupą były spółgłoski wargowo-zębowe: czworo dzieci błędnie artykułowało *v, f*.

Przedniojęzykowo – dźwiękowe także często były wadliwie artykułowane:

- *sz, z, cz, dż* wymawiane niepoprawnie były przez pięcioro dzieci,
- *l* wadliwie realizowała trójka dzieci,
- *r* nieprawidłowo wymawiało siedmioro badanych dzieci,
- jedno dziecko źle realizowało *sz, ż, cz, dż, r, l*,
- dwoje dzieci niepoprawnie wymawiało *r, l*.

Wadliwa realizacja głosek środkowo–językowych ograniczała się do *ś, ź, ć, dź* i występowała u pięciorga badanych dzieci.

U niektórych dzieci wystąpiły błędne realizacje więcej niż jednej grupy głosek:

- jedno dziecko źle artykułowało *p, b, m, v, f, s, z, c, dz, t, d, n*,
- dwoje dzieci niewłaściwie artykułowało *p, b, m, v, f, s, z, c, dz*,
- jedno dziecko błędnie wymawiało *sz, ż, cz, dż, ś, ź, ć, dź, r*,
- jedno dziecko wadliwie realizowało *sz, ż, cz, dż, ś, ź, ć, dź, r, l*,
- jedno dziecko źle artykułowało *p, b, m, v, f*,
- jedno dziecko nieprawidłowo wymawiało *ś, ź, ć, dź, r*,
- jedno dziecko błędnie realizowało *s, z, c, dz, t, d, n, sz, ż, cz, dż, ś, ź, ć, dź*,

- jedno dziecko niewłaściwie wymawiało *p, b, s, z, c, dz, t, d, n,*
- jedno dziecko wadliwie artykułowało *s, z, c, dz, t, d, n, sz, ź, cz, dź,*
- jedno dziecko nieprawidłowo realizowało *s, z, c, dz, sz, ź, cz, dź, ś, ź, ć, dź.*

Najczęstszymi sposobami błędnej artykulacji głosek były:

- dorsalność *t, d, n, sz, ź, cz, dź, l, ś, ź, ć, dź,*
- lateralność *s, z, c, dz, sz, ź, cz, dź, l, ś, ź, ć, dź,*
- dysdentalizacja *s, z, c, dz, sz, ź, cz, dź, ś, ź, ć, dź,*
- międzyzębowość *s, z, c, dz, t, d, n, l, ś, ź, ć, dź*

#### *Wyniki oceny warunków zgryzowych*

Wady zgryzu zdiagnozowano u dwudziestu trzech osób badanych (46%). Zaburzenia obejmowały:

- 13 wad z grupy tyłozgryzów,
- 6 wad z grupy zgryzów otwartych,
- wady z grupy przodozgryzów,
- 1 wada z grupy zgryzów krzyżowych,
- 1 wada z grupy zgryzów przewieszonych
- 3 wady o charakterystyce nieprawidłowości zębowych.

Czworo dzieci miało zaburzenia dwupłaszczyznowe – obejmujące dwie współistniejące wady zgryzu.

Wśród wad z grupy tyłozgryzów wystąpiły:

- 8 tyłozgryzów całkowitych,
- 5 tyłozgryzów częściowych.
- Zdiagnozowane wady z grupy zgryzów otwartych to:
- zgryzy otwarte częściowe przednie,
- 2 zgryzy otwarte całkowite.

W przodozgryzach wystąpiły:

- 2 przodozgryzy całkowite,
- 1 przodozgryz częściowy.

Zgryz przewieszony wystąpił jako zgryz przewieszony jednostronny. Zgryz krzyżowy wystąpił jako zgryz krzyżowy całkowity.

Czworo dzieci z zaburzeniami dwupłaszczyznowymi miało:

zgryz otwarty częściowy przedni, tyłozgryz całkowity,

zgrzyz otwarty częściowy przedni, tyłozgrzyz częściowy,  
przodozgrzyz całkowity, zgrzyz krzyżowy całkowity,  
tyłozgrzyz całkowity, zgrzyz przewieszony jednostronny.

*Ocena sprawności aparatu artykulacyjnego u dzieci z prawidłową wymową oraz u dzieci z nieprawidłową realizacją głosek*

Z wykonanych obliczeń statystycznych wynika, że wady wymowy występują u 9 osób

z obniżoną sprawnością języka, 3 osób z obniżoną sprawnością warg oraz 5 osób z obniżoną sprawnością obu tych narządów.

Wady wymowy nie stwierdzono u 5 osób z obniżoną sprawnością języka i u 1 osoby z obniżoną sprawnością warg. Wady wymowy wystąpiły u 2 osób z prawidłową sprawnością języka i warg.

Wady wymowy objęły ogółem 19 osób, co stanowi 38% badanej populacji.

Analiza wyników badania pozwala stwierdzić, iż z obniżoną sprawnością języka korelują nieprawidłowości w artykulacji głosek:

- *p,b,m* – 2 osoby, u których występuje także obniżenie sprawności warg,
- *p,b* – 1 osoba, u której występuje także obniżenie sprawności warg,
- *v,f* – 2 osoby, z których u 1 występuje obniżenie sprawności warg,
- *s,z,c,dz* – 8 osób, z których u 5 występuje obniżenie sprawności warg,
- *t,d,n* – 5 osób, z których u wszystkich występuje obniżenie sprawności warg,
- *sz,ż,cz,dź* – 4 osoby, z których u jednej występuje obniżenie sprawności warg,
- *r* – 6 osób,
- *l* – 2 osoby,
- *ś,ź,ć,dź* – 4 osoby, z których u 1 występuje obniżona sprawność warg.

Z powyższych wyników wyciągnąć można wniosek, że obniżona sprawność języka może predysponować do zaburzeń artykulacji *s,z,c,dz, sz,ż,cz,dź,r,l,ś,ź,ć,dź*. Nie można wyciągnąć takich wniosków w stosunku do innych głosek, ponieważ poza obniżeniem sprawności języka występuje także obniżenie sprawności warg. Znając jednak mechanizm artykulacji głosek *t,d,n* można także podkreślić taką zależność.

Z obniżoną sprawnością warg korelują następujące nieprawidłowości w artykulacji głosek:

- *p,b,m* – 4 osoby, z których u 1 występuje także obniżenie sprawności języka,
- *p,b* – 1 osoba, u której występuje także obniżenie sprawności języka,
- *v,f* – 3 osoby, z których u 1 występuje także obniżenie sprawności języka,

- *s,z,c,dz* – 6 osób, z których u 5 występuje także obniżenie sprawności języka,
- *t,d,n* – 5 osób, z których u wszystkich występuje obniżenie sprawności języka,
- *sz,ż,cz,dź* – 1 osoba, u której występuje obniżenie sprawności języka,
- *ś,ź,ć,dź* – 1 osoba, u której występuje obniżenie sprawności języka.

Z podanych wyników można wysnuć wniosek, że obniżona sprawność warg może wpływać na wadliwą artykulacją głosek *p,b,m,v,f*, ewentualnie głosek *s,z,c,dz*.

U osób z prawidłową sprawnością narządów artykulacyjnych wystąpiły zaburzenia realizacji następujących głosek:

- *s,z,c,dz* – 1 osoba,
- *sz,ż,cz,dź* – 1 osoba,
- *r* – 1 osoba,
- *l* – 1 osoba,
- *ś,ź,ć,dź* – 1 osoba.

W związku z niewielką liczbą wadliwych realizacji głosek przy prawidłowej sprawności języka i warg, stwierdzić można, iż sprawność narządów artykulacyjnych ma wpływ na wymowę głosek.

#### *Ocena sprawności aparatu artykulacyjnego u dzieci z normą zgryzową oraz z wadami zgryzu*

Analiza statystyczna wyników badań doprowadziła do wyciągnięcia następujących wniosków.

Wady zgryzu wystąpiły u 4 osób z obniżoną sprawnością języka, 4 osób z obniżoną sprawnością języka oraz 5 osób z obniżoną sprawnością obu tych narządów.

Wady zgryzu nie wystąpiły u 10 osób z obniżoną sprawnością języka. Nie stwierdzono, aby brak wad zgryzu korelował z obniżoną sprawnością warg.

Wady zgryzu stwierdzono u 10 osób z prawidłową sprawnością narządów artykulacyjnych.

Można odnaleźć następujące korelacje między wadami zgryzu a obniżoną sprawnością języka:

- tyłozgryzy – 4 osoby, z których u 2 występuje także obniżona sprawność warg,
- przodozgryzy – 1 osoba,
- zgryzy otwarte – 6 osób, z których u 5 występuje także obniżona sprawność warg,
- zgryzy przewieszane – 1 osoba.

Zaobserwowano związek między występowaniem tyłozgryzów, przodozgryzów oraz zgryzów

przewieszonych, a obniżoną sprawnością języka.

Między wadami zgryzu a obniżoną sprawnością warg występują następujące związki:

tyłozgryzy – 6 osób, z których u 2 występuje także obniżona sprawność języka,

zgryzy otwarte – 5 osób, z których wszystkie mają także obniżoną sprawność języka,

Jednoznaczny, pozytywny związek występuje tylko w przypadku wad z grupy tyłozgryzów i obniżonej sprawności języka. Znając jednak anatomie zgryzów otwartych nie można przeoczyć związku hipotonii warg z etiopatogenezą tej grupy wad zgryzów.

Następujące wady zgryzu wystąpiły u osób z prawidłową sprawnością narządów artykulacyjnych:

- tyłozgryzy – 5 osób,
- przodozgryzy – 2 osoby,
- zgryzy krzyżowe – 1 osoba,
- nieprawidłowości zębowe – 3 osoby.

Niewielka liczba osób z wadami zgryzu wśród osób z prawidłową sprawnością narządów artykulacyjnych świadczyć może o związku między występowaniem wad zgryzu a obniżoną sprawnością języka i warg.

#### *Ocena korelacji pomiędzy sprawnością artykulacji głosek a warunkami zgryzowymi*

Wady wymowy wystąpiły u 13 (57%) osób z wadami zgryzu (23 osoby). Wady zgryzu wystąpiły u 13 (68%) osób z wadami wymowy (19 osób).

U dzieci bez wad zgryzu (27 osób) stwierdzono wady wymowy w 6 przypadkach, co stanowiło 22% dzieci bez zaburzeń zgryzowych.

U 13 osób z wadami z grupy tyłozgryzów 7 osób miało wady wymowy. Najczęściej wadliwie realizowane były głoski:

- *p, b, s, z, c, dz* – każda w 6 przypadkach (46% osób z tą wadą zgryzu),
- *m* – w 5 przypadkach (38% tej grupy),
- *v, f* – każda w 4 przypadkach (31% tej grupy),
- *t, d, n* – każda w 2 przypadkach (15% tej grupy),
- *sz, ż, cz, dż, ś, ź, ć, dź* – każda w 1 przypadku (8% tej grupy).

U wszystkich (6) osób z wadami z grupy zgryzów otwartych stwierdzono wady wymowy. Oto wadliwie artykułowane głoski:

- *t, d, n* – każda w 6 przypadkach (100% dzieci z tą wadą zgryzu),
- *s, z, c, dz* – każda w 5 przypadkach (83% tej grupy),



- *p, b, sz, ż, cz, dż* – każda w 2 przypadkach (33% tej grupy),
- *m, v, f* – każda w 1 przypadku (17% tej grupy).

Wszystkie osoby z wadami zgryzu z grupy przodozgrzywów (3os.) miały wady wymowy. Wadliwie realizowane były następujące głoski:

- *sz, ż, cz, dż, r* – każda w 2 przypadkach (66% osób z tą wadą zgryzu),
- *s, z, c, dz, ś, ź, ć, dź* – każda w 1 przypadku (33% tej grupy).

Jedna osoba ze zgryzem przewieszonym wadliwie wymawiała głoski *p, b, m, v, f, s, z, c, dz*.

Dziecko ze zgryzem krzyżowym źle realizowało tylko dwie głoski *r, l*.

U osób bez wad zgryzu (27 osób) zaburzenia artykulacji wystąpiły u 6 osób i dotyczyły następujących głosek:

- *r* – w 5 przypadkach (19% osób bez wady zgryzu),
- *l, ś, ź, ć, dź* – każda w 2 przypadkach (9% tej grupy),
- *s, z, c, dz, sz, ż, cz, dż* – każda w 1 przypadku (5% tej grupy).

*Ocena korelacji zaburzeń artykulacji i zaburzeń zgryzowych oraz wyników wywiadów zebranych od rodziców, badań anatomii i czynności*

Ocena pozytywnych korelacji pomiędzy wadami artykulacji i zgryzu oraz wyników wywiadów zebranych od rodziców, badań anatomii i czynności narządu mowy jest próbą ustalenia przyczyn wad wymowy i zgryzu. Aby wyodrębnić te zależności na potrzeby tego badania ustalono, iż trzy lub więcej pokrywające korelacje są już znaczące.

Główną korelację wywiadu i badania anatomii stanowiły niedomknięte wargi w badaniu dziecka z urodzeniem przez cięcie cesarskie, obciążonym okresem okołoporodowym, ssaniem smoczka powyżej 2 r.ż., ssaniem parafunkcyjnym, karmieniem butelką w niemowlęctwie, przedwczesną utratą zębów mlecznych oraz wadami zgryzu w rodzinie.

W badaniu zależności między wywiadem a czynnością narządów artykulacyjnych także znacząca była jedna korelacja. Oddychanie jamą ustną występowało u dzieci, które urodziły się przez cesarskie cięcie, miały obciążony okres okołoporodowy, ssały smoczek powyżej 2 r.ż., były karmione butelką w niemowlęctwie, występowało u nich ssanie parafunkcyjne, przedwcześnie utraciły zęby mleczne oraz u których wady zgryzu i wymowy wystąpiły w rodzinie.

Niedomknięte wargi oraz oddychanie jamą ustną były jedyną znaczącą korelacją między anatomią dzieci, a czynnością artykulatorów.

Pozostałe stwierdzone zależności między wywiadem a wadami wymowy to:

- urodzenie przez cesarskie cięcie współwystępujące z wadliwą wymową *s, z, c, dz, t, d, n*,

- ssanie smoczka powyżej 2 r.ż. współwystępujące z wadliwą artykulacją *p,b,m,v,f,s,z,c,dz,t,d,n*,
- karmienie butelką w niemowlęctwie współwystępujące z niewłaściwą wymową *t,d,n*,
- ssanie parafunkcyjne współwystępujące z wadliwą artykulacją *p,b,m,v,f,s,z,c,dz,t,d,n*,
- częste infekcje górnych dróg oddechowych współwystępujące z niewłaściwą wymową *s,z,c,dz*,
- wady wymowy w rodzinie współwystępujące z wadliwą artykulacją *s,z,c,dz*,
- wady zgryzu w rodzinie współwystępujące z niewłaściwą artykulacją *s,z,c,dz,t,d,n,sz,ż,cz,dż*.

Współwystępowanie czynników ryzyka z wywiadu i wad zgryzu przedstawiało się w następujący sposób:

- poród cesarskim cięciem i występowanie zgryzu otwartego,
- ssanie smoczka powyżej 2 r.ż. i występowanie tyłozgryzu oraz zgryzu otwartego,
- karmienie butelką w niemowlęctwie i występowanie zgryzu otwartego,
- ssanie parafunkcyjne i występowanie zgryzu otwartego,
- przedwczesna utrata zębów mlecznych i występowanie tyłozgryzu,
- wady zgryzu w rodzinie i występowanie zgryzu otwartego.

Zgryz prawidłowy stwierdzono także przy czynnikach ryzyka otrzymanych z wywiadu takich jak poród przez cesarskie cięcie, obciążony okres okołoporodowy, ssanie smoczka powyżej 2 r.ż. i karmienie butelką w niemowlęctwie.

Jedyną znaczącą zależnością między zbadanymi czynnikami anatomicznymi a wadami wymowy jest częste występowanie niedomkniętych warg z zaburzeniem w realizacji głosek *s,z,c,dz,t,d,n*.

Korelację pomiędzy czynnikami anatomicznymi z badania i wadami zgryzu stanowi występowanie niedomkniętych warg i zgryzu otwartego.

Zależność między zbadanymi zaburzeniami czynności a wadami wymowy stanowi oddychanie jamą ustną i wadliwa artykulacja głosek *p,b,m,s,z,c,dz,t,d,n*.

Współwystępowanie czynników czynnościowych z badania i wad zgryzu stanowi oddychanie jamą ustną z tyłozgryzem i zgryzem otwartym.

## Dyskusja wyników

Zależność wad zgryzu i wad wymowy jest kompleksowym zagadnieniem, wymagającym jeszcze wielu badań naukowych. Zaproponowane w niniejszej pracy badanie

nie może być źródłem statystycznie istotnych wniosków ze względu na nieliczną grupę dzieci badanych oraz niezastosowanie testów statystycznych.

Poglądy logopedów i ortodontów na etiologię wad wymowy i wad zgryzu są czasami sprzeczne. Jedni twierdzą, iż nieprawidłowości zgryzowe są przyczyną wad wymowy, inni – odwrotnie. Trudności w dowiedzeniu czy czynność jest przyczyną wad w anatomii, czy wady morfologiczne ograniczają czynności fizjologiczne są podstawowym problemem badawczym. Kontrowersyjność zagadnienia wymaga wprowadzenia do badania wielu zmiennych, tj. czynników z wywiadu pacjenta, badania anatomii i czynności oraz badania wymowy i oceny wad zgryzu.

Konieczne jest znalezienie wielu odpowiedzi dla stworzenia racjonalnych możliwości profilaktycznych i terapeutycznych. Istotną kwestią jest opracowanie wspólnych planów leczenia, tak aby leczenie ortodontyczne i logopedyczne nie stały w sprzeczności, aby ćwiczenia czy przyrządy zlecane przez ortodontę nie przekreślały efektów terapii logopedycznej i odwrotnie. Podkreślić należy, iż terapia powinna przebiegać w jak najwcześniejszym okresie rozwoju dziecka<sup>8</sup>. Czasami jedyną możliwością zmiany anatomii jest intensywne zadziaływanie w okresie wzrostu dziecka lub duży zabieg chirurgiczny. Ważne jest także by okres utrwalania wzorca mózgowego dla określonej czynności był jak najkrótszy.

Istotne jest również poznanie mechanizmów kompensacyjnych, pozwalających na zaadoptowanie się pacjentów do anomalii zgryzowych i osiągnięcie zadowolającej artykulacji<sup>9</sup>.

Ocena korelacji pomiędzy sprawnością artykulacji głosek a warunkami zgryzowymi w niniejszej pracy ze względu na niewielką grupę badanych dzieci nie może być uogólniana. Niektóre wady zgryzu pojawiły się tylko kilkakrotnie lub jeden raz. Jednak znamienne jest, iż wśród osób z wadami zgryzu wady wymowy wystąpiły u 57% badanych, zaś wśród grupy dzieci bez wad zgryzu wady artykulacyjna zdiagnozowano w 22%. Duże znaczenie ma także fakt, iż u żadnej osoby, u której stwierdzono wadę zgryzu mało zmieniającą anatomie tj. nieprawidłowości zębowe, nie stwierdzono wady wymowy.

Zauważyć można współwystępowanie zgryzów otwartych i nieprawidłowej realizacji głosek *s,z,c,dz,t,d,n,sz,ż,cz,dź*. Wady wymowy pojawiły się u wszystkich osób z tym zaburzeniem zgryzu. W literaturze znaleźć można doniesienia świadczące o zaburzeniach

---

8 Demel G., O potrzebie współpracy logopedii z ortodontcją, Logopedia 1975,12,79-81.

9 Raftowicz-Wójcik K., Matthews-Brzozowska T., Wady zgryzu a wady wymowy – przegląd piśmiennictwa, Dent. Med.. Probl. 2005,42,1,149-154.

artykulacji również głosek *ś, ź, ć, dź, r, l, ń, j*<sup>10</sup>.

Tyłozgryzy współwystępowały u badanych dzieci z błędną realizacją *p, b, m, s, z, c, dz*. Ponad połowa osób z tymi wadami zgryzu miała te dysfunkcje w wymowie. Inni autorzy znajdowali zależność wad dotylnych w błędów w wymowie także głosek *sz, ż, cz, dź, ś, ź, ć, dź* oraz *r*<sup>11</sup>.

Wady artykulacyjne zdiagnozowane przy zaburzeniach z grupy przodozgryzów to nieprawidłowe realizacje *s, z, c, dz, ś, ź, ć, dź, sz, ż, cz, dź*. Wady wymowy wystąpiły u wszystkich dzieci z tą wadą zgryzu. W literaturze spotkać można także współwystępowanie błędów w wymowie *t, d, n, ń*<sup>12</sup>.

Ponieważ w badaniu uczestniczyło tylko 1 dziecko ze zgryzem krzyżowym i jedno z przewieszonym wyciąganie jakichkolwiek wniosków jest niezasadne.

Analizując wyniki przeprowadzonego badania jednoznacznie można przypisać największe znaczenie w etiopatogenezie wad zgryzu i wymowy nieprawidłowej czynności warg i języka<sup>13</sup>. Istotne znaczenie ma hipotonia warg i dysfunkcja języka.

Dzieci wykazujące obniżoną czynność warg w wywiadzie miały obciążony okres okołoporodowy, urodziły się przez cesarskie cięcie, karmione były butelką w niemowlęctwie. Czynnościowo nawykowo oddychały jamą ustną. W badaniu anatomii cechowały je niedomknięte wargi oraz zgryz otwarty lub tyłozgryz. Głoski najczęściej nieprawidłowo realizowane przy hipotonii warg to *p, b, m, v, f, s, z, c, dz, t, d, n*.

Badani, u których stwierdzono upośledzoną czynność języka w wywiadzie mieli także obciążony okres okołoporodowy, urodzili się przez cesarskie cięcie, ssali smoczek powyżej 2 r.ż., byli karmieni butelką w niemowlęctwie, występowało u nich ssanie parafunkcyjne. Oddychali oni także jamą ustną. U trojga wystąpił przetrwały niemowlęcy typ polykania<sup>14</sup>. W badaniu klinicznym powtarzały się niedomknięte, rozchylone wargi i zgryz otwarty. Zniekształcane u nich głoski to *s, z, c, dz, t, d, n* a także w mniejszym stopniu *sz, ż, cz, dź, r, l, ś, ź, ć, dź*.

Niewielka liczba wadliwych realizacji głosek przy prawidłowej sprawności narządów artykulacyjnych koreluje ze znacznie mniej obciążonym wywiadem, prawidłowym badaniem

10 Konopska L., Bielawska H., Górniak D., Rucińska-Grygiel B., *Wady wymowy u osób ze zgryzem otwartym*, Czas. Stomat. 2003, 56, 115-124.

11 Konopska L., Wędrychowska-Szulc B., Bielawska H., Górniak D., *Zniekształcenia dźwiękowej formy wypowiedzi w tyłozgryzach*, Magazyn Stomat. 1998, 8, 2, 28-32.

12 Konopska L., Rucińska-Grygiel B., Górniak D., *Zaburzenia artykulacji u osób z poprzednimi wadami zgryzu*, Magazyn Stomat. 1998, 8, 7, 32-37.

13 Szlachetko K., *Nieprawidłowe polykanie w etiopatogenezie wad zgryzu w świetle piśmiennictwa*, Czas. Stomat. 1965, 18, 1251-1255.

14 Nurzyńska-Januszko K., *Wpływ niemowlęcego typu polykania na powstawanie wad wymowy*, Szk. Spec. 1990, 50, 188-192.

anatomii i czynności oraz brakiem wady zgryzu. Potwierdza to tezę, iż wady zgryzu i wady wymowy mają wspólną genezę w niewłaściwej funkcji artykulatorów<sup>15</sup>.

O potrzebie zwrócenia uwagi na ogniwo przyczynowe łączące wady zgryzu i wady wymowy pisał Mackiewicz<sup>16</sup>. Jako element spajający potraktował on język, którego dysfunkcyjność powodowała zachwianie równowagi mięśniowej układu stomatognatycznego jak i utratę precyzji ruchu podczas artykulacji. Zwracał uwagę na wpływ warg w potęgowaniu dysfunkcji języka. Szczegółowiej o wpływie mięśni warg na wady wymowy i zgryzu pisała Śmiech-Słomkowska<sup>17</sup>. Łączyła ona artykulację, ssanie, połykanie, żucie i oddychanie jako czynności współistniejące w określonej anatomii jamy ustnej. Podkreślała konieczność zespołowego leczenia oraz jak i wielu innych autorów, konieczność dostatecznych wyjaśnień zależności anatomii i funkcją.

Jasny wydają się fakt, że artykulacja dźwięków i wady zgryzu mają podłoże w czynnościach fizjologicznych. Chodzi tu zwłaszcza o wczesne czynności takie jak ssanie, połykanie, oddychanie, a potem i żucie. Te funkcje wpływają na prawidłowe lub patologiczne kształtowanie prawidłowej wymowy i anatomii. Oczywiście są odstępstwa od tej reguły np.: nawykowe wady wymowy wynikające z naśladownictwa lub dziedziczne wady zgryzu. Wiadomo jednak, że im wcześniej zaczniemy korygować współwystępujące wady, tym lepiej. Nie utrwali się tak mocno wzorzec mózgowy czynności, a w przypadku wad zgryzu potencjał wzrostowy dziecka da możliwość ortopedycznej kompensacji zaburzenia.

Zauważyć warto, że część osób z wadą zgryzu (zwłaszcza, jeśli jest nieznacznie zmienia anatomię np. wspomniane nieprawidłowości zębowe), poprzez ćwiczenia można nauczyć prawidłowej wymowy. Rzadziej zdarzają się osoby z ciężkimi wadami zgryzu, ale poprawną wymową. Pamiętać należy o indywidualnej zdolności pacjenta do adaptacji i ogromnych możliwościach kompensacyjnych, które można wykorzystać eliminując czynniki ryzyka i pracując nad korektą czynności.

Dlatego bardzo ważne jest, aby przeprowadzić podobne badania na dużej populacji. Poznanie wszystkich współzależności pozwoli na skuteczne prowadzenie profilaktyki oraz terapii w odpowiednim czasie oraz przez świadomy zespół specjalistów. Ortodonta i logopeda będą mogli pracować wspólnie rozumiejąc zależność między strukturą a funkcją, skupiając się na przyczynach i ułatwiając sobie pracę. Zapewni to skrócenie czasu leczenia a także minimalizację nawrotów po zakończeniu leczenia. Wiadomo przecież, że bez usprawnienia

15 Mackiewicz B., *Współzależność wad zgryzu i wymowy na tle przyczynowym*, Magazyn Stomat. 1992, 2, 2, 28-30.

16 Mackiewicz B., *Zapobieganie wadom zgryzu i wadom wymowy u dzieci*, *Pediatr. Pol.* 1992, 67, 143-147.

17 Śmiech-Słomkowska G., Sypniewska G., *Współwystępowanie wad zgryzu i wad wymowy u dzieci przedszkolnych*, *Czas. Stomat.* 1983,35, 533-539.

artykulatorów nie ma możliwości trwałego wyleczenia żadnych zaburzeń w obrębie układu stomatognatycznego.

### Bibliografia

1. Billewicz G., Ziolo B., *Kwestionariusz badania mowy*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2004.
2. Błachnio K.; *Wybrane zagadnienia z logoterapii i podręczny słownik terminów specjalistycznych*, COMPWZ MEN, Warszawa 1989.
3. Demel G., *O potrzebie współpracy logopedii z ortodontją*, *Logopedia* 1975,12,79–81.
4. Demel G., *Wady wymowy*, PZWL, Warszawa 1974.
5. Jastrzębowska G.; *Klasyfikacje zaburzeń mowy*. [w:] *Logopedia*. Pytania i odpowiedzi. Red. T. Gałkowski, G. Jastrzębowska, Uniwersytet Opolski, Opole 1999.
6. Kaczmarek L., *Rewalidacja dzieci i młodzieży z zaburzeniami mowy*. W. *Pedagogika rewalidacyjna*, red. A. Hulek, PWN, Warszawa 1988.
7. Kania J.T.; *Szkice Logopedyczne*, WSiP, Warszawa 1982.
8. Konopska L., Bielawska H., Górniak D., Rucińska-Grygiel B., *Wady wymowy u osób ze zgryzem otwartym*, *Czas. Stomat.* 2003, 56, 115–124.
9. Konopska L., Rucińska-Grygiel B., Górniak D., *Zaburzenia artykulacji u osób z doprzednimi wadami zgryzu*, *Magazyn Stomat.* 1998, 8, 7, 32–37.
10. Konopska L., Wędrychowska-Szulc B., Bielawska H., Górniak D., *Zniekształcenia dźwiękowej formy wypowiedzi w tyłozgryzach*, *Magazyn Stomat.* 1998, 8, 2, 28–32.
11. Kydd W.L., Maximum forces exerted on the dentition by the perioral and lingual musculature., *J.Am.Dent.Assoc.*, 1957, 55, 646.
12. Łabiszewska-Jaruzelska F., *Ortopedia szczękowa – zasady i praktyka*, PZWL, Warszawa 1983..
13. Łasiński W., *Anatomia głowy dla stomatologów*, PZWL, Warszawa 1993
14. Łączkowska M.; *Mechanizmy mowy w przypadkach rozszczepów wargi, zębodołu, podniebienia miękkiego i twardego*, *Otolaryngologia Polska* 1968, nr 22,
15. Mackiewicz B., *Współzależność wad zgryzu i wymowy na tle przyczynowym*, *Magazyn Stomat.*, 1992,2,2,28–30.
16. Mackiewicz B., *Zapobieganie wadom zgryzu i wadom wymowy u dzieci*, *Pediatr. Pol.* 1992, 67, 143–147.
17. Nurzyńska-Januszko K., *Wpływ niemowlęcego typu połykania na powstawanie wad wymowy*, *Szk. Spec.* 1990,50,188–192.

18. Orlik-Grzybowski A., *Podstawy ortodoncji*, PZWL, Warszawa 1976.
19. Raftowicz-Wójcik K., Matthews-Brzozowska T., *Wady zgryzu a wady wymowy – przegląd piśmiennictwa*, Dent. Med.. Probl. 2005,42,1,149–154.
20. Rodak H.: *Terapia dziecka z wadą wymowy*, Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 1994.
21. Skorek E.M., *Oblicza wad wymowy*, Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2001
22. Styczek I., *Logopedia*, PZWL, Warszawa 1981.
23. Szlachetko K. I Wsp., *Materiały do ćwiczeń z ortodoncji*, Dział Wydawnictw AM w Warszawie, Warszawa 2000.
24. Szlachetko K., *Nieprawidłowe połykanie w etiopatogenezie wad zgryzu w świetle piśmiennictwa*, Czas. Stomat. 1965,18,1251–1255.
25. Sołtys-Chmielowicz A.; *Z historii terminologii związanej z wadami wymowy*, Logopedia 1996, nr23.
26. Stecko E., *Zaburzenia mowy u dzieci – wczesne rozpoznawanie i postępowanie logopedyczne*, Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2002.
27. Styczek I.: *Logopedia*, PWN, Warszawa 1979.
28. Styczek I.: *Mowa i jej mechanizmy. Zaburzenia mowy (oraz zalecenia logopedyczne)*. W: Logopedia, red.: Jokiel I., PWN, Warszawa 1983.
29. Szpringer-Nodzak M. I Wsp.: *Fizjologia narządu żucia*. Skrypt dla studentów AM., Dział Wydawnictw AM w Warszawie, Warszawa 1998.
30. Szymczak J., *Słownik Języka Polskiego*, PWN, Warszawa 1995.
31. Śmiech-Słomkowska G., Sypniewska G., *Współwystępowanie wad zgryzu i wad wymowy u dzieci przedszkolnych*, Czas. Stomat. 1983,35, 533–539.
32. Wiśniewski M.: *Zarys fonetyki i fonologii współczesnego języka polskiego*, Wydawnictwo Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, Toruń 2001.

[POWRÓT](#)

mgr Barbara Walińska

Poradnia Psychologiczno–Pedagogiczna

Kościan

[barbara.walinska@op.pl](mailto:barbara.walinska@op.pl)

## **Słuch fonematyczny jako kompetencja warunkująca odbiór i rozumienie mowy**

Pojęcie **słuchu fonematycznego** jest bardzo obszerne i rozpatrywane z wielu perspektyw. Chcę powiedzieć nieco więcej na ten temat, traktując słuch fonematyczny jako jeden z najistotniejszych elementów czynności rozumienia mowy, warunkujący efektywną percepcję komunikatu.

Generalnie **odbiór mowy** polega na identyfikacji dźwięków i powiązaniu ich z określonym znaczeniem. Prawidłowy odbiór czynności mowy wydaje się czymś naturalnym i oczywistym, a jednak jest procesem bardzo złożonym, u podstaw którego leży wiele skomplikowanych czynników i mechanizmów<sup>18</sup>. Odbiór mowy zależy od:

- **słuchu fizjologicznego**, warunkującego wykształcenie się słuchu fonematycznego i generalną możliwość opanowania mowy,
- **słuchu fonematycznego** właśnie, czyli podstawowej umiejętności różnicowania dźwięków mowy, warunkującej efektywność dalszych procesów odbioru mowy. To umiejętność wyizolowania z potoku dźwięków mowy tych cech, które pozwalają na jednoznaczną identyfikację określonego fonemu. To cechy dystynktywne, czyli sygnałowe dla danego fonemu. Dzięki temu dane słowo możemy odróżnić od innego, podobnie brzmiącego, ale niosącego odmienną treść. Niedokształcenie lub zaburzenie słuchu fonematycznego powoduje brak stabilności wzorców słuchowych słów i trudności w różnicowaniu jednoznacznym słów o zbliżonym brzmieniu,
- **słuchowej pamięci werbalnej**, czy pamięci wzorców słuchowych słów (czyli pamięci sekwencyjnej szeregów dźwięków następujących po sobie w odpowiedniej kolejności). To także przechowywanie i utrzymywanie w pamięci ciągów słów, wraz z łączącymi je związkami logiczno – gramatycznymi,

---

18 Szelaż E., Szymaszek A.: Test do badania słuchu fonematycznego u dzieci i dorosłych. Gdańsk 2006, s. 7- 27.



- umiejętności **kojarzenia wzorców słuchowych słów**, a więc ich brzmienia ze znaczeniem słowa (dobór odpowiedniego pojęcia),
- umiejętności **rozszyfrowywania związków logiczno – gramatycznych**, występujących między słowami w zdaniu (umożliwia zrozumienie znaczenia poszczególnych słów oraz całej wypowiedzi, modyfikowanej zawartymi w niej zależnościami).

Wymienione przeze mnie procesy są uporządkowane. Stosunki między poszczególnymi funkcjami i procesami odbioru mowy i jej zrozumienia mają charakter hierarchiczny. Każdy następny, przybliżający nas do pełnego odbioru mowy proces, spełnia coraz bardziej skomplikowane zadanie i jest zależny od poprzedniego. Dostępne dziś dane dotyczące neuroanatomicznego obrazowania obszarów mózgu zaangażowanych w sytuacji odbioru mowy wskazują na istnienie tzw. **korowej reprezentacji słuchu fonematycznego**<sup>19</sup>.

### **Rozwój słuchu fonematycznego**

Słuch fonematyczny jest zależny i uwarunkowany rozwojem gotowości do percepcji mowy, związanej z rozwojem samej mowy. Zaczyna się rozwijać bardzo wcześnie, bo już w końcowym okresie gaworzenia (mówi się nawet o 3-cim trymestrze 1-go roku życia dziecka)<sup>20</sup>. Już około 12 miesiąca życia dziecko rozumie kilka słów, wielokrotnie (około 60 razy) wypowiedzianych do niego przez osoby znaczące z otoczenia. Nie można pominąć takich zmiennych jak intonacja wypowiedzi, ton głosu i głośność czy melodia dla ostatecznego efektu zrozumienia kierowanej do dziecka treści. Około 2-go roku życia słuch fonematyczny rozwinięty jest już w znacznym stopniu. Mówi się, że 2-gi rok życia to najintensywniejszy okres dla rozwoju słuchu fonematycznego. Im jesteśmy starsi, tym trudniej poszerzyć jego granice, acz nie jest to niemożliwe. Nauka języka obcego mobilizuje nasz mózg i dotychczasowe stereotypy i wzorce słuchowe do otwarcia się na nowe „granice”, wyznaczone poprawną artykulacją odmiennych, nieobecnych dotąd w naszym alfabecie fonetycznym, fonemów.

Generalnie przyczyną braku najbardziej zaawansowanych głosek naszego języka tj. „sz”, „ż”, „cz”, „dź” oraz „r” w 2 roku życia jest wolniejsze tempo wykształcania się i utrwalania **wzorców kinestetyczno – ruchowych** niezbędnych dla artykulacji tych głosek, przy bardzo dobrze utrwalonych **wzorcach słuchowych** słów. Dziecko w tym wieku koryguje słuchem fonematycznym i różnicuje oraz utożsamia różne wymówienia fonemów i słów. Nie nadążają natomiast stereotypy czuciowo – ruchowe budowane w odpowiednich strukturach

---

19 Walsh K.: Neuropsychologia kliniczna. Warszawa 1998, s. 50 - 84

20 Styczek I.: Badania i kształtowanie słuchu fonetycznego. Warszawa 1982.

mózgu, a niezbędne do wykonania przez dziecko właściwych ruchów mownych. Znamienny przykład kontroli słuchowej dziecka w tym wieku to dialog pomiędzy dzieckiem a dorosłym na temat np. kury:

dziecko mówi: „to kula”!

dorośli upewnia się: „kula”?

zdenerwowane dziecko zaprzecza: „nie, kula”!

Jako pierwszy w umyśle dziecka wykształca się wzorzec słuchowy sylaby (chodzi oczywiście o sylabę otwartą) i równocześnie wzorzec czucia mięśniowego języka i warg. Sylaba to ściśle zespolenie dwóch lub więcej dźwięków i jest ona pierwszym elementem słowa wyodrębnianym słuchowo i wymawianym przez dziecko.

Wyizolowanie mniejszych elementów słowa czyli głosek nie jest niezbędne dziecku dla zrozumienia komunikatu. Nabywa ono tę kompetencję później, gdy nastaje czas nauki czytania i pisania. Wówczas konieczne okazuje się rozłożenie słowa na jego najmniejsze elementy składowe, dające się przełożyć na pismo. Następuje bowiem przełamanie kodu głoskowego na kod literowy, co jest warunkiem opanowania umiejętności samodzielnego pisania ze słuchu oraz czytania ze zrozumieniem.

Na tym etapie pogłębiania wrażliwości słuchowej dziecka mamy do czynienia z nabywaniem przez nie **świadomości fonologicznej** budowy słowa.<sup>21</sup> Ta kompetencja warunkuje poprawny zapis słowa, bo zapewnia poprawną analizę słowa na poziomie głoski. Zabezpiecza także zachowanie niezbędnej liczby liter w wyrazie, będących graficznym odpowiednikiem głosek stanowiących słowo.

Przy zachowanym optymalnym zasobie słuchowej pamięci werbalnej, możliwe jest także zachowanie właściwej kolejności liter w zapisywanym wyrazie, co stanowi o sukcesie w nauce samodzielnego pisania ze słuchu.

Deficyty rozwojowe bądź zaburzenia w tym obszarze są więc przyczyną licznych mniej lub bardziej specyficznych trudności dziecka w opanowaniu umiejętności samodzielnego pisania. Stąd niedaleko do coraz częstszego w populacji zjawiska **dysleksji rozwojowej**, z dominantą dysortografii, bądź dysleksji.

### **Zaburzenia słuchu fonematycznego**

Próbując analizować stopień wykształcenia słuchu fonematycznego u dziecka trzeba stwierdzić, że dotąd nie opracowano kryteriów pozwalających na ustalenie stopnia jego

---

21 Rocławski B.: Słuch fonemowy i fonetyczny. Teoria i praktyka. Gdańsk 2003.

deficytu.<sup>22</sup> Najprostsza klasyfikacja słabszych zaburzeń słuchu fonematycznego to ocena obecności lub braku konkretnej opozycji głosek:

- np.: dźwięczna – bezdźwięczna:

(Tomek – domek, bułka – półka, szyje – żyje, noże – nosze)

- ustna – nosowa:

(kot – ką, kosa – kąsa, wioska – wiązka).

Deficyty w zakresie dwóch wyżej wymienionych opozycji w najmniejszym stopniu utrudniają zrozumienie i odbiór wypowiedzi. Dwie kolejne zaś już w znaczącym stopniu utrudniają, wręcz uniemożliwiają w pewnych sytuacjach trafny i zgodny z intencją mówiącego, odbiór komunikatu. Skutkiem jest przyporządkowanie usłyszanemu i odkodowanemu słowu odmiennego znaczenia, a więc brak ostatecznego zrozumienia treści.

Zaburzenia w zakresie cechy stopnia zbliżenia narządów mowy:

ławka – łapka, zęby – dęby, piec – pies, nos – noc)

- zaburzenia w zakresie miejsca artykulacji:

(szałas – hałas, wąs – wąż, szóstka – chustka).

Generalnie zaburzenia w zakresie słuchu fonematycznego mogą mieć różne nasilenie u dzieci i dorosłych:

- od **niewielkiego**, skutkującego niepoprawną artykulacją pojedynczej głoski,
- poprzez **umiarkowane**, u dzieci zdradzających trudności w nauce czytania i pisania (bo pisząc samodzielnie ze słuchu myślą i zamieniają litery będące graficznymi odpowiednikami głosek o zbliżonym brzmieniu, a więc popełniają błędy typowe i symptomatyczne dla deficytu analizatora słuchowego),
- po **głębokie**, będące wynikiem np. uszkodzeń mózgu, a objawiające się afazją czuciową Wernickiego.

Stąd konieczność realizowania badań stopnia nasilenia niedokształcenia bądź uszkodzenia słuchu fonematycznego, dla oszacowania potencjalnych długofalowych konsekwencji niższej wrażliwości słuchowej oraz trafnego zaplanowania terapeutycznej stymulacji<sup>23</sup>. Dotychczas stosowane próby pozwalające na ocenę stopnia deficytu słuchu fonematycznego bazują na konieczności różnicowania przez badanego dźwięków mowy oraz selektywnym wyodrębnianiu dystynktywnych cech głosek.

Pojawiły się również inne metody badania słuchu fonematycznego, jak np. test do badania słuchu fonematycznego u dzieci i dorosłych profesor Elżbiety Szela<sup>24</sup>. Według

---

22 Styczek I : Badania i kształcenie słuchu fonetycznego. Warszawa, 1982.

23 Skorek E.M.: Oblicza wad wymowy. Warszawa 2001, s. 82 -88.

24 Szela E., Szymaszek A.: Test do badania słuchu fonematycznego u dzieci i dorosłych. Gdańsk 2006,

autorki czynność odbioru i rozumienia mowy nie ogranicza się do realizacji tego procesu na poziomie sylaby czy słowa, ale obejmuje konieczność utrzymania w pamięci na raz kilku lub kilkunastu słów wraz z łączącymi je związkami logiczno – gramatycznymi i koniecznością przyporządkowania im adekwatnych i trafnych znaczeń. Tak więc zaburzenia słuchu fonematycznego mogą wywołać trudności z poprawnym odbiorem usłyszanego treści, bo zaburzona jest umiejętność percepcji słowa lub ciągów słów, a przez to następuje niewłaściwe skojarzenie brzmienia słowa ze znaczeniem.

Zatem nie tylko czyste **różnicowanie par sylab lub słów**, ale uwzględnianie **elementu znaczeniowego** i kontekstowego pozwala na stworzenie naturalnych warunków dla oszacowania stopnia deficytu słuchu fonematycznego.

### **Podsumowanie**

Słuch fonematyczny, jako najistotniejszy czynnik odbioru mowy, warunkuje więc w znacznym stopniu osiągnięcie prawidłowego rozwoju wymowy, aż po szeroko rozumianą kompetencję lingwistyczną dziecka. Chodzi tu najogólniej mówiąc o umiejętność i sprawność w konstruowaniu swobodnych, dłuższych wypowiedzi otwartych, z założeniem optymalnej płynności słownej i dostępności słownikowej.

Nie jest możliwe osiągnięcie tej kompetencji w pełni w sytuacji opóźnionego rozwoju mowy, czy przetrwałej i niewłaściwej postawy artykulacyjnej, przy niestabilnych wzorcach słuchowych głosek. Im dziecko starsze tym bardziej świadomie i krytycznie dostrzega swą odmienność w sytuacji wypowiedzania się. Brak wsparcia i pokierowania ze strony dorosłych powoduje, że dziecko pozostaje ze swoim problemem samo, a więc sięga po dostępne sobie sposoby ochrony przed krytyką rówieśników, wycofując się z kontaktów werbalnych. Taka sytuacja nie sprzyja usprawnianiu się w budowaniu pełnych i poprawnych wypowiedzi, z zachowaniem niezbędnych reguł gramatycznych i doбором trafnych i adekwatnych pojęć.

Konieczny jest więc właściwie wykształcony słuch fonematyczny, skutkujący niezbędną wrażliwością słuchową, stanowiący optymalny grunt dla nabywania kompetencji lingwistycznej przez dziecko.

### **Bibliografia**

1. Skorek E.M.: Oblicza wad wymowy. Warszawa 2001.
2. Skorek E.M.: Reranie. Profilaktyka, diagnoza, korekcja. Kraków 2003.

3. Styczek I.: Badania i kształtowanie słuchu fonetycznego. Warszawa, 1982.
4. Rocławski B.: Słuch fonemowy i fonetyczny. Teoria i praktyka. Gdańsk 2003.
5. Walsh K.: Neuropsychologia kliniczna. Warszawa 1998.
6. Szelaż E., Szymaszek A.: Test do badania słuchu fonematycznego u dzieci i dorosłych. Gdańsk 2006.

[POWRÓT](#)

lek. med. Barbara Maciejewska, dr hab. med. Bożena Wiskirska-Woźnica  
Katedra i Klinika Foniatrii i Audiologii  
Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego  
Poznań

### **Zastosowanie słuchowych potencjałów wywołanych u dzieci ze specyficznymi zaburzeniami czytania i pisania**

Szacuje się, że 30–40% dzieci w wieku szkolnym przejawia trudności związane z nauką pisania i czytania. Jednym z powodów jest dysleksja rozwojowa, obejmująca 10–15% populacji (3). Chociaż zaburzenie to sprawia największe trudności podczas procesu edukacji to problem pozostaje jednak na całe dalsze życie. Mimo upływu ponad 100 lat od czasu opisanego pierwszego przypadku dysleksji przez W. P. Morgana (3, 9), nadal istnieje wiele rozbieżności na temat jej etiologii i przyczyn (3, 5, 9). Dysleksja rozwojowa stanowi problem pedagogiczny, medyczny i społeczny. W związku z powyższym pozostaje w kręgu zainteresowań nie tylko nauczycieli i pedagogów, ale stanowi istotny temat dla neurofizjologów, neuropatologów, jak również psycholingwistów, neuropsychologów. Stanowi także złożonym problemem diagnostyczno-terapeutycznym dla lekarza audiologa–foniatri. Definicja dysleksji rozwojowej (opublikowana w 1994 r. przez Międzynarodowe Towarzystwo Dysleksji im. Ortona (3)) wskazuje na konstytucjonalne podłoże dysleksji, a więc uwarunkowane strukturalnymi zmianami w centralnym układzie nerwowym i jego nieprawidłowym funkcjonowaniem. Jednak wielość i różnorodność objawów towarzyszących temu zaburzeniu generuje kolejne hipotezy i teorie na temat pierwotnej przyczyny specyficznych zaburzeń czytania i pisania (3, 5, 6, 8, 9).

Ośrodkowe, a więc zlokalizowane w centralnym układzie nerwowym, podłoże etiologiczne dysleksji podkreślane było od dawna. Obecnie fakt ten potwierdzają badania strukturalne (morfologiczne): anatomopatologiczne i histopatologiczne oraz pokazujące obraz neuroanatomiczny badania neuroobrazowe (głównie rezonans magnetyczny MRI). Badania powyższe wykazały pewne zmiany w obrazie makro i mikroskopowym mózgu dyslektyków – zmiany w takich strukturach jak planum temporalne, spoidło wielkie, mózdzek, zmiany struktury korowej i naczyniowej w obszarach związanych z mową, na piętrach drogi słuchowej i wzrokowej (3, 5, 6, 9). Nie dostarczają one jednak informacji na temat czynności centralnego układu nerwowego. Badanie elektrycznej aktywności mózgu jako badanie

funkcjonalne pokazuje obraz zmian w ośrodkowym układzie nerwowym zachodzących w czasie (17). Szczególnie interesujące wydają się być słuchowe potencjały wywołane (AEP – auditory evoked potentials), a zwłaszcza potencjały kognitywne wywoływane bodźcem dźwiękowym (CERP – cognitive event-related potentials). Dysleksja jest zaburzeniem językowym, w którym występują zaburzenia zdolności przetwarzania fonologicznego warunkujące trudności w dekodowaniu dźwięków mowy, przy prawidłowym słuchu (3, 5, 18). Występujące tu zaburzenia funkcji poznawczych dotyczą głównie funkcji słuchowo-językowych. Wielu autorów zajmujących się etiologią dysleksji rozwojowej – zarówno tej „czysto” językowej jak i niejęzykowej, nie wyklucza związku tego schorzenia z zaburzeniami funkcji słuchowych obok deficytu fonologicznego (5, 6, 9). W koncepcji deficytu magnocellularnego (Stein, Lovegrove) wskazuje się na związek między zaburzeniami rozwoju fonologicznego języka a nieprawidłową strukturą i funkcjonowaniem podsystemów wielokomórkowych w układzie wzrokowym i słuchowym. W teorii zaburzeń przetwarzania czasowego (Tallal) nieprawidłowości słuchowego przetwarzania informacji przyjmuje się za jedno z podstawowych. Teoria uszkodzenia mózdkowego (Nicolson, Fawcett) znajduje związek zaburzeń w automatyzacji procedur i świadomości fonologicznej za pośrednictwem zaburzonej pętli artykulacyjnej. Istnieje również teoria spowolnienia ogniskowania uwagi w tym słuchowej, co może wiązać się z zaburzeniem percepcji fonemów (5). Nie bez podstaw wobec powyższego dysleksję rozwojową można zakwalifikować do grupy centralnych zaburzeń przetwarzania bodźca słuchowego (18). W braku prawidłowej interpretacji wrażeń słuchowych i w nieefektywnym wykorzystywaniu informacji docierających kanałem słuchowym upatruje się przyczyny zaburzeń procesu nauki czytania i pisanie. Potwierdzają to również objawy słuchowo-językowe u dyslektyków tj. zaburzenia uwagi i pamięci słuchowej, trudności w różnicowaniu dźwięków mowy, zaburzenia słuchu fonemowego, nieprawidłowo przebiegające procesy analizy i syntezy głoskowej. Przyczyna zaburzeń rozwoju językowego w dysleksji rozwojowej nie wynika z zaburzeń procesu odbioru dźwięków mowy. Leży ona natomiast w ich błędnym rozpoznawaniu opartym na wadliwym słuchu fonematycznym, prozodycznym, analizie i syntezie głoskowej, asocjacji i pamięci słuchowej. Nieprawidłowy rozwój językowy wynika więc z niemożliwości efektywnego wykorzystania informacji słuchowo-językowej i interpretacji wrażeń słuchowych w wyniku upośledzenia uwagi, pamięci, percepcji i dyskryminacji słuchowej. Z tego względu badania audiologiczne standardowo stosowane przy uszkodzeniach obwodowego narządu słuchu są niewystarczające.

Wyróżniamy dwa rodzaje potencjałów wywołanych: egzogenne i endogenne. Ich klasyfikacja opiera się na wyróżnieniu decydujących czynników wpływających na

rejestrowane wyniki – dla potencjałów egzogennych – czynników fizycznych bodźca i analogicznej roli czynników psychicznych lub emocjonalnych lub intelektualnych w potencjałach endogennych (13, 16–18). Potencjały egzogenne powstają jako bezpośrednia reakcja na prezentowane bodźce w wyniku stymulacji dróg wzrokowej, słuchowej, czuciowej bądź ruchowej. Zależne są od fizycznych parametrów bodźca stymulującego. Słuchowe potencjały wywołane z pnia mózgu znane powszechnie jako badania ABR (Auditory Brainstem Responses) stanowią podstawowe obecnie badanie obiektywne w pedoaudiologii. Pozwalają stwierdzić i ocenić stan funkcjonowania fragmentu drogi słuchowej do poziomu ciał kolankowatych przyśrodkowych (13, 16, 17). Badanie ABR pozwala ustalić próg słuchu u dziecka i wykluczyć niedosłuch jako przyczynę zaburzeń procesu nauczania. Potencjały endogenne wiążą się z czynnością neuronalną zachodzącą podczas procesów przetwarzania informacji. Odzwierciedlają więc procesy poznawcze mózgu. Nie są przy tym zależne do rodzaju bodźca – mają podobną morfologię niezależnie od jego modalności (wzrokowy, słuchowy, czuciowy). Przy pobudzeniu bodźcem słuchowym są modulowane znaczeniem językowym i zawartością informacyjną bodźca. Potencjały kognitywne odzwierciedlają procesy poznawcze zachodzące w mózgu. Stają się szeroko stosowane w zaburzeniach procesów centralnego przetwarzania słuchowego które można zaobserwować w wielu jednostkach chorobowych z obszaru neurologii, psychiatrii, geriatricznej i audiologii (13, 17, 18) jak np.: autyzm, schizofrenia, depresja, choroba Alzheimera, Parkinsona, ADHD, śpiączki, zaburzenia komunikacji językowej w tym dysleksja rozwojowa. Analiza zapisu potencjałów kognitywnych dostarcza informacji o procesach poznawczych, a interpretacja opiera się na wystąpieniu załamki, wartości jego amplitudy i latencji. Szczególnego znaczenia w diagnostyce zaburzeń czytania i pisania u dzieci nabierają dwa załamki – składowe: fala P300 tzw. fala uwagi, oraz fala niezgodności – mismatch negativity (MMN).

Mismatch negativity (MMN) jest wyrazem nieświadomej, automatycznej reakcji badanego na nieoczekiwaną zmianę parametrów fizycznych bodźca. Pojawia się po 150–250 ms po stymulacji. Kształtuje się w momencie, gdy sygnał przekracza próg świadomości i zostaje zarejestrowany przez ośrodkowy układ nerwowy. Fala P300 o latencji 350–700 ms, stanowi odbicie złożonych procesów neuronalnych, które są odpowiedzialne za wykrycie i różnicowanie nowych bodźców. Jej pojawienie się wymaga świadomej reakcji stąd nazwa – fala uwagi.

W audiologii i foniatryi do wywołania potencjałów poznawczych wykorzystuje się bodźce słuchowe. Stymulacja polega na podawaniu badanemu sygnałów dźwiękowych (tony, sylaby, wyrazy) pojawiających się rzadko wśród tła standardowych często występujących



bodźców – tzw. oddball paradigm. Słuchowe potencjały wywołane rejestrują elektryczną aktywność mózgu. Stanowią obecnie jedyną metodę pomiaru reakcji układu nerwowego na bodziec w trakcie trwania tej odpowiedzi, pozwalają śledzić czynność neuronalną związaną czasowo z procesami poznawczymi (16, 17). Badania są nieinwazyjne, nie narażają na czynniki szkodliwe, a pobudzenie centralnego układu nerwowego powstaje na takiej samej drodze jak podczas codziennej aktywności. Słuchowe późne potencjały wywołane i związane ze zdarzeniem pozwalają po pierwsze zweryfikować teorie i hipotezy związane z neurobiologicznym podłożem dysleksji. Potencjały kognitywne zastosowane zostały w badaniach nad rolę płata ciemieniowego w etiologii dysleksji (1, 5, 8). Za pomocą rejestracji fali MMN uzyskano wyniki pozwalające wnioskować o deficytach przetwarzania fonologicznego i słuchowego przetwarzania czasowego. Obszarem odpowiedzialnym za te funkcje jest górna część lewego obszaru skroniowego (5). Badając reakcje związane z przetwarzaniem informacji słuchowych w zależności od ich czasu trwania i szybkości następowania po sobie oraz wykorzystując zarówno bodźce tonalne i sylaby, stwierdzono odmienną zachowania się potencjału MMN pod względem czasu utajenia, morfologii i amplitudy u dzieci dyslektycznych w porównaniu z grupą kontrolną (2, 10, 15). Zachowanie się fali P300 wspiera hipotezę o zaburzeniach uwagi słuchowej i koncentracji, jak też teorię deficytów fonologicznych oraz zaburzenia czasowego przetwarzania. Zaobserwowano znacznie wydłużoną latencją i znacząco mniejszą amplitudę odpowiedzi P300 u dzieci z zaburzeniami w nauce w porównaniu z grupą kontrolną. Potencjały kognitywne dostarczają też dowodów na fakt nieprawidłowości przetwarzania języka i przebiegu procesów syntaktycznych i semantycznych. Może to potwierdzać językowe podłoże dysleksji (7). Ponadto udział potencjałów kognitywnych w procesie diagnostycznym dysleksji rozwojowej polega stwierdzeniu i określeniu stopnia zaburzenia procesów poznawczych i przetwarzania słuchowego, określenie specyfiki charakteru zaburzeń i objawów najsilniej wyrażonych, określenie podtypu dysleksji. Fala MMN pojawia się bardzo wcześnie w rozwoju człowieka. Rejestrowana jest już wyraźnie w pierwszym półroczu życia. Dodatkowo już na tym etapie zauważalne są różnice pomiędzy niemowlętami pochodzącymi z rodzin obciążonych wywiadem rodzinnym w kierunku dysleksji rozwojowej (tzw. dzieci z rodzinnym ryzykiem dysleksji), a dziećmi urodzonymi bez takich obciążeń (11, 14). Fakt ten jest istotny z uwagi na zjawisko plastyczności neuronalnej istniejącej jedynie w pierwszym okresie życia osobniczego (4, 13).

Potencjały kognitywne umożliwiają ponadto monitorowanie procesu rehabilitacji, a więc i postępów leczenia. Stwarzają możliwość oceny skuteczności programów

treningowych i pozwalają dopasować program treningu słuchowego do indywidualnych potrzeb dziecka. Kujala i Naatanen oceniali efekty rehabilitacji dzieci dyslektycznych stosując rejestrację fali niezgodności obok testów czytania. Po trwającym 7 tygodni treningu polegającym na nauce kojarzenia dźwięków z ich graficznymi odpowiednikami zaobserwowali odmienne odpowiedzi przed i po treningu. Sugeruje to zmiany funkcjonalnej organizacji mózgu (10).

Potencjały poznawcze wydają się być nową interesującą metodą ukazującą nieprawidłowości w procesach poznawczych dzieci (i dorosłych), zwłaszcza funkcji słuchowo-językowych. Ponieważ potencjały kognitywne rejestrują aktywność ośrodkowego układu nerwowego i jego reakcję na bodźce słuchowe (także dźwięki mowy) oraz niosą informacje psychofizjologiczne o procesach percepcyjnych, wydają się być odpowiednią metodą badawczą również w dysleksji rozwojowej. Z uwagi na dużą zmienność osobniczą, złożoność procesów przetwarzania informacji, jak i ograniczenia techniczne, ale z drugiej strony nie do końca poznaną etiologię dysleksji, jej wciąż niejednoznaczny patomechanizm, wprowadzenie tych metod do diagnostyki klinicznej wymaga dalszych badań. Niemniej jednak rzucają one nowe światło na problem trudności w nauce czytania i pisania u dzieci, mogą też przyczynić się do pełniejszego zrozumienia zaburzeń mechanizmów neuropsychologicznych i neurobiologicznych.

### **Bibliografia**

1. Alivisatos B., Petrides M. *Functional activation of the human brain during mental rotation. Neuropsychologia* 35, 1997, 111–118.
2. Baldeweg T., Williams JD. Gruzellier J.H. *Differential changes in frontal and subtemporal components of mismatch negativity. International journal of Psychophysiology* 1999, 33, 143–148.
3. Bogdanowicz M., Adryjanek A. *Uczeń z dysleksją w szkole. Operon*. Gdynia 2004.
4. Gleason J.B., Ratner N.B. *Psycholingwistyka*. Gdańskie Wydawnictwo Pedagogiczne. Gdańsk 2005.
5. Grabowska A., Rymarczyk K. *Dysleksja od badań mózgu do praktyki*. Instytut Biologii Doświadczalnej im. M. Nenckiego PAN. Warszawa 2004.
6. Habib M. *The neurological basis of developmental dyslexia. An overview and working hypothesis. Brain* 2000, 123, 2373–2399.

7. Hahne A., Federici A.D. *Diferential task effects on semantic and syntetic processes as revealed by ERPs*. *Cognitive Brain Research* 2000, 13, 339–356.
8. Kosslyn S.M. et al. *Mental rotation of objects versus hands: neural mechanisms revealed by positron emission tomography*. *Psychophysiology* 1998, 35, 151–161.
9. Krasowicz – Kupis G. *Dysleksja rozwojowa – perspektywa psychologiczna*. Harmonia. Gdańsk 2006.
10. Kujala J. Naatanen R. *The mismatch negativity in evaluating central auditory dysfunction in dyslexia*. *Neuroscienca and BioBehavior Review* 2001, 25, 535–543.
11. Leppanen P., Lyytinen H. *Auditory event-related potentials: the study of developmental language – related disorders*. *Audiol Neurootol* 1997, 2, 308–40.
12. Maurer U., Bucher K., Brem S., Brandies D. *Development of the automatic mismatch response: from frontal positivity in kindergarden children to the mismatch negativity*. *Clinical Neuropsychology* 2003, 114, 808–817.
13. Pruszewicz A. *Audiologia Kliniczna*. Wydawnictwa Akademii Medycznej im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu. Poznań 2003.
14. Schulze-Korne G. Deimel W., Bartling J., Remschmidt H. *Auditory processing and dyslexia: evidence for a specific speech processing deficit*. *NeuroReport* 1998, 9, 337–340.
15. Schulze-Korne G., Deimel W., Bartling J., Remschmidt H. *Preattentive processing of auditory patterns in dyslexic human subjects*. *Neuroscience Letters* 1999, 276, 41–44.
16. Szabela D.A. *Potencjały wywołane w praktyce lekarskiej*. Łódzkie Towarzystwo Naukowe, Łódź 1999.
17. Szelenberg W. *Potencjały wywołane*. Elmiko Warszawa 2000.
18. Śliwińska-Kowalska M. *Audiologia kliniczna*. Mediton Oficyna Wydawnicza. Łódź 2005.

[POWRÓT](#)

## II. Praktyka logopedyczna

dr Małgorzata Rocławska-Daniluk

Uniwersytet Gdański

Gdańsk

### **Z warsztatu logopedy-praktyka: Karta do diagnozy logopedycznej (umowa, karta wywiadu oraz karta badania mowy)**

Praca logopedy polega na kontakcie z drugim człowiekiem. Jakość tego kontaktu wystawia świadectwo przede wszystkim samemu logopedzie. Człowiek potrzebujący pomocy, niekiedy nastawiony do innych osób nieufnie czy wręcz wrogo, ma prawo reagować inaczej, niż byśmy sobie tego życzyli. Nie trzeba chyba nikogo przekonywać, iż to na logopedzie spoczywa obowiązek dostosowania przebiegu terapii do własnych umiejętności oraz potrzeb i możliwości pacjenta. Odwaga przyznania się do błędu lub niekompetencji jest cenniejsza od przedłużania spotkań „dla zasady”, by nie zburzyć własnego wizerunku skutecznego logopedy. Każda terapia musi przecież kiedyś się skończyć, a dobry początek stwarza szansę na bardzo dobre doprowadzenie terapii do końca.

W celu uporządkowania tych trudnych kwestii, z którymi nieuchronnie przyjdzie się zmierzyć każdemu logopedzie, proponujemy już na początku terapii logopedycznej zawrzeć umowę z rodzicami dziecka lub samym dorosłym pacjentem. (B. Dittfeld, 2004, 107). Wielu roszczeniowo nastawionym pacjentom (których prawdopodobnie będzie przybywało) w ten sposób udaje się wyznaczyć bezpieczne granice wzajemnych praw i obowiązków. Poniżej prezentujemy przykład takiej umowy:

---- UMOWA ----

Niniejszym zobowiązuję się do przeprowadzenia dokładnej diagnozy logopedycznej oraz (ilu?) ..... sesji terapii logopedycznej (z możliwością weryfikacji ich liczby w trakcie terapii) zgodnie z następującymi wytycznymi:

1. Jedna sesja terapeutyczna będzie trwała ..... minut.
2. Sesje będą się odbywały co ..... dni.
3. Osoby z otoczenia dziecka zobowiązane będą do uczestniczenia w sesjach terapeutycznych w minimalnym wymiarze ..... spotka(-nia/ń) w

tygodniu.

4. Wszystkie wskazówki dotyczące prac domowych i postępów terapii będą przekazywane przez logopedę ustnie lub pisemnie pod koniec każdej sesji.
5. Zadania domowe będą wykonywane sumiennie i systematycznie.
6. Podczas pracy domowej logopedę będzie zastępował(-a):  
.....
7. W przypadku nie respektowania powyższych zasad, prowadzący terapię ma obowiązek przypomnieć treść umowy zainteresowanym osobom.
8. Zakończenie terapii nastąpi w momencie osiągnięcia .....

.....  
.....  
.....

lub w sytuacji uporczywego nieprzestrzegania warunków niniejszej umowy.

Podpisy: logopeda:..... pacjent-uczeń/rodzic/opiekun:  
.....

Mamy nadzieję, że nasza propozycja umowy będzie przyczynkiem do dyskusji na temat warunków prowadzenia terapii logopedycznej. Sądzymy, że jest to temat wart podjęcia na forum „Logopedy”, gdyż jego kontrowersyjność może wywołać pożyteczną dyskusję o etyce zawodu logopedy, jakości prowadzonej terapii oraz jej efektach.

W naszym przekonaniu zawarcie umowy powinno nastąpić w momencie podejmowania decyzji o prowadzeniu terapii logopedycznej z daną osobą. Z uwagi jednak na czas potrzebny na przeprowadzenie dokładnej diagnozy (anamneza, badanie słuchu, badanie budowy i sprawności narządów mowy, badanie mowy oraz inne potrzebne badania) umowa obejmuje także działania diagnostyczne, które poprzedzają właściwą terapię.

Podczas diagnozy logopedycznej wielu logopedów wypełnia karty badania mowy oraz karty wywiadu, które proponujemy objąć wspólną nazwą: „karta do diagnozy logopedycznej”.

W literaturze znajdziemy wiele informacji na temat kart do diagnozy logopedycznej. Do godnych polecenia pozycji z tego zakresu (w kolejności opublikowania) zaliczamy:

- Styczek. *Logopedia*, PWN, Warszawa 1979 i nast.;
- B. Rocławski, *Poradnik fonetyczny dla nauczycieli*, WSiP, Warszawa 1981;
- B. Sawa, *Dzieci z zaburzeniami mowy*, WSiP, Warszawa 1990;
- B. Rocławski, W. Fedorowska, B. Wardowska, *Wczesne uwarunkowania rozwoju mowy. Wywiad biologiczno-środowiskowy*, Glottispol, Gdańsk 1997;
- V.F. Mass, *Uczenie się przez zmysły*. Wprowadzenie do teorii integracji sensorycznej, WSiP, Warszawa 1998;
- B. Dittfeld, *Spróbujmy mówić razem*. Program profilaktyki logopedycznej (dla przedszkoli, klas kształcenia zintegrowanego i integracyjnego), Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2004.

Każda z tych pozycji zawiera inne, z reguły cząstkowe, wersje kart do diagnozy logopedycznej. Nie będziemy w tym miejscu analizować ich wszystkich. Zainteresowanym polecamy skorzystanie z zamieszczonych adresów bibliograficznych. Zachętą do prześledzenia tematu kart do diagnozy niech będzie wydana przed wieloma laty, bezkonkurencyjna po dziś dzień, „Logopedia” Ireny Styczek. Autorka zawarła w niej cenne wskazówki dla logopedów-praktyków, na temat warunków prowadzenia terapii logopedycznej<sup>25</sup>. W obszernych fragmentach przytaczamy niektóre z nich: „*Rozpoczęcie reedukacji powinno być poprzedzone przeprowadzeniem:*

- *anamnezy,*
- *badania słuchu,*
- *badania budowy i sprawności narządów mowy,*
- *badania mowy (mówienia i rozumienia),*
- *innych badań, w zależności od potrzeby.*

*(...) Zarówno wywiad, jak i badanie mowy zostały tak opracowane, aby można było dostosować je dla osób w różnym wieku i z zaburzeniami mowy różnego typu.*

*Przebieg badania mowy należy modyfikować zależnie od przyczyn zaburzeń mowy, stwierdzonych na podstawie wywiadu i badań podstawowych. Jest rzeczą oczywistą, że podane schematy są tylko propozycją, mającą na celu ułatwienie pracy logopedzie.*

*Badanie mowy nie powinno męczyć badanego; prowadzi się je z przerwami, a czasem rozkłada na szereg dni. Badanie należy zacząć od rzeczy najłatwiejszych, aby nie speszzyć i nie zdenerwować badanego. Każdą instrukcję można powtarzać dwa razy. Reakcje badanego zapisuje się jak najdokładniej, zwracając uwagę także na ich czas. Jeżeli badany szybko się*

---

25 Terapia logopedyczna nazywana jest przez I. Styczek (1983, 220) reedukacją, z uwagi na specyfikę pracy z osobami dotkniętymi afazją, polegającą na ponownym nauczaniu mowy (re-edukowaniu).

*męczy i jego możliwości posługiwania się mową i rozumienia mowy są zmienne (zdarza się to w afazji), należy badanie powtórzyć czasem parokrotnie, zanim się wyciągnie z niego wnioski. Materiał używany do badania powinien być stały, gdyż umożliwia to porównanie wyników badań uzyskanych u różnych osób lub dokonanych u tej samej osoby w różnym czasie. Odpowiedzi należy notować dokładnie (przy braku czasu można je oceniać w sposób uproszczony za pomocą znaku +, jeśli odpowiedź jest dobra –, jeśli jest zła lub ± jeśli niezbyt dobra). Bada się;*

- rozumienie mowy,
- mowę samodzielną,
- powtarzanie,
- pisanie i czytanie,
- rachowanie.”<sup>26</sup> (podkreślenia moje – MRD)

Wywiad oraz badanie mowy, o których jest mowa w tym cytacie, zostały opracowane przez I. Styczek w formie „Wzoru karty wywiadu” oraz „Wzoru karty badania mowy”. Jak pisze autorka, zaletą tych kart jest możliwość dostosowania ich do osób w różnym wieku i z różnymi zaburzeniami mowy. Obydwie opublikowane w „Logopedii” propozycje kart możemy więc potraktować jako bazę do opracowywania własnych kart wywiadu oraz kart badania mowy.

Logopedzi w naszym kraju posługują się różnymi kartami do diagnozy logopedycznej<sup>27</sup>. Nie ma w tej sprawie jednolitości, ale też nikt o nią specjalnie nie zabiega. Na zajęciach ze studentami logopedii prezentuje się więc różne wersje kart. Często bywa tak, że podczas praktyk studenckich w różnych placówkach medycznych i oświatowo-wychowawczych pojawiają się karty, które nie były prezentowane na zajęciach. To powinno się zmienić. Studenci, zgłaszający swoje wątpliwości na etapie diagnozy logopedycznej, zachęcili nas do podjęcia tematu kart na szerszym forum.

W niniejszym, wprowadzającym artykule, który być może rozwinie się w serię: „Z warsztatu logopedy-praktyka”, pragniemy zachęcić logopedów do nadsyłania artykułów związanych z tematyką kart do diagnozy logopedycznej. Jesteśmy także otwarci na opracowania kart wykonane przez studentów. Mamy nadzieję, że w gronie osób zainteresowanych tą problematyką uda nam się stworzyć dobre narzędzie, które będzie można upowszechniać na zajęciach ze studentami logopedii. Zachęcamy także poradnie

---

26 Styczek I. (1983). *Logopedia*. Warszawa: PWN, s. 220-221.

27 W Zakładzie Logopedii UG w ramach przedmiotu: „Komputer w logopedii” studenci pod kierunkiem dr Ewy Czaplowskiej i mgr Anny Miklaszewskiej przygotowują elektroniczne wersje arkuszy do diagnozy logopedycznej w programie Microsoft Access.

psychologiczno-pedagogiczne do nadsyłania kart, które najlepiej sprawdzają się na etapie badania przesiewowego w „zerówkach”. Naszym celem jest stworzenie „Karty do diagnozy logopedycznej” w postaci wyskalowanego narzędzia, tzn. wyposażonego w dokładną instrukcję objaśniającą wszystkie użyte w niej terminy (jak. np. infantylne połykanie, niedokształcenie słuchu fonemowego itp.) oraz sposób oceny poszczególnych realizacji, np. na skali od 1 do 5.

Zachęcamy do wymiany poglądów dotyczących kart, które są przydatne w kompleksowej diagnozie logopedycznej. Temat na pewno nie jest łatwy, powracał na przestrzeni ostatnich trzydziestu lat wielokrotnie. Ostatnio spotykamy się z opiniami, że stworzenie jednej zadowolającej wszystkich karty do diagnozy logopedycznej nie jest możliwe. Na pewno jest w tym stwierdzeniu sporo racji. Być może spośród propozycji, które już istnieją należy wybrać kilka najlepszych, dostosowanych do różnych grup odbiorców (osób z afazją, autyzmem, dyszartrią, dyslalią itd.). Liczymy więc na poszerzenie grona osób zainteresowanych tych tematem oraz ukazanie, jak problem diagnozy rozwiązują logopedzi poza granicami naszego kraju. W Zakładzie Logopedii Uniwersytetu Gdańskiego kilka osób zgłosiło już chęć wzięcia udziału w dyskusji na ten temat.

## **Bibliografia**

1. Dittfeld B., *Spróbujmy mówić razem. Program profilaktyki logopedycznej* (dla przedszkoli, klas kształcenia zintegrowanego i integracyjnego), Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2004.
2. Grucza F.(red.), *Teoretyczne podstawy terminologii*, Ossolineum, Wrocław 1991;
3. Kaczmarek L. *Korelacyjna klasyfikacja zaburzeń słownego i pisemnego porozumiewania się*, „Logopedia” 1975, 12.
4. Mass V.F., *Uczenie się przez zmysły. Wprowadzenie do teorii integracji sensorycznej*, WSiP, Warszawa 1998.
5. Miklaszewska A., Czaplewska E. *Komputerowe pomoce logopedyczne jako narzędzie wspomagające rozwój mowy w aspekcie fonetycznym*, w: *Metody wspomagające rozwój mowy w różnych jego opóźnieniach*, Przybysz-Piwkowska M. (red). Warszawa 2002.
6. Mierzejewska H. Emiluta-Roza D., *Projekt zestawienia form zaburzeń mowy*, „Audiofonologia” 1997, t.10.
7. Mirecka U., Gustaw K., *Skala dyszartrii. Wersja dla dzieci*, Wydawnictwo Continuo, Wrocław 2006.



8. Ożdżyński J. (red.), *Polska terminologia logopedyczna*, Wydawnictwo i Druk. „Secesja”, Kraków 1994.
9. Ożdżyński J., Surowaniec J., *Teoria i praktyka terminologii logopedycznej*, Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej, Kraków 2000.
10. Paluch A., *Afa-skala. Jak badać mowę dziecka afatycznego*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2003.
11. Rocławski B., *Poradnik fonetyczny dla nauczycieli*, WSiP, Warszawa 1981.
12. Rocławski B., Fedorowska W., Wardowska B., *Wczesne uwarunkowania rozwoju mowy. Wywiad biologiczno-środowiskowy*, Glottispol, Gdańsk 1997.
13. Sawa B., *Dzieci z zaburzeniami mowy*, WSiP, Warszawa 1990.
14. Styczek I., *Logopedia*, PWN, Warszawa 1983.
15. Surowaniec J., *Logopedyczny słownik terminologii diagnostycznej*, Wydawnictwo Edukacyjne, Kraków 1996.
16. Szepietowska E.M., *Badanie neuropsychologiczne: procedura i ocena*, Wydawnictwo UMCS, Lublin 2000.

[POWRÓT](#)

mgr Kamil Zaborowski  
Ośrodek Rehabilitacyjno-Edukacyjno-Wychowawczy  
Ochotnica Dolna i Krościenko nad Dunajcem  
[neurologopeda@o2.pl](mailto:neurologopeda@o2.pl)

**Przydatność diagnostyczna i zastosowanie  
„Kwestionariusza poznawczo–językowego” w określeniu wstępnego  
rozwoju poznawczo–językowego u dzieci z upośledzeniem umysłowym**

Rozwój psychiczny dziecka, w tym czynności mowy i kompetencji językowych, uzależniony jest od akceleracji w obszarze sfery poznawczej, społecznej i emocjonalnej. Poziom rozwoju mowy, jako wyższej funkcji psychicznej, zdeterminowany jest w szczególności procesami umysłowymi. Upośledzenie umysłowe lub w aktualnej terminologii niepełnosprawność intelektualna<sup>28</sup> jest zaburzeniem rozwojowym niespecyficznym. Zaburzeniu ulegają tutaj w bardzo różnym stopniu procesy poznawcze, m.in. operacje intelektualne związane nierozdzielnie z językiem, tj. tworzenie pojęć, analizowanie, syntetyzowanie, abstrahowanie, planowanie.

Stopień rozwoju mowy jest wprost proporcjonalny do potencjału intelektualnego. Jednostka o obniżonych możliwościach umysłowych wykazuje relatywnie ograniczony stopień rozwoju kompetencji językowych i umiejętności komunikacyjnych, proporcjonalnie do stopnia upośledzenia umysłowego. Na przykład populacja dzieci z upośledzeniem umysłowym w stopniu umiarkowanym (I.I. 35–40 do 50–55) osiąga najczęściej poziom myślenia konkretno–wyobrazeniowego. Według Piageta myślenie konkretno–wyobrazeniowe charakteryzuje się m.in. rozumowaniem opartym na zdarzeniach zewnętrznych, a nie na operacjach logicznych. Nie stanowi przy tym odrębnej, samodzielnej czynności poznawczej<sup>29</sup>. W związku z powyższymi ograniczeniami poznawczymi, następuje w tej grupie ograniczony rozwój systemu językowego, np. w obszarze leksykalnym.

---

28 Termin „niepełnosprawność intelektualna” przytaczam za Panią Prof. Janiną Wyczesany. Termin „upośledzenie umysłowe” może posiadać w określonych kontekstach nacechowanie pejoratywne (przypis odautorski).

29 Przetacznikowa M.: Wiek przedszkolny [w:] *Psychologia rozwojowa dzieci i młodzieży*, red. Żebrowska M., PWN, Warszawa 1980, s. 467–493.

Dokładne ustalenie poziomu rozwoju mowy werbalnej u dzieci z niepełnosprawnością intelektualną jest zadaniem złożonym i rozciągniętym w czasie. Badaniu należy poddać wszystkie obszary rozwoju językowego, tj. aspekt fonetyczno–fonologiczny, semantyczno–leksykalny, zdaniowo–semantyczny i morfologiczno–syntaktyczny. Diagnoza neurologopedyczna dzieci z upośledzeniem umysłowym przebiega w oparciu o wywiad, obserwację bezpośrednią oraz testy i kwestionariusze do badania artykulacji. Narzędzia przeznaczone do diagnozy logopedycznej i stosowane z powodzeniem w praktyce logopedii ogólnej, mają często ograniczoną przydatność w procesie diagnozy osób z niepełnosprawnością intelektualną, w szczególności u osób funkcjonujących poniżej upośledzenia w stopniu lekkim. W mojej ocenie i na podstawie dłuższej praktyki logopedycznej z omawianą grupą pacjentów, istnieją określone trudności w badaniu mowy dzieci oligofatycznych przy pomocy wybranych kwestionariuszy do badania artykulacji<sup>30</sup>. Jedną z przyczyn jest ułożenie obrazków z desygnatami na kartach testowych. Wspomniane kwestionariusze zawierają po kilka obrazków na jednej stronie do badania (po 4 lub więcej). Takie ułożenie obrazków utrudnia często rozpoznanie, czy wyodrębnienie wzrokowe określonego elementu. Duża grupa dzieci z oligofazją posiada bowiem zaburzenia percepcji i koncentracji uwagi wzrokowej. Poszczególne obrazki są też często trudne percepcyjnie (np. zawierają zbyt wiele detali lub są zbyt schematyczne), co utrudnia proces identyfikacji obrazków z desygnatami. Kwestionariusze zawierają też desygnaty często zupełnie nie znane dzieciom z ograniczeniami poznawczymi tj. kielnia (Demel G., 1998), fajka, mak (Balejko A., 2003).

Testy językowe, które posiadają normy stenowe<sup>31</sup> (są to testy unikalne) przeznaczone są dla wybranych grup wiekowych<sup>32</sup>, co ogranicza częstokroć ich zastosowanie u dzieci z niepełnosprawnością intelektualną, w szczególności w stopniu umiarkowanym. Z uwagi na niesamoistny opóźniony rozwój mowy, czynności werbalne w opisywanej grupie dzieci pojawiają się często nawet powyżej 10 r.ż., co uniemożliwia wykorzystanie powyższych testów zgodnie z ich przeznaczeniem.

Wobec powyższych trudności i w wyniku doskonalenia osobistego warsztatu logopedycznego opracowałem niewystandaryzowane narzędzie o typie kwestionariusza

30 Dotyczy następujących kwestionariuszy do badania artykulacji dostępnych w:

Antos D., Demel G., Styczek I.: *Jak usuwać seplenienie i inne wady wymowy*, PZWS, Warszawa 1978.

Balejko A.: *Sprawdź jak mówię i wymawiam*, Białystok 2003.

Demel G.: *Minimum logopedyczne nauczyciela przedszkola*, WSiP, Warszawa 1998.

31 Tarkowski Z.: *Test słownika dziecka*, wyd. Fundacji Orator, Lublin 1998.

Tarkowski Z.: *Test sprawności językowej*, wyd. Fundacji Orator, Lublin 2001.

32 4,0–8,0 r.ż. – Tarkowski Z.: *Test słownika dziecka*, wyd. Fundacji Orator, Lublin 1998.

4,0–8,11 r.ż. – *Test sprawności językowej*, wyd. Fundacji Orator, Lublin 2001.

obrazkowego do wstępnego określenia rozwoju poznawczo–językowego. „Kwestionariusz poznawczo–językowy” (w skrócie KPJ) pozwala określić:

- znajomość prezentowanych pojęć: wybranych przedmiotów, zwierząt i czynności,
- stopień identyfikacji obrazków z desygnatami i ich nazwami,
- zasób leksykalny czynny i bierny, tzw. „pierwszy słownik dziecka”,
- poziom artykulacji i sprawność nominacyjną.

KPJ nie posiada ograniczeń wiekowych w odniesieniu do górnej granicy wieku badanych. W przypadku dolnej granicy wieku badanych zaleca się stosowanie KPJ u dzieci powyżej 2 r.ż. KPJ składa się z kwestionariusza obrazkowego oraz protokołu badań z instrukcją. Zbudowany jest z trzech zasadniczych prób badawczych (punkt 1, 2, 3) oraz dwóch części (punkt 4 i 5) przeznaczonych na diagnozę i program terapii. Kwestionariusz obrazkowy zbudowany jest z pojedynczych obrazków pochodzących z zestawu pomocy „Od obrazka do słowa”.<sup>33</sup> Dobór gotowych obrazków podyktowany został ich wysoką użytecznością praktyczną oraz szeroką dostępnością na rynku, co umożliwia czytelnikom niniejszego artykułu skonstruowanie we własnym zakresie i na osobisty użytek kwestionariusza obrazkowego KPJ. Poszczególne obrazki są spięte, łatwo rozpinaną klamrą, co umożliwia ich szybki demontaż potrzebny w próbie pierwszej oraz ekspozycję izolowaną (w trybie pojedynczych obrazków).



33 Rodak H., Nawrocka D.: *Od obrazka do słowa*, WSiP, Warszawa, 1994.



Za pomocą pierwszej próby KPJ określa się stopień znajomości słownictwa biernego oraz stopień identyfikacji obrazków z desygnatami. Badany bierny zakres leksykalny pokrywa się z podstawowym zakresem słownictwa dzieci. Dobór słownictwa podyktowany był relatywnie wysoką częstotliwością jego występowania w krytycznym okresie rozwoju mowy dziecka (do 7 r.ż.). Próba zawiera 48 słów bodźcowych oraz instrukcję wykonania.

Za pomocą drugiej próby KPJ dokonuje się oceny zasobu leksykalnego czynnego. Próba zawiera ten sam zamknięty zestaw słów bodźcowych. Badający pyta o nazwy poszczególnych desygnatów prezentowanych na izolowanych obrazkach i zapisuje je w protokole badań.

W trzeciej próbie KPJ dokonuje się oceny artykulacji. Wymowę ocenia się na podstawie artykulacji wyrazów z próby drugiej oraz w drodze powtarzania przez dziecko za badającym izolowanych dźwięków mowy.

Ostatecznej diagnozy rozwoju czynności mowy dokonuje się na podstawie uzyskanych odpowiedzi oraz w oparciu o informacje uzupełniające, pochodzące z wywiadu i obserwacji.





### Bibliografia

1. Antos D., Demel G., Styczek I.: *Jak usuwać seplenienie i inne wady wymowy*, PZWS, Warszawa 1978.
2. Balejko A.: *Sprawdź jak mówię i wymawiam*, Białystok 2003.
3. Demel G.: *Minimum logopedyczne nauczyciela przedszkola*, WSiP, Warszawa 1998.
4. Przetacznikowa M.: *Wiek przedszkolny [w:] Psychologia rozwojowa dzieci i młodzieży*, red. Żebrowska M., PWN, Warszawa 1980.
5. Rodak H., Nawrocka D.: *Od obrazka do słowa*, WSiP, Warszawa 1994.
6. Tarkowski Z.: *Test słownika dziecka*, wyd. Fundacji Orator, Lublin 1998
7. Tarkowski Z.: *Test sprawności językowej*, wyd. Fundacji Orator, Lublin 2001.

[POWRÓT](#)

mgr Joanna Soboń

Szkoła Podstawowa nr 5

Świdnik

[asiasobon@o2.pl](mailto:asiasobon@o2.pl)

## Studium przypadku jąkającej się kobiety – perspektywa interakcyjna

Niezwykle interesująca perspektywa badania wypowiedzi osób jąkających się rysuje się w wymiarze działań i interakcji społecznych. Interakcja na gruncie socjologii definiowana jest jako „sposoby działań jednostki w konkretnych sytuacjach oraz stosowane potocznie zabiegi rozumienia i dostosowywania się działań partnerów”<sup>34</sup>. Badacze akcentują fakt, iż podstawę każdej interakcji stanowi pewien porządek relacji, ukierunkowujący jednocześnie zachowania jej uczestników. Najogólniej rzecz biorąc są to reguły postępowania utrwalone w danym społeczeństwie oraz kod językowy. Tego rodzaju czynniki stanowią wynik socjalizacji człowieka, który początkowo „uczy się dopasowywać swoje zachowania do zachowań partnerów. Następnie zdobywa umiejętność określania znaczeń zjawisk społecznych i hierarchizowania tych zjawisk. Wreszcie opanowuje sztukę patrzenia na siebie z perspektywy innych uczestników życia społecznego”<sup>35</sup>. Istotą interakcji jest zatem nadawanie sensu ludzkim zachowaniom. Zachowania te z kolei uzyskują status sygnałów, spośród których wyróżnić możemy: ujawniające się bez woli nadawcy oznaki jego stanów psychofizycznych i społecznych (indeksy) oraz znaki intencjonalne, za pomocą których nadawca świadomie informuje o swoich zamierzeniach czy też przewiduje reakcje odbiorcy (symbole)<sup>36</sup>.

Badanie owych wypowiedzi w perspektywie dyskursywnej, w szeroko pojętym kontekście społecznym, znacznie wykracza poza obszar kreślony przez tradycyjne analizy tekstologiczne. S. Grabias z pozycji socjolingwisty tworzy użyteczną dla badań lingwistycznych definicję dyskursu, będącego rodzajem interakcji społecznej, dokonującej się przy udziale języka – „ciąg zachowań językowych, których postać zależy od tego, kto mówi, do kogo, w jakiej sytuacji i w jakim celu [...] poszukiwanie reguł dyskursu musi obejmować poziom zjawisk psychofizycznych, poziom zjawisk społecznych i wreszcie poziom języka

---

34 M. Ziółkowski, *Znaczenie, interakcja, rozumienie. Studium z symbolicznego interakcjonizmu i socjologii fenomenologicznej jako wersji socjologii humanistycznej*, Warszawa 1981, s. 21.

35 S. Grabias, *Język w zachowaniach społecznych*, Lublin 2003, s. 248–249.

36 Por. S. Grabias, s. 249.

jako systemu semiotycznego rządzącego się własnymi prawami<sup>37</sup>. W tak sformułowanej definicji na plan pierwszy wysuwa się teoria zachowania językowego. Zakłada ona, iż zachowaniem językowym jest każdy akt użycia języka, zarówno w mowie wewnętrznej, jak i zewnętrznej. U podstaw procesu nadawania znaczeń wszelkim działaniom ludzkim leży więc język. W związku z powyższym, interakcja postrzegana w perspektywie lingwistycznej jawi się jako „układ dwu przylegających do siebie procesów: procesu nadawania znaczeń zachowaniom ludzkim oraz procesu dostosowywania własnych zachowań do zachowań członków grupy społecznej<sup>38</sup>. Założeniem, które leży u podstaw tego rodzaju interpretacji jest teza, zgodnie z którą proces nadawania znaczeń zarówno zachowaniom własnym, jak i zachowaniom innych uczestników grupy społecznej w warunkach biologicznej i społecznej normy funkcjonowania dokonuje się wyłącznie poprzez język. Co więcej, proces zdobywania języka jest jednocześnie determinantem oglądu świata. Toteż mówiąc o teorii interakcji nie wolno zapominać o roli, jaką pełni język w jej przebiegach widzianych z dwu perspektyw.

Po pierwsze, roli języka w poznaniu rzeczywistości, czyli w organizowaniu sensów w umysłach ludzkich.

Po drugie, roli języka w organizowaniu przekazu, czyli w przenoszeniu znaczeń z jednego umysłu do innych<sup>39</sup>.

W związku z czym, analiza interakcyjna wypowiedzi osób jękających się otwiera pole poszukiwań na wszystkie wspomniane wyżej poziomy zjawisk. Mało tego, poza badanym tekstem wyodrębnia nadto przedmioty analiz: nadawcę, odbiorcę, sytuację użycia języka, cel wypowiedzi oraz ściśle związane z nimi sprawności: sprawność systemową, społeczną, sytuacyjną i wreszcie – pragmatyczną.

Jękanie stanowi bardzo złożony proces lingwistyczno–psycho–socjo–fizjologiczny. Przyjrzyjmy się zatem jak interesujące nas zaburzenie mowy pojmowane jest kolejno na płaszczyźnie: fizjologicznej (medycznej), psychologicznej, pedagogicznej oraz socjologicznej.

Nauki medyczne traktują jękanie jako chorobę, tj. rodzaj nerwicy (objawu nerwicowego) bądź zaburzenie powstałe na skutek trwałego uszkodzenia jąder podkorowych. Wskazują więc zarówno na przyczyny psychogenne kładąc nacisk na funkcjonalne zaburzenia w układzie nerwowym, jak i urazy fizyczne (w tym urazy czaszki, choroby układu piramidowego, nowotwory). Na biegunie poglądów biologistycznych akcentuje się również

37 Tamże, s. 264.

38 S. Grabias, *Interakcja językowa i jej uwarunkowania. Perspektywa lingwistyczna* [w:] *Barierzy i pomosty w komunikacji językowej Polaków*, pod red. J. Bartmińskiego, U. Majer-Baranowskiej, Lublin 2005, s. 19.

39 Por. tamże, s. 21–31.



rolę dziedziczności oraz konflikt dominacji w przebiegu procesu lateralizacji. Lekarze zgodnie łączą jąkanie ze spastycznymi ruchami mięśni aparatu mowy, którym często towarzyszą współruchy w mięśniach twarzy, tułowia i kończyn. Fizjologia jąkania na podstawie jego somatycznych przyczyn wyróżnia:

- jąkanie kloniczne, w którym przeważają skurcze kloniczne ( np. ko-ko-koza),
- jąkanie toniczne, w którym przeważają skurcze toniczne ( np. k-k-koza),
- jąkanie kloniczno – toniczne, w którym nasilenie skurczów klonicznych i tonicznych jest wyrównane<sup>40</sup>.

Podobnie jak medycyna jąkanie postrzega psychologia. Skupia się wokół teorii logoneurozy, czyli nerwicy mowy; upatruje w nim rodzaj swoistej fobii. Psycholodzy są przekonani, że jåkaniu towarzyszy tzw. logofobia, czyli lęk przed mówieniem przejawiający się tym, iż osoba jåkająca się traktuje mowę jako egzamin, a nie formę komunikacji. Jåkający posiada bowiem świadomość niepłynności własnej mowy, która pozwala na przewidywanie wystąpienia ewentualnych trudności. To z kolei pociąga za sobą szereg niekorzystnych reakcji emocjonalnych, tj. frustracja, poczucie winy, niska samoocena itp. Oddziaływanie terapeutyczne koncentruje się przede wszystkim wokół psychoterapii. Jej zadaniem jest wzbudzenie w osobie jåkającej się motywacji do pracy nad sobą, przywrócenie wiary we własne możliwości<sup>41</sup>.

Stanowisko pedagogiki w tym względzie również nie odbiega zbyt dalece od dotychczas przytoczonych opinii. Na plan pierwszy wysunięty zostaje aspekt środowiskowy. Wśród przyczyn odnaleźć możemy nawet awantury domowe<sup>42</sup>.

W socjologicznym ujęciu natomiast jąkanie jest zaburzeniem interakcji społecznych. Prowadzi bowiem do tzw. „ucieczki przed jåkaniem”, tj. stopniowego ograniczenia lub całkowitego wycofania się z wielu sytuacji komunikacyjnych; w rezultacie zaś zmniejsza aktywność życiową jåkającego, tj. minimalizuje jego aspiracje i oczekiwania. Sprawia, iż zarówno nadawca (jåkający), jak i odbiorca czują się „nieswojo”. Niejednokrotnie niepokój i dezorientacja jåkającego udziela się również słuchaczowi i na odwrót<sup>43</sup>.

Jåkaniem – w związku z powyższym – będziemy nazywać zaburzenie mowy, na które składa się zespół wzajemnie warunkujących się objawów opisywanych na trzech różnych płaszczyznach:

---

40 Por. Z. Tarkowski, *Jåkanie*, Warszawa 2001, s. 12; G. Jastrzębowska, *Podstawy teorii i diagnozy logopedycznej*, Opole 1998, s. 321–323.

41 Por. tamże.

42 Por. tamże.

43 Por. Z. Tarkowski, *Jåkanie*, s. 13.

- na poziomie komunikacji językowej (niepłynność mówienia),
- na poziomie psychicznym (uczucie frustracji i lęku),
- na poziomie neurofizjologicznym (spastyczne ruchy mięśni i inne reakcje fizjologiczne)<sup>44</sup>.

W jąkanii ujmowanym z perspektywy dyskursywnej to właśnie zaburzenia komunikacyjne wysuwają się na plan pierwszy. Z przeglądu różnorodnych stanowisk dotyczących istoty interesującego nas zaburzenia wynika, iż zaburzenia komunikowania się są niejednokrotnie wiodącym komponentem jąkania pojmowanego jako zespół. Badacze zgodnie przyznają, że nie można utożsamiać jąkania wyłącznie z zaburzeniami w płynnej realizacji ciągu fonicznego<sup>45</sup>. W opisie tego rodzaju zaburzenia ważnym zagadnieniem wydaje się zjawisko logofobii, czyli lęku związanego z mówieniem i wynikające z tego problemy emocjonalne<sup>46</sup>. Jak referuje A. Bochniarz za McCroskey lęk komunikacyjny to „indywidualny poziom obawy lub niepokoju zawiązany zarówno z rzeczywistością, jak i z wyobrażoną sytuacją komunikacyjną, z pewną osobą lub osobami. Lęk komunikacyjny wiąże się z lękiem w kontaktach interpersonalnych”<sup>47</sup>. Stany lękowe bowiem utrudniają naturalny rozwój dyskursu, a niekiedy wręcz uniemożliwiają komunikację językową. Takie ujęcie pozwala doszukiwać się swego rodzaju podobieństwa jąkania do jednostki wyróżnianej w psychiatrii i poddawanej leczeniu farmakologicznemu, mianowicie – fobii socjalnej<sup>48</sup>.

Toteż skuteczna i rzetelna terapia osoby jąkającej się winna w dużej mierze koncentrować się nie tylko wokół samej niepłynności, ile brać pod uwagę wpływ owej niepłynności na całość interakcji społecznej. Innymi słowy, powinna uwzględniać – prócz treningu mowy płynnej – również takie czynniki istotne komunikacyjnie jak: osoba mówcy, odbiorca, sytuacja użycia języka czy cel wypowiedzi. W związku z powyższym, kluczowym zagadnieniem w postępowaniu terapeutycznym wydaje się pytanie o to, w jaki sposób pomóc jąkającemu się rozmówcy mówić płynnie, niezależnie od nieuchronnego – negatywnego oddziaływania – poszczególnych komponentów interakcji językowej.

44 T. Woźniak, *Pojęcie jąkania a metodyka postępowania logopedycznego*, „Opuscula Logopaedica in honorem Leonis Kaczmarek”, Lublin 1993, s. 316.

45 Por. Z. Tarkowski, *Jąkanie. Zagadnienie etiologii, diagnozy, terapii i prognozy*, Warszawa 1987, s. 4–5; Z. Tarkowski, *Jąkanie*, Warszawa 2001, s. 9–13; Tarkowski, *Psychosomatyka jąkania. Dlaczego osoby jąkające się mówią płynnie*, Lublin 2007, s. 38–41; T. Woźniak, *Pojęcie jąkania a metodyka postępowania logopedycznego*, „Opuscula Logopaedica in honorem Leonis Kaczmarek”, Lublin 1993, s. 313–317.

46 Por. K. Głogowski, *Jąkanie w aspekcie zdeintegrowanej osobowości*, „Logopedia” 1969, t. 8/9; s. 58–68; I. Styczek, *Logopedia*, Warszawa 1981, s. 314–315.

47 A. Bochniarz, *Lęk w komunikacji interpersonalnej*, „Logopedia” 1998, t. 25, s. 23.

48 Por. Woźniak, *Zaburzenia komunikacyjne w jąkanii – perspektywy terapii*, „Logopedia” 2005, t. 34, s. 235–244.

Artykuł jest próbą opisu przypadku pacjentki, u której – po szczegółowym postępowaniu diagnostycznym – przeprowadzono terapię logopedyczną, skoncentrowaną zarówno na nie płynności mowy, jak i zaburzeniach komunikacji językowej.

Zastosowana w niniejszej pracy metoda badawcza, tj. studium przypadku jękającej się kobiety, w sposób niezwykle wnikliwy charakteryzuje jękanie w odniesieniu do konkretnej osoby. Ukazuje jego patomechanizm, etiologię oraz symptomatologię. To model diagnozowania psychologicznego opracowany przez I. Obuchowską. Metoda ta ukierunkowana jest zarówno na nie płynność mówienia, jak i na osobę jękającą się ujmowaną jako dynamiczna całość. Pozwala przyjrzeć się problematyce nie płynności mowy w kontekście wieloaspektowym. Prezentuje bowiem przebieg postępowania diagnostycznego oparty o dane ogólne, kliniczne oraz testowe; nastawiony zaś na ich syntetyzujące ujmowanie na każdym etapie procesu diagnostycznego<sup>49</sup>. I tak dane uzyskane za pomocą metod klinicznych (obserwacji, rozmowy, wywiadu) umożliwiają sporządzenie opisu oraz odtworzenie biografii pacjenta. Dane testowe zaś pozwalają na ocenę patomechanizmu ewentualnych trudności w mówieniu, określenie charakteru nie płynności, przeciętnego procentu jękania, a także reakcji psychologicznych i fizjologicznych im towarzyszących. Zgromadzone informacje są podstawą do postawienia hipotezy diagnostycznej zawierającej przyczyny, mechanizm oraz skutki jękania. Efektem końcowym powyższego procesu diagnozowania jest ustalenie programu terapii.

Badania wykonano w gabinecie Poradni Logopedycznej, w której świadczona jest specjalistyczna diagnoza i terapia logopedyczna w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia. Wszystkie spotkania z pacjentką zostały zarejestrowane na taśmie dyktafonowej w odstępach tygodniowych.

Postępowanie diagnostyczne przeprowadzono w oparciu o następujące narzędzia funkcjonujące w polskiej literaturze logopedycznej: „Kwestionariusz Cooperów do Oceny Jękania” w polskim opracowaniu M. Chęćka, „Próbę Sylabową do Oceny Nie płynności Mówienia” Z.M. Kurkowskiego, „Kwestionariusz Nie płynności Mówienia i Logofobii” Z. Tarkowskiego, „Test rozdzielnousznego słyszenia – słowa” w opracowaniu Z.M. Kurkowskiego oraz Test logopedyczny dla osób jękających się „Sposoby radzenia sobie z jękanem” autorstwa W. Kosteckiej. W przypadku tego pierwszego w zróżnicowanym repertuarze tekstów (recytacja, powtarzanie, czytanie, odpowiadanie, mowa spontaniczna) mierzymy częstotliwość i przeciętny procent jękania oraz czas trwania momentów

---

49 Strukturę postępowania diagnostycznego stosuję w oparciu o następującą pozycję: I. Obuchowska, *Dynamika nerwic. Psychologiczne aspekty zaburzeń nerwicowych u dzieci i młodzieży*, Warszawa 1983.

niepłynności – bloków. Ponadto sprawdzamy ocenę reakcji unikania, cechy określające istotę jąkania, wreszcie percepcję ostrości jąkania przez samego pacjenta. Protokół badania obejmuje także percepcję ostrości jąkania przez logopedę, w tym ewentualną obecność nienaturalnych reakcji współtowarzyszących.

Ze względu na zastosowanie – w kolejnym z narzędzi – bardziej precyzyjnej techniki wyliczania procentu niepłynności, wykorzystano również „Próby Sylabową do Oceny Niepłynności Mówienia” w opracowaniu Z.M. Kurkowskiego. Dla każdej grupy wiekowej przewidywane są tu trzy próby: czytanie, odpowiedzi na pytania i opowiadanie historyjki obrazkowej. Ocenę niepłynności natomiast oblicza się biorąc pod uwagę liczącą 100 sylab próbki wypowiedzi, przyjmując 1% za każdą niepłynnie zrealizowaną sylabę i każde wtrącenie. Średni procent niepłynności wyznacza suma procentów z trzech prób podzielona przez trzy.

Tymczasem „Kwestionariusz Niepłynności Mówienia i Logofobii” umożliwi dokładny opis niepłynności mowy pacjentki oraz towarzyszących jej reakcji psychofizjologicznych. Ponadto bada – niezwykle istotny w analizowanym przypadku – aspekt społeczny niepłynności oraz pozwala precyzyjniej zaprogramować sposób postępowania terapeutycznego i na bieżąco monitorować efektywność prowadzonej terapii. Kwestionariusz Tarkowskiego składa się z trzech części: oceny sytuacyjnej niepłynności mówienia przez pacjenta, oceny sytuacyjnej logofobii przez pacjenta oraz oceny objawów neuromięśniowych, wegetatywnych i psychologicznych przez logopedę. W konsekwencji tego rodzaju postępowanie badawcze zmierza do wyznaczenia hierarchii sytuacji terapeutycznych, a także sporządzenia w oparciu o uzyskane dane profilu jąkania pacjenta.

Test rozdzielnousznego słyszenia bada globalną dominację określonej półkuli w percepcji dźwięków, zaś test Kosteckiej stopień akceptacji jąkania przez pacjentkę.

### **Dane ogólne**

Pani Barbara R., wiek 35 lat, pielęgniarzka na oddziale neurologii w szpitalu publicznym. Troje dzieci: Magdalena (7 lat), Mateusz (7 lat), Michał (7 lat). Warunki bytowe dobre.

### **Problem kliniczny (logopedyczny)**

Podaje pacjentka: Kłopoty z płynną mową ujawniły się między piątym a szóstym rokiem życia. Pani Barbara początkowo powtarzała sylaby na początku wypowiedzi bądź na przejściu

od jednego do drugiego jej członu. Wraz z rozpoczęciem nauki szkolnej lokalizacja objawów uległa rozciągnięciu na całą wypowiedź. W starszych klasach szkoły podstawowej jąkanie znacznie się nasiliło i utrzymywało się na tym samym poziomie w liceum i na studiach. Zebrane dane potwierdziły rozpoznanie pacjentki.

### **Dane kliniczne**

#### **1. Wywiad z pacjentką**

Dane biograficzne: W najbliższej rodzinie jąkała się córka siostry ojca pacjentki. Początki niepełnego mówienia pani Barbary sięgają wieku siedmiu lat, kiedy rozpoczęła naukę w szkole podstawowej. Niemniej jednak, pierwsze objawy niepełnej mowy – jak twierdzi rodzina – pojawiły się między piątym a szóstym rokiem życia. Wówczas zauważalne były powtórzenia sylab nagłosowych i wyrazów (głównie funkcyjnych: spójników, przymków) na początku wypowiedzi. Trudności w mówieniu z wiekiem pogłębiały się. Okres krytyczny nastąpił w momencie rozpoczęcia nauki szkolnej. Jak wynika z relacji pacjentki, w klasach starszych szkoły podstawowej, Pani Barbara była na tyle zestresowana, iż bywały momenty, że nie mogła z siebie „wydusić” słowa. Świadomość obecności rówieśników, a co za tym idzie – poczucie wstydu, frustracji, zniechęcenia, złości – wywoływały samonakręcającą się spiralę. W konsekwencji zaś – całkowite niemalże zaniechanie przez pacjentkę jakiegokolwiek aktywności na zajęciach lekcyjnych. Doprowadziło to do sytuacji, kiedy dziewczynka odpowiadała, czytała, recytowała wiersze wyłącznie w trakcie przerw lekcyjnych, w obecności nauczyciela. Trudności w mówieniu sprawiły, że pani Barbara – pomimo iż była bardzo dobrą uczennicą i osiągała wysokie oceny – czas nauki szkolnej (zwłaszcza „podstawówkę” i liceum) określa mianem „najgorszego” okresu w jej życiu. Na studiach przeżywała już znacznie mniejszy stres związany z czynnością mówienia, gdyż nauka odbywała się w mniejszych grupach aniżeli w latach szkolnych, wiedzę zaś sprawdzano głównie w formie egzaminów pisemnych. Prawdopodobnie znaczącą rolę odegrały tu również praktyki licealne w szpitalu, w trakcie których badana nabrała pewności siebie i poczucia wiary we własne siły. Okazało się bowiem, że dysponuje dużą wiedzą, którą potrafi umiejętnie wykorzystać w praktyce oraz posiada dobry kontakt z pacjentami.

Pani Barbara przez dwa lata (VII i VIII klasa szkoły podstawowej) uczęszczała na terapię do Instytutu Fizyki UMCS w Lublinie. Tam pracowała metodą „Echo” autorstwa profesora B. Adamczyka. Pacjentka systematycznie ćwiczyła, jednak praca ta, polegająca – jak relacjonuje kobieta – między innymi na odsłuchiwaniu i analizowaniu nagrań w sytuacjach komunikacyjnych pozagabinetowych – wówczas bardzo nużyła czternastoletnią dziewczynkę.

Jednocześnie badana miała poczucie, iż mowa spowolniona niewiele jej pomaga, a tym samym terapia nie przynosi oczekiwanych rezultatów. Pani Barbara była przekonana, że w postępowaniu terapeutycznym należy skupić się nie tyle na niepełności mowy, ile na stresie komunikacyjnym, który – jej zdaniem – pełnił wiodącą rolę w jąkaniu. Innymi słowy, logofobia, wynikające z niej problemy emocjonalne oraz somatyczne wykładniki lęku (kołatanie serca, zimne ręce, pocenie się) stanowiły dla pacjentki największy problem. Toteż zaniechała dalszej terapii i sama w domu wszelkimi dostępnymi metodami (taniec, ćwiczenia gimnastyczne, słuchanie muzyki, większa troska o wygląd zewnętrzny) usiłowała rozładować swe napięcie emocjonalne oraz zrelaksować się. Z kolei, na początku studiów badana zgłosiła się do Klubu „J”, gdzie uczestniczyła w zaledwie kilku spotkaniach.

Należy dodać, iż pani Barbara jako uczennica szkoły podstawowej sama zgłosiła się do pedagoga szkolnego z prośbą, by ten wskazał jej stosowny adres, pod który mogłaby się udać na terapię. Jąkanie bowiem stanowiło w domu rodzinnym pacjentki swoisty temat tabu. Problem ten nigdy nie był poruszany i rodzina dziewczynki nic nie robiła w tym kierunku. Wręcz przeciwnie – matka badanej, gdy ta w trakcie studiów postanowiła uczęszczać do Klubu „J” – próbowała ją odwlec od tej decyzji, przekonując, że mowa córki jest płynna i poprawna.

## 2. Dane aktualne:

Pacjentka uważa, iż od momentu zakończenia nauki jej płynność mówienia uległa znacznej poprawie, ze względu na zminimalizowany negatywny wpływ uwarunkowań społecznych na funkcjonowanie komunikacyjne kobiety. Badana – choć była bardzo dobrą uczennicą, a następnie studentką – żyła w ciągłym stresie i napięciu, będących wynikiem licznych (zarówno tych większych, jak i pomniejszych) niepowodzeń komunikacyjnych. Pomimo iż stany lękowe pacjentki, związane z czynnością mówienia, uległy znacznemu osłabieniu, to jednak wciąż wywierają one duży wpływ na aktywność życiową badanej, między innymi – uniemożliwiają pełną realizację w życiu zawodowym.

Pani Barbara bardzo koncentruje się na samym akcie mowy; myśli o tym, by wypaść jak najlepiej, przez co ponosi szereg kosztów natury psychologicznej. Jąkająca się unika wypowiedziania niektórych „trudnych” słów (np. skuteczność, idea, zaakceptowanie) oraz dźwięków samogłoskowych o niejednorodnym przebiegu akustycznym, percypowanych jako sekwencje dwóch różnych elementów samogłoskowych<sup>50</sup> (np. neurologia, autobus).

---

50 Strukturę postępowania diagnostycznego stosuję w oparciu o następującą pozycję: I. Obuchowska, *Dynamika nerwic. Psychologiczne aspekty zaburzeń nerwicowych u dzieci i młodzieży*, Warszawa 1983.

Trudności w mówieniu traktuje jako czynnik, który hamuje jej spontaniczność i otwartość życiową oraz przysparza poczucia wstydu i obawy o ocenę innych. Niemniej, przejawia silną potrzebę mowy; odczuwa dyskomfort w sytuacjach towarzyskich, w których zapada cisza. Mimo doświadczanego silnego stresu i napięcia, jest przekonana, że – winna zrobić wszystko, by nie dopuścić do tego, gdyż – jej zdaniem – „tak nie wypada”. Swoje problemy z płynnością wiąże przede wszystkim z inicjowaniem oraz tworzeniem dłuższych wypowiedzi.

Pani Barbara jest zadowolona z wykonywanej pracy, ma dobry kontakt z pacjentami oraz współpracownikami. Nie ukrywa, iż chciałaby wziąć udział w konkursie na oddziałową, lecz fakt, iż się jąka stanowi dla niej poważną barierę. Wraz z mężem i dziećmi mieszka we własnym mieszkaniu. Od momentu wyprowadzenia się z domu rodzinnego odczuwa spokój i poczucie bezpieczeństwa. Wie, iż to ona sama podejmuje decyzje, za które ponosi pełną odpowiedzialność. Nie jest wciąż osądzana i oceniana przez matkę, nawet, gdy są to uwagi czynione w tzw. „dobrej wierze”.

Badana preferuje mowę bardzo szybką i głośną, usiłując w ten sposób niejako „zabić” ewentualne objawy nie płynności.

### 3. Atmosfera domowa:

Jak wynika z relacji pacjentki, miała ona trudne dzieciństwo. Gdy była „w zerówce” ojciec zaczął nadużywać alkoholu, co przeszło w trwałe uzależnienie. Zmarł, gdy pani Barbara była w drugiej klasie liceum.

Matka badanej cierpi od kilku lat na depresję. Pomimo iż kobieta darzy ją dużym szacunkiem, to jednak uważa, że ta niejako „podcina córce skrzydła” i niekiedy zbyt mocno próbuje ingerować w jej życie. Odczuwa do niej swoisty żal za to, że zaniechała trudności córki związane z nie płynną mową i nie udała się z nią w odpowiednim czasie do psychologa, który – w przekonaniu pani Barbary – pomógłby jej zminimalizować poziom lęku, związanego z mówieniem. Ponadto – jako dziecko – nie otrzymała ze strony rodziny dostatecznego wsparcia i motywacji do kontynuowania terapii logopedycznej.

Pacjentka ma dużo starsze rodzeństwo (siostrę – o 13 lat i brata – o 14 lat). Jako najmłodsza w rodzinie traktowana była zawsze – jej zdaniem – jak swego rodzaju „maskotka”. Brat pani Barbary był osobą bardzo nerwową (cierpiał na astmę), co negatywnie odbijało się na samopoczuciu emocjonalnym pacjentki.

Aktualnie – rodzina pełna. Badana od ośmiu lat pozostaje w szczęśliwym, spokojnym związku małżeńskim. Dobry kontakt uczuciowy między pacjentką a dziećmi. Trojaczki wychowywane są przy wsparciu ze strony matki pacjentki.

#### 4. Obserwacja:

Pani Barbara jest średniego wzrostu i ma raczej drobną budowę ciała. Jest atrakcyjną, zadbaną i schludnie ubraną kobietą. W czasie pierwszej wizyty jest nieco onieśmielona. Z czasem jednak wydaje się coraz bardziej zrelaksowana. Mówi dużo i chętnie, a przy tym bardzo głośno i szybko. Najchętniej opowiada o sprawach codziennych, związanych z wychowaniem swych dzieci. Jest osobą pogodną, uśmiechniętą, a wręcz roześmianą, otwartą i przyjaźnie nastawioną do ludzi i świata. Niemniej jednak w kontakcie z panią Barbarą wyczuwalne jest pewne poddenerwowanie. Obserwując badaną można odnieść wrażenie, iż bardzo troszczy się o to, co myślą o niej inni i jak zostanie przez nich oceniona. Co więcej, jest bardzo skoncentrowana na tym, by za wszelką cenę wypaść jak najlepiej. To typ inteligentnej i wrażliwej perfekcjonistki, żyjącej pod ciągłą presją ideału, który nabiera jeszcze większego znaczenia w wymiarze problemów, związanych z jękaniami.

#### 5. Dane z badań testowych

##### Kwestionariusz Cooperów do Oceny Jękania

Zbiorczy protokół badania przewidywał siedem prób. Pierwsza dotyczyła częstotliwości jękania ocenianej w zróżnicowanym repertuarze tekstów. Przeciętny procent jękania u pani Barbary wyniósł 14,26%. Przy czym na recytację przypadło – 13,7%, powtarzanie – 9,9%, czytanie – 8,0%, odpowiadanie – 16,7%, zaś mowę spontaniczną – 23,0%.

Średni czas trwania momentów nie płynności u pacjentki zamyka się w liczbie 1,26 s. Ocena reakcji unikania wykazała dwadzieścia pięć na pięćdziesiąt sytuacji życiowych, których badana chciałaby uniknąć ze względu na trudności w mówieniu. Pani Barbara obawiała się przede wszystkim kontaktu słownego z osobami napotkanymi po raz pierwszy. Jej problemy z nie płynną mową powodowały bowiem uczucie wstydu, zakłopotania, zdenerwowania, gniewu, złości, bezradności, poczucia winy, dyskomfortu psychicznego oraz wyzwalaly lęk przed ewentualną oceną innych. Pacjentka bała się, że jej jękanie narazi ją na śmieszność w oczach rozmówcy. Stresowało ją także telefonowanie, ze względu na brak możliwości utrzymywania kontaktu wzrokowego z interlokutorem. Badana unikała wypowiedzi na forum oraz czytania w obecności licznego audytorium; niezależnie od tego,



czy były to osoby jej bliskie (rodzina, przyjaciele, znajomi), czy też zupełnie obcy ludzie. Bariereę stanowił tutaj przede wszystkim czas trwania wypowiedzi; pacjentka unikała dłuższych monologów w obawie przed zająknięciem.

Jąkanium pani Barbary towarzyszyły nienaturalne reakcje: oddechowe (rozpoczynanie fonacji przy niewystarczającej pojemności nabrałego powietrza), syntaktyczne i semantyczne (zastępowanie głosek, słów lub fraz innymi; częste mówienie „ja nie wiem” celem uniknięcia mówienia) i głosowe (nienaturalne napięcie głosu (podczas płynnego mówienia); nienaturalne napięcie głosu (podczas momentów jąkania); nienormalne tempo mowy; zaburzone cechy prozodyczne: melodia, akcent, rytm). Nie zaobserwowano natomiast żadnych nienaturalnych reakcji przybierania postawy (pozy) i reakcji twarzy.

Spośród wypowiedzi określających istotę jąkania badana wskazała jedenaście na dwadzieścia pięć, z którymi się zgadza. Pani Barbara aprobuje tezę, iż jąkanie – spośród wielu zaburzeń wypowiadania się – pozostaje wciąż najbardziej wyraziste społecznie, zaś jękający się niejednokrotnie są odbierani jako śmieszni. Potwierdza, że osoby takie mają znacznie więcej problemów emocjonalnych niż mówiący płynnie. Co więcej, jest zdania, iż nie powinni oni pracować na stanowiskach, wymagających częstego wydawania poleceń słownych. Twierdzi, że niewłaściwa postawa nauczycieli w dużym stopniu przyczynia się do rozwoju jąkania u dzieci w wieku szkolnym. Badana przyznaje nadto, że jąkanie jest istotnie jednym z jej największych problemów.

Dwie ostatnie próby protokołu zawierały percepcję ostrości jąkania przez pacjenta i logopedę ocenianą w skali 1–5. Badana stwierdziła, iż jej jąkanie jest umiarkowane, występuje w kilku sytuacjach; w skali osobistych problemów znajduje się pośrodku.

Tymczasem przeciętna ocena ostrości jąkania przez logopedę wyniosła 1,8. Przy czym na częstotliwość przypadło – 2, czas trwania momentów niepłynności – 1, przejrzystość sytuacji komunikacyjnych – 3, reakcje współtowarzyszące – 1, wreszcie zaburzenia reaktywnych postaw i uczuć – 3.

Końcowa ocena ogólna wskazała na umiarkowany stopień jąkania zarówno w sytuacjach społecznych, jak i szkolno-zawodowych. Jąkanie badanej ma charakter kloniczno-toniczny.

#### Próba Sylabowa do Oceny Niepłynności Mówienia

Protokół badania obejmował trzy liczące 100 sylab próbki wypowiedzi. Procent niepłynności w poszczególnych typach wypowiedzi przedstawiał się następująco: czytanie

(12%), dialog (16%) oraz historyjka obrazkowa (15%). Na ich podstawie wyznaczono średni procent niepełności wynoszący 14,3%.

#### Kwestionariusz Niepełności Mówienia i Logofobii

Protokół badania przewidywał ocenę: niepełności mówienia (część A), logofobii (część B) oraz objawów neuromięśniowych, wegetatywnych i psychologicznych (część C) w dziesięciu wybranych sytuacjach komunikacyjnych.

I tak, zarówno w części, dotyczącej niepełności mówienia, jak i logofobii uzyskano identyczny wynik – 11 pkt. Badana jednakowo oceniła poziom własnej niepełności i lęku związanego z mówieniem, przyznając w czterostopniowej skali po 2 pkt (odpowiednik formuły: „często się jąkam”) wyłącznie sytuacji rozmowy z nauczycielem w czasie przerwy oraz opowiadania w klasie (w pracy). W pozostałych sytuacjach, wyzwalających jąkanie, stwierdziła, że „trochę się jąka” (1 pkt). Zdaniem pani Barbary jąkanie nie występuje jedynie podczas rozmowy z ojcem (0 pkt). Z kolei w części C badania łączna liczba reakcji psychofizjologicznych, towarzyszących niepełności mówienia wyniosła 4. Odnotowano wyłącznie objawy wegetatywne (przyspieszone bicie serca, pocenie się, blednięcie oraz oziębienie dłoni).

Zgodnie z hierarchią sytuacji terapeutycznych niepełność mówienia i logofobia pani Barbary kształtują się w przeważającej mierze na poziomie niskim, choć dwie na dziesięć przedstawionych w badaniu sytuacji komunikacyjnych wykazały przeciętny poziom wyżej wymienionych trudności w mówieniu. Analiza profilu jąkania kobiety pozwala stwierdzić, iż mamy do czynienia z typem jąkania, w którym wyrównany jest stopień niepełności mowy z poziomem logofobii, tj. lęku, związanego z mówieniem i wynikających z tego problemów emocjonalnych.

#### Test rozdzielności słyszenia – słowa

Test rozdzielności słyszenia bada globalną dominację określonej półkuli w percepcji dźwięków. Polega na jednoczesnej prezentacji do dwojga uszu osoby badanej dwóch serii 3 wyrazów. Porównuje się liczbę prawidłowo rozpoznanych wyrazów z każdego ucha. Przewaga ucha lewego oznacza wyższą sprawność funkcji prawej półkuli mózgu, przewaga ucha prawego – półkuli lewej.

Na podstawie badania uzyskano następujące wyniki: dla lewego ucha 85 % poprawnie rozpoznanych wyrazów, dla prawego zaś – 79%. Różnica między lewym a prawym uchem wyniosła 6%. W sytuacji odwrotnego założenia słuchawek uzyskano 70% dla prawego ucha

oraz 65% dla lewego. Różnica w tym przypadku wyniosła 5%. W związku z czym u pani Barbary mamy do czynienia z lateralizacją nieustaloną.

#### Test logopedyczny dla osób jękających się „Sposoby radzenia sobie z jękaniem”

Test, autorstwa Wandy Kosteckiej<sup>51</sup>, zawiera 75 haseł dotyczących sposobów radzenia sobie z jękaniem, spośród których badany ma za zadanie wybrać akceptowane przez siebie tezy. Wszystkie zamieszczone w formularzu sformułowania koncentrują się wokół trzech podstawowych kategorii, tj. unikania, oczekiwania oraz walki (trudności). I tak, odsetek twierdzeń zaakceptowanych przez pacjentkę wyniósł łącznie 20, 25% (27 z 75). Przy czym na unikanie przypadło – 11, na oczekiwanie – 6, zaś na walkę – 10 haseł. Pani Barbara potwierdziła, że z uwagi na swoje problemy z niepełną mową unika: mówienia bądź czytania przed dużą grupą, rozmów z ważnymi osobami (np. pracodawcami) oraz z matką, korzystania z telefonu, zadawania pytań na ulicy czy też nawiązywania nowych znajomości. W oczekiwaniu na ewentualną niepełność (zwłaszcza zaś na dźwięki, słowa, frazy sprawiające szczególne trudności) doznaje uczucia bladnięcia i zdenerwowania. Towarzyszy temu nienaturalne, zbyt szybkie tempo mowy. Co więcej, pacjentka nieustannie myśli o jękaniu z obawą o płynną mowę. Z kolei, podczas realizacji wypowiedzi badana przyznaje, iż często zdarza jej się mówić na wdechu, z zatrzymanym strumieniem powietrza; zamieniać niektóre słowa na łatwiejsze do wypowiedzenia, a niekiedy wręcz całkowicie je pomijać. Mało tego, jako wyraz walki, ze względu na doznane porażki, niejednokrotnie rezygnuje z prób ponownego mówienia.

#### 6. Dane eksperymentalne

Badana poproszona na początku terapii o krótką charakterystykę, a następnie przedstawienie swojego schematu góry lodowej, ilustrującego symptomy zaburzenia stwierdziła, iż jej jękanie przypomina model góry lodowej<sup>52</sup>, w którym następuje wyraźna przewaga objawów ukrytych nad jawnymi. Otóż, pacjentka przyznała, że istotnie mówi niepełnie, lecz niepełność ta – w jej przekonaniu – jest mało widoczna i słyszalna. Niemniej jednak, przeżywa w związku z jękaniem szereg negatywnych emocji, spośród których wiodącą rolę odgrywa silny lęk, związany z mówieniem. Badana ukrywa jękanie, stosuje strategie zmierzające do zatajenia przed otoczeniem swych trudności. Wstydy się tego zaburzenia i jest nim bardzo zaniepokojona. Podkreśla, iż jej życie w szkole podstawowej,

---

51 Zob. W. Kostecka, *Zintegrowany program terapii osób jękających się*, Lublin 2004, s. 246-249.

52 Zob. W. Kostecka, *Zintegrowany program terapii osób jękających się*, Lublin 2004, s. 246-249.

a następnie w liceum czy na studiach kształtowane było niejako poprzez kompromisy wynikające z faktu jąkania się.

#### 7. Hipoteza diagnostyczna

##### Istota zaburzenia:

Patologiczna nie płynność mowy; jąkanie wtórne (neurotyczne), kloniczno-toniczne, społecznie zmienne.

##### Przejawy zaburzenia:

Nie płynność mówienia demonstrowana jest poprzez: jedno- bądź też dwukrotne powtórzenia sylab nagłosowych, wyrazów, przeciągnięcia głosek o charakterze niespastycznym (głównie samogłosek), zbyt szybkie tempo mowy, nienaturalne napięcie głosu i embofazy w postaci yyy... . Objawy te występują przede wszystkim w toku mowy; zazwyczaj w formie izolowanej, tj. oddzielnie od siebie, z przerwami wypełnionymi płynnie wymawianymi głoskami. Zdarza się jednak, iż przybierają one postać form złożonych, składających się z symptomów, wzajemnie się na siebie nakładających, tzn. samogłoska tworząca sylabę nagłosową ulega przeciągnięciu, po czym sylaba ta zostaje powtórzona.

Nie płynności towarzyszy uczucie frustracji i lęku związanego z czynnością mówienia. Ma ona charakter uświadomiony i logofobiczny. Obserwujemy tu następujące reakcje fizjologiczne (rozpoczynanie fonacji przy niewystarczającej pojemności nabrałego powietrza, nienormalne tempo mowy, nienaturalne napięcie głosu, oziębienie dłoni, przyspieszone bicie serca, pocenie się), psychiczne (świadomość jąkania, odczuwanie lęku związanego z czynnością mówienia i emocji mu towarzyszących, tj. wstyd, zakłopotanie, zdenerwowanie, złość, poczucie winy i mniejszej wartości) oraz społeczne (celowe unikanie wymawiania niektórych, tzw. „trudnych” słów, utrudnienie w inicjowaniu i w prowadzeniu rozmów, celowe skracanie wypowiedzi, rezygnacja z własnych aspiracji zawodowych).

##### Przyczyny zaburzenia:

Występujące u pani Barbary zaburzenie płynności mowy posiada uwarunkowania:

##### a. psychiczne,

Rolę wiodącą pełnią tu zaburzenia emocjonalne, będące wynikiem poddania pacjentki w okresie dzieciństwa długotrwałemu działaniu silnych bodźców stresowych, znacznie obciążających jej układ nerwowy.

Pani Barbara jako dziecko (uczennica szkoły podstawowej, a następnie licealistka) wychowywała się w rodzinie z problemem alkoholowym. Bywała świadkiem awantur domowych, co wzmagало u niej napięcie nerwowe oraz zakłócało harmonijny rozwój sfery emocjonalnej. W związku z nałogiem ojca odczuwała ogromny wstyd, frustrację i żal. Dodatkowo pozostawała w niekorzystnej relacji z dużo starszym bratem, który często – jak wspomina pacjentka – straszył ją, opowiadał groźne bajki, a przy tym był bardzo nerwowy. Towarzyszyła temu napięta i stresująca sytuacja domowa, która negatywnie odbiła się na sferze psychicznej dziewczynki.

Badana w okresie nauki szkolnej, na skutek licznych niepowodzeń komunikacyjnych, doświadczała silnego stresu, który ujawniał się w postaci somatycznych wykładników, tj. kołatanie serca, zimne dłonie czy pocenie się. Każda niepomyślnie przeprowadzona interakcja w klasach początkowych szkoły podstawowej wywoływała u pacjentki niechęć do inicjacji jakiegokolwiek wypowiedzi. W konsekwencji, w klasach starszych, zamknęła się w sobie i znacznie obniżyła poczucie własnej wartości. Co więcej, badana pozbawiona była wsparcia ze strony rodziny; czuła się pozostawiona „sama sobie” ze swoim problemem, który z czasem zaczął wywierać znaczący, negatywny wpływ na jej aktywność życiową.

b. społeczne, w tym sytuacyjne

Nie ulega wątpliwości, iż na jąkanie pani Barbary niebagatelny wpływ wywierają społeczne uwarunkowania mówienia, oddziaływanie poszczególnych komponentów interakcji językowej.

Analiza pierwszej zmiennej istotnej komunikacyjnie (osoby jąkającej się kobiety) wskazuje na patologiczną nie płynność mówienia (przekraczającą 10%), której towarzyszą zaburzenia oddechowe, głosowe oraz stany lęku komunikacyjnego i jego somatyczne wykładniki w postaci – chociażby pocenia się czy kołatania serca. U badanej lęk przed mówieniem, określane mianem logofobii, niewątpliwie jest dominującym objawem jąkania, prowadzącym do ograniczenia, a w niektórych sytuacjach do niepodejmowania komunikacji werbalnej. Dane uzyskane z wywiadu oraz z badań testowych pozwalają wysunąć tezę, iż w przypadku pani Barbary stany lękowe w dużej mierze wynikają z doświadczenia zaburzeń w budowaniu efektywnego dyskursu. Innymi słowy, są wynikiem licznych niepowodzeń komunikacyjnych jąkającej się, których doznała głównie w okresie nauki szkolnej.

Kolejnym składnikiem interakcji językowej jest osoba odbiorcy. W analizowanym przypadku znaczący wpływ na nasilenie zaburzeń płynności mowy u badanej ma przede wszystkim typ kontaktu (oficjalny/nieoficjalny; indywidualny/grupowy) oraz rodzaj identyfikacji rozmówcy (znany/obcy; przyjazny/wrogi). Rangi społeczne interlokutorów dla

pacjentki pozostają bez znaczenia. I tak też, potwierdza się reguła, iż kontakt oficjalny i grupowy u osób jękających się wypada najmniej korzystnie. Pani Barbara obawia się głównie interakcji grupowych. Jednak w momencie, gdy w danej grupie, choć jedna z osób jest jej znana (a do tego jeszcze życzliwie ustosunkowana) stopień lęku, związanego z mówieniem ulega osłabieniu. Drugim wiodącym czynnikiem jest opozycja (przyjazny-wrogi). Zdaniem jękającej się jednakowo przebiega jej interakcja, zarówno w kontakcie oficjalnym, jak i nieoficjalnym, indywidualnym, niezależnie od rang społecznych rozmówców (mówcy i odbiorcy). Decydującą rolę zaś odgrywa tu postawa interlokutora, jego szczerość i życzliwość. Toteż typ kontaktu w obrębie podziału (oficjalny/nieoficjalny) pełni pomniejszą funkcję w pomyślnym przebiegu interakcji werbalnej pacjentki.

Jak wiemy, najważniejszą zmienną w jękaniu – rozpatrywanym z perspektywy interakcyjnej – jest sytuacja użycia języka. W związku z powyższym, badana sporządziła swoistą listę rankingową sytuacji powodujących u niej największe problemy komunikacyjne. Wśród nich znalazły się: rozmowy telefoniczne i przez domofon, mówienie w czasie spowiedzi, rozmowy egzaminacyjne, konkursowe czy kwalifikacyjne, pogadanki w większym gronie osób, czytanie w obecności licznego audytorium, inicjowanie kontaktu i jego podtrzymywanie, zabieranie głosu w trakcie zebrań, wreszcie – dłuższe monologi. Bez wątplenia znaczną większość cechuje wymóg sprawnego, szybkiego komunikowania się za pośrednictwem wypowiedzi mówionych. Z tego względu osoby jękające się mają zwykle duże trudności w efektywnej realizacji tego rodzaju sytuacji komunikacyjnych. Wydaje się, iż u pani Barbary istotnie problem ten występuje (np. lęk przed zabraniem głosu w dyskusji), lecz nie dotyczy on szybkiego komunikowania się za pomocą mowy. Kobieta bowiem preferuje (tak u siebie, jak u innych) szybkie tempo mówienia, a lęk przed zainicjowaniem wypowiedzi w konkretnej sytuacji społecznej spowodowany jest raczej typem kontaktu (interakcją ze zbiorowością). Należy dodać, iż poważną barierę w realizacji pomyślniej interakcji językowej stanowi czas trwania wypowiedzi. Im dłuższa, tym komunikacja wypada gorzej. Pacjentka wykazuje tendencję do skracania wypowiedzi, unika dłuższych monologów. Z kolei, istotny wpływ na stopień nie płynności mówienia u pani Barbary ma cel wypowiedzi. Nade wszystko ze względu na funkcje emocjonalne. Interakcje językowe jękającej się kobiety przebiegają mniej pomyślnie, gdy stosunek emocjonalny mówiącej do wyrażanych treści jest negatywny oraz gdy w rozmowie poruszane są kwestie, odnoszące się bezpośrednio do spraw bardzo bliskich badanej (np. rozmowa o dzieciach)<sup>53</sup>.

c. somatyczne,

---

53 Zob. G r a b i a s, *Język w zachowaniach społecznych*, Lublin 2003, s. 264-313.

Jąkanie pani Barbary można by określić mianem dysfunkcji fizjologicznej, spowodowanej zaburzeniami kontroli słuchowej. Mamy tu bowiem do czynienia z zaburzoną percepcją i lateralizacją słuchową. U pacjentki – jak wykazało badanie Testem rozdzielności słyszenia – stwierdzono lateralizację nieustaloną.

Tymczasem komunikacja językowa jest zależna od integracji procesów percepcyjno-motorycznych. Prawidłowa dla kontroli mowy jest lateralizacja prawouszna. Badania naukowe nad asymetrią funkcjonalną mózgu potwierdzają przewagę prawousznej dominacji dla materiału werbalnego, zaś lewousznej wyłącznie – dla dźwięków niewerbalnych – melodii, dźwięków z otoczenia czy emocjonalnych. Połączenie danego ucha z półkulą przeciwną jest silniejsze niż z półkulą, znajdującą się po tej samej stronie. Istnieje zatem ścisły związek między jąkaniem a zaburzeniami lateralizacji. Otóż, lateralizacja nieokreślona – podobnie jak lateralizacja lewouszna – może powodować jąkanie. W wyniku zaburzeń kontroli słuchowej – jak się wydaje – pojawiła się u kobiety pierwotna nie płynność, w dalszej kolejności zaś – wzmożone napięcie i logofobia, które wtórnie spotęgowały nie płynność mówienia. Dodajmy, iż lateralizacja nieustalona koresponduje z zaburzeniami płynności „w toku mowy”, co znajduje swe odbicie w analizowanym przypadku<sup>54</sup>.

Mechanizm zaburzenia:

Patologiczna nie płynność mowy u trzydziestopięcioletniej jąkającej się kobiety ma zarówno podłoże emocjonalne, somatyczne, jak i społeczne. Mamy tu do czynienia z jąkaniem wtórnym (neurotycznym), któremu towarzyszy logofobia, czyli lęk przed mówieniem. Symptomatologia trudności w mówieniu uwidacznia się więc zarówno na poziomie komunikacji językowej, poziomie psychicznym oraz płaszczyźnie neurofizjologicznej. Początek nie płynności mowy u badanej należy wiązać z długotrwałym działaniem silnych bodźców stresowych w okresie dzieciństwa. Z czasem pierwsze objawy nie płynności mówienia – na skutek niesprzyjającej sytuacji domowej (problem alkoholowy ojca oraz niekorzystne relacje z bratem) – przerodziły się w jąkanie wczesnodziecięce. Czynnikiem traumatyzującym okazał się czas nauki szkolnej i związane z nim liczne sytuacje komunikacyjne, wywołujące u dziewczynki lęk przed mówieniem oraz towarzyszące mu problemy emocjonalne; zwłaszcza – w klasach starszych szkoły podstawowej. Następnie, objawy potęgowały się wraz z wiekiem, aż do momentu podjęcia pracy zawodowej. Wydarzenia te uformowały podatny grunt pod rozwój patologicznej nie płynności mówienia,

---

54 Por. Z. M. K u r k o w s k i, *Lateralizacja słuchowa a zaburzenia komunikacji językowej*, „Audiofonologia” 2002, t. XXI, s. 179-186.

u podstaw której – jak należy przypuszczać – leży niepełnowartościowy system nerwowy, nieustalona lateralizacja prowadząca do zakłóceń systemowej pracy mózgu, zaburzenia percepcji słuchowej w zakresie kontroli słuchowej.

Skutki zaburzenia:

U badanej mamy do czynienia z negatywnym stosunkiem do samego siebie. Pani Barbara prezentuje obniżone poczucie wartości, niską samoocenę, brak pewności siebie i wiary we własne siły. Kobieta przeżywa stany logofobiczne, związane z czynnością mówienia. W niektórych sytuacjach komunikacyjnych przyjmuje postawę bierną; nie zabiera głosu w dyskusji, unika dłuższych monologów oraz czytania w obecności większego grona osób. Rezygnuje przy tym z aspiracji zawodowych. Obawia się bowiem rozmów konkursowych, kwalifikacyjnych oraz egzaminów ustnych na studiach kształcących.

### **Program i przebieg terapii**

Etiologia i symptomatologia jąkania w analizowanym przypadku sprawiła, iż istota procesu terapii skupiona została wokół następujących celów:

poprawy płynności mówienia w określonych sytuacjach komunikacyjnych,

- uzyskania normalnego tempa mowy i przywrócenia jej naturalnych cech prozodycznych, tj. melodia, akcent, rytm,
- uzyskania naturalnego natężenia głosu,
- właściwej regulacji oddechu (wyrobienia długiej fazy wydechowej, wypracowania ekonomicznego wydatkowania powietrza),
- zmiany destrukcyjnych przekonań, dotyczących własnej osoby,
- zmniejszenia napięcia emocjonalnego i minimalizowania stanów lękowych, związanych z mówieniem,
- stopniowego zapobiegania unikania sytuacji komunikacyjnych, wycofywania się z interakcji społecznych.

W związku z powyższym, w ustalaniu postępowania terapeutycznego jąkającej się uwzględniono zarówno metody kształtujące płynność mówienia, psychoterapeutyczne, jak i fizjoterapeutyczne. Zastosowano rytmizowanie wypowiedzi (metodę Z. Engiel), fizjoterapeutyczną metodę kształtującą tok oddychania oraz oddziaływanie psychoterapeutyczne (w tym działania relaksacyjne oraz elementy dramy).



Terapia rozpoczęta została w grudniu 2007 roku. Spotkania terapeutyczne miały charakter indywidualny, odbywały się raz w tygodniu. Warto podkreślić, iż pani Barbara chętnie i systematycznie uczestniczyła w zajęciach. Pracowała z dużym zapałem i bardzo intensywnie.

Mowa rytmiczna, polegająca na mówieniu w takt, dążyła do wyrobienia u kobiety umiejętności budowania ciągu fonicznego zgodnie z prawidłami fonetyki, tj. zachowania normowanego tempa mówienia, przebiegów melodycznych oraz regularnego i uporządkowanego w czasie rytmu mówienia. Z uwagi na wtórne uwarunkowania psychiczne w postaci lęku przed wystąpieniem jąkania za godną polecenia w niniejszym przypadku uznano metodę Engiel<sup>55</sup>, regulującą prozodyczny schemat wymowy. Jąkająca się wykonuje rytmiczny ruch ręką, którym dyryguje wypowiedź z nim zestrojona. U pani Barbary pożądane były przede wszystkim ćwiczenia toku mowy (dyrygując sobie ręką pacjentka zakreśla w powietrzu półkola, które są skoordynowane z jedną grupą rytmiczną).

Tymczasem fizjoterapeutyczna metoda kształtująca tok oddychania miała za zadanie przywrócić właściwą regulację oddechu u jąkającej się. Prawidłowe oddychanie bowiem jest podstawą dobrej wymowy. Oto wybrane ćwiczenia, zastosowane u pacjentki:

- głęboki i powolny wdech nosem (usta zamknięte) i powolny wydech ustami (usta w czasie wydechu ułożone jak przy wymowie głoski u),
- nadymanie buzi i przepychanie powietrza w jamie ustnej,
- gwizdanie na jednym tonie (tylko wydech),
- liczenie na jednym wydechu,
- powtarzanie zdań na jednym wydechu (nie powinno się dzielić zdań na wyrazy, lecz zachować płynność wypowiedzi),
- powtarzanie zdań szeptem (szept powinien być słyszalny),
- ćwiczenia ekonomicznego zużywania powietrza (wymawianie długiego sss..., robiąc pauzy co 3 sekundy; wymawianie długiego sss..., przerywając je 10 razy).

Należy dodać, iż ćwiczenia bazujące na schemacie wdech – wydech były wykonywane w różnych pozycjach (leżącej, siedzącej i stojącej) przy jednoczesnym wykorzystaniu pracy rąk, nóg, brzucha itp.

---

55 Z. Engiel, *Próba opracowania systemu ćwiczeń logopedycznych w rehabilitacji jąkania*, cz. I., „Zagadnienia Wychowawcze a Zdrowie Psychiczne” 1976, nr 6, s. 60-63; Z. Engiel, *Próba opracowania systemu ćwiczeń logopedycznych w rehabilitacji jąkania*, cz. II, III, IV., „Zagadnienia Wychowawcze a Zdrowie Psychiczne” 1977, nr 3, s. 70-71.

Metody te stosowane były systematycznie, łącznie i w odpowiednich proporcjach. Dopiero bowiem kompleksowość oddziaływania terapeutycznego odpowiada za jego efektywność. Pacjentka natomiast wykonywała zalecone ćwiczenia kilka razy dziennie w domu.

Trening płynności mowy został skorelowany z oddziaływaniem o charakterze psychoterapeutycznym. I tak, zastosowano działania relaksacyjne w formie treningu autogennego H. Schultza oraz relaksację progresywną N. S. Jakobsona przy jednoczesnym wykorzystaniu muzykoterapii. Po uzyskaniu stanu odprężenia i minimalizacji napięcia emocjonalnego wprowadzono elementy dramy – inscenizacji sytuacji szczególnie trudnych dla pacjentki. Dotyczyły one przede wszystkim: rozmów telefonicznych, mówienia w czasie spowiedzi, rozmów egzaminacyjnych konkursowych czy kwalifikacyjnych, różnego rodzaju pogadanek w większym gronie osób, czytania w obecności licznego audytorium, inicjowania kontaktu i jego podtrzymywania, zabierania głosu w trakcie zebrań, wreszcie – dłuższych monologów. Otóż, odegranie określonych ról przez panią Barbarę przyczyniło się do lepszego poznania istoty niepłynności pacjentki, wzmogło jej świadomość i kontrolę własnej mowy, w konsekwencji zaś umożliwiło wyzbycie się do pewnego stopnia strachu przed wystąpieniem ewentualnego zająknięcia; pozwoliło odreagować emocjonalnie, a także opanować konstruktywne formy zachowania podczas interakcji społecznych.

Dopełnieniem zaprezentowanych wyżej metod w procesie terapii jękającej się kobiety była praca nad naturalnym natężeniem głosu, polegająca na nagrywaniu wypowiedzi i ich odsłuchiwanie, celem wzmocnienia autokontroli własnej mowy.

Po niespełna trzech miesiącach spotkań zauważono znaczący spadek poziomu lęku, związanego z czynnością mówienia, a co za tym idzie poprawę płynności mowy oraz ogólnego funkcjonowania komunikacyjnego pacjentki. W kwietniu niepłynność spadła poniżej progu patologii, tj. 5%. Pani Barbara zaczęła mówić wolniej i ciszej, zachowując niemalże normalne tempo mowy i naturalne natężenie głosu; chętniej i samodzielnie inicjować interakcje językowe, tworzyć znacznie dłuższe wypowiedzi, a przede wszystkim zmieniła nastawienie w stosunku do własnej mowy. Na ostatnim spotkaniu przyznała, iż aktualnie nie może się „nacieszyć mową”, stąd mówi teraz bardzo chętnie i dużo (co zauważyło otoczenie pacjentki). Stopniowo myśli również o zmianie stanowiska w pracy. Chciałaby przystąpić do konkursu na oddziałową w szpitalu; nie obawia się już także ewentualnych egzaminów ustnych na studiach i kursach dokształcających.

W podsumowaniu należy stwierdzić, iż rzetelna i efektywna terapia osób jękających się winna koncentrować się nie tylko wokół samej niepłynności, ile brać pod uwagę wpływ

owej nie płynności na całość interakcji społecznej. Innymi słowy, winna uwzględniać – prócz treningu mowy płynnej – również takie czynniki istotne komunikacyjnie jak: osoba mówcy, odbiorca, sytuacja użycia języka czy cel wypowiedzi. Przypadek pani Barbary dowodzi, że zaburzenia komunikacji językowej są niejednokrotnie wiodącym komponentem jąkania pojmowanego jako zespół, w którym ważnym zagadnieniem wydaje się zjawisko logofobii, czyli lęku związanego z mówieniem. Stany lękowe bowiem utrudniają naturalny rozwój dyskursu, a niekiedy wręcz uniemożliwiają podjęcie interakcji werbalnej.

### **Bibliografia**

1. Bochniarz A., *Lęk w komunikacji interpersonalnej*, „Logopedia” 1998, t. 25, s. 19–31.
2. Chęć M., *Kwestionariusz Cooperów do Oceny Jąkania. Zarys Terapii*, Lublin 2000.
3. *Encyklopedia języka polskiego*, pod red. S. Urbańczyka i M. Kucali, Wrocław 1999.
4. Engiel Z., *Próba opracowania systemu ćwiczeń logopedycznych w rehabilitacji jąkania*, cz. I., „Zagadnienia Wychowawcze a Zdrowie Psychiczne” 1976, nr 6, s. 60–63.
5. Engiel Z., *Próba opracowania systemu ćwiczeń logopedycznych w rehabilitacji jąkania*, cz. II, III, IV., „Zagadnienia Wychowawcze a Zdrowie Psychiczne” 1977, nr 3, s. 70–71.
6. Głogowski K., *Jąkanie w aspekcie zdeintegrowanej osobowości*, „Logopedia” 1969, t. 8/9, s. 58–68.
7. Grabias S., *Interakcja językowa i jej uwarunkowania. Perspektywa lingwistyczna* [w:] *Bariery i pomosty w komunikacji językowej Polaków*, pod red. J. Bartmińskiego, U. Majer-Baranowskiej, Lublin 2005, s. 19-44.
8. Grabias S., *Język w zachowaniach społecznych*, Lublin 2003.
9. Jastrzębowska G., *Podstawy teorii i diagnozy logopedycznej*, Opole 1998.
10. Kostecka W., *Dziecko i jąkanie. Poradnik dla rodziców, nauczycieli i logopedów*, Lublin 2000.
11. Kostecka W., *Zintegrowany program terapii osób jąkających się*, Lublin 2004.
12. Kurkowski Z., *Lateralizacja słuchowa a zaburzenia komunikacji językowej*, „Audiofonologia” 2002, t. XXI, s. 179–186.
13. Kurkowski Z., *Próba sylabowa do oceny nie płynności mówienia*, Warszawa 2003.

14. Obuchowska, *Dynamika nerwic. Psychologiczne aspekty zaburzeń nerwicowych u dzieci i młodzieży*, Warszawa 1983.
15. *Słownik pedagogiczny*, pod red. W. Okonia, Warszawa 1984.
16. Styczek I., *Logopedia*, Warszawa 1981.
17. Tarkowski Z., *Jąkanie*, Warszawa 2001.
18. Tarkowski Z., *Jąkanie. Zagadnienie etiologii, diagnozy, terapii i prognozy*, Warszawa 1987.
19. Tarkowski Z., *Kwestionariusz Niepłynności Mówienia i Logofobii (diagnoza i terapia jąkania)*, Lublin 2001.
20. Tarkowski Z., *Psychosomatyka jąkania. Dlaczego osoby jękające się mówią płynnie*, Lublin 2007.
21. Woźniak T., *Pojęcie jąkania a metodyka postępowania logopedycznego*, „Opuscula Logopaedica in honorem Leonis Kaczmarek”, Lublin 1993, 313–319.
22. Woźniak T., *Zaburzenia komunikacyjne w jękaniu – perspektywy terapii*, „Logopedia” 2005, t. 34, s. 235–244.
23. Ziółkowski M., *Znaczenie, interakcja, rozumienie. Studium z symbolicznego interakcjonizmu i socjologii fenomenologicznej jako wersji socjologii humanistycznej*, Warszawa 1981.

[POWRÓT](#)

### III. Logopedia na świecie

Ph.D. Steen Fibiger – Rehabilitation Centre, Region of Southern Denmark, Odense, Denmark

Ph.D. Herman Peters – Fluency Committee, International Association of Logopedics and Phoniatics, The Netherlands

Ph.D. Harald A. Euler – Institute of Psychology, University of Kassel, Germany

M.D. Katrin Neumann – Clinic for Phoniatics and Pediatric Audiology, University of Frankfurt, Germany

#### **Services in Eastern Europe for Persons Who Stutter, and Education of Logopedists**

Services for persons who stutter (PWS) are often perceived to be insufficient or limited in East-European countries (Jastrzębowska, 2001). The reasons are assumed to be the lack of nationwide networks and standards, insufficient exchange with international organizations and professionals, as well as low international visibility of national or Russian language publications. Many of the East-European countries have entered a process of transitional integration or association with the European Union. With support from the international professional community, these countries now have a chance to move closer to international standards.

The aim of this study is to describe the health and human services for PWS, and educational and therapeutic standards of professionals in developing East-European countries. There have been occasional reports from single countries (e.g. Adamczyk, 2001; Arutyunyan, 2001; Beliakova & D'yakova, 2001a; Pielecki, Bartkowicz, & Checiek, 2001), but no simultaneous overview of various East-European countries has come to our attention. A similar goal was addressed by Wakaba and Mori (2006), who tried to survey the situation for Japan and other countries, but their results have not been published yet.

In the former Soviet Union, speech pathology was a part of what was called defectology, developed by Vygotsky (1993) in 1929. Defectology has often been translated or explained as abnormal psychology and learning disability. Within this framework, stuttering therapy in the former Soviet Union and other socialist East European states was developed as the so called complex method. It might include physiotherapy, behavioral therapy, speech correction, music therapy, remedial gymnastics, logorhythmics, phonopedic breathing

exercises, and medical treatment by internists, neurologists and psychiatrists (Beliakova & D'yakova, 2001b; Brajović, Brajović, & Ivanauš, 1974; Nekrasova, 1975; Seliverstov, 1979; Vlasova, 1983; Volkova & Shahovkaya, 1999).

At the same time, speech therapy in continental Western Europe was developing as a paramedic discipline, primarily in Vienna by Fröschels (1913) under the German term *Logopädie*. After World War I, a different paradigm of speech-language pathology appeared in North America, which was not associated with medicine, abnormal psychology, or learning disability. Since WW II, the major development of this discipline has been in the United States of America.

The questionnaire based study presented here was initiated in 2004 by the Fluency Committee of the International Association of Logopedics and Phoniatics (IALP). These results could help to improve therapy standards and service opportunities for PWS in East-European countries.

## **Method**

A questionnaire by Wakaba and Mori (2006) on the therapy status of fluency disorders, service opportunities, and the education of speech-language therapists was modified and extended for the present purpose. The following topics, each with several items, were included (Fibiger et al., 2006): (1) Incidence and prevalence rates, (2) availability of social support and information, (3) providers of diagnostics and therapy, and cooperating professionals, (4) therapy approaches and forms, (5) availability of stuttering therapies, (6) financial coverage of therapies, (7) prevention and early detection, (8) training of logopedists (speech-language pathologists) and specialization in stuttering therapy, (9) needs for improving services for PWS, and (10) obstacles in optimal care for PWS.

If appropriate, those participating in the questionnaire were asked to respond separately for each of five age groups: infants and preschool children, primary school children, secondary school children, adolescents, and adults. Since internet access could not generally be taken for granted, a mailed paper-and-pencil questionnaire was preferred to an internet survey. Moreover, a printed paper mailing was expected to encourage people to respond. In June 2005, the English language questionnaires were sent to a sample of 60 professionals in stuttering therapy in those East-European countries from which contact addresses could be collected. The participating countries were Bulgaria, Croatia, Czech Republic, Estonia, Hungary, Lithuania, Poland, Romania, Russia, Slovakia, and Slovenia. Addresses were obtained from the International Fluency Association (IFA), the IALP, and

personal sources. The addressees were encouraged to distribute the questionnaires among fellow professionals in fluency disorders or to provide the authors with additional addresses. In the beginning of 2006, a reminder was sent to the non-responders. Additionally, the East-European delegates of the 5<sup>th</sup> World Congress of IFA in Dublin, Ireland, were asked for their cooperation.

Twenty-seven of the 60 contacted persons responded, namely from Bulgaria (11), Croatia (2), Czech Republic (2), Estonia (4), Lithuania (1), Poland (2) Russia (2), Slovakia (1), and Slovenia (2).

## **Results**

### *1) Incidence and Prevalence Rates*

An incidence rate was only reported for the Slovak Republic, given as 5% (Lechta, 2004). Prevalence rates for children were reported from Bulgaria (1.11 to 1.86%, Petkov & Yosifov, 1960; Ivanov, 1973), Poland (5%), Russia (4%), and Lithuania (3 to 4%). The total prevalence—not distinguishing between children and adults—ranged from 0.98 to 2.7%: Bulgaria 1.0 to 2.7% (Ivanov, 1973), Czech Republic 0.98%, Lithuania 1.5%, Poland 1.0 to 1.5%; Russia, 1.5 to 2.2% ([www.aif.ru/online/health/320/z39\\_11](http://www.aif.ru/online/health/320/z39_11)); Slovakia 1.0%. The data of Poland, Lithuania, and Slovakia seemed to be an estimate of the responder(s) without a specific source given. In Bulgaria, the prevalence data are reported by the educational sector in the municipalities to the Ministry of Education and in the Czech Republic by the National Statistical Office.

### *2) Information about Stuttering and Therapy*

The access to information about stuttering and therapy options for PWS and their parents differs considerably between countries. Information may be provided by logopedists in kindergarten, schools, health centers, hospitals, and private practices, but also by stuttering associations, logopedic associations, stuttering resource centers, centers for speech and hearing, university clinics, and municipalities. Sometimes governmental agencies may offer face-to-face counseling. Telephone and e-mail communication, brochures, publications, media communication, and websites are also used.

In all countries information about stuttering is provided for the public, especially by stuttering associations, stuttering centers, logopedic associations, and governmental agencies. Information might be given via TV, radio, brochures, special activities, open

house days, the International Stuttering Awareness Day, and internet sites. Due to a recent history of state regulated information, word of mouth information is common.

### 3) *Social Support Systems*

Generally, there are only a few arrangements available for social support of PWS in daily life beyond the provision of information about stuttering and its therapy. Such support is largely restricted to that given during stuttering therapy. In most countries, support for daily life is provided by stuttering associations. In Poland help is given additionally through the logopedic association. The Estonian Stuttering Association offers courses, special activities, and counseling. Several stuttering associations, and in the Czech Republic also the logopedic associations, help with recommendations related to the job market and working situations. For Slovakia, self-help groups were mentioned. In Croatia, Lithuania, Poland, Russia, and Slovenia additional support exceeding information provision was reported to be not available.

### 4) *Availability and Coverage of Therapy*

*Children:* Stuttering therapy is available free of charge in all of the responding East-European countries. Therapy is offered in kindergarten, in schools, or by health services. Coverage of therapy is provided by educational systems, health services, or social/health insurances.

*Adults:* In Croatia, the Czech Republic, Estonia, Lithuania, Poland, and Slovenia adults receive free therapy through the public health system or get a full or partial reimbursement from their health insurances. Bulgaria and Russia do not have any financial assistance for stuttering therapy. In several countries only a limited number of therapy sessions are paid for, e. g. 20 hours per year in Lithuania. The costs per session range from 5 to 20 Euro, and up to 27 Euro in private practices. These costs are relatively high with respect to the average income level in Eastern Europe. An intensive 25 day in-patient therapy course in Russia was reported to cost 590 Euro, without any reimbursement at all. In Slovenia stuttering therapy is free of charge at the health centers as well as in three specialized rehabilitation centers for speech and hearing. In most of the responding countries stuttering therapy is also performed in private practices. However, health insurance companies only occasionally reimburse the costs of therapy in private practices and often with restrictions.



5) *Providers of Diagnostics and Therapy*

All countries report diagnostic or therapeutic cooperation between logopedists and other disciplines in the field of stuttering. Such cooperation varies depending on how stuttering therapy is embedded into the health and human service systems. Cooperating professionals from other disciplines are psychologists, psychiatrists, neurologists, otolaryngologists, pediatricians, family doctors, special needs education teachers, and rehabilitation specialists. Logopedists provide stuttering therapy in all of the reported countries; psychologists are also involved in Croatia, Estonia, and Poland; neurologists cooperate in Estonia.

6) *Therapies*

Many different kinds of therapeutic approaches are reported, but fluency shaping therapy is dominant. In fluency shaping therapy, smooth speech and soft voice onsets are the most common strategies. Other techniques mentioned are gradual increase of length and complexity in speech utterances, logorhythmic therapy, and phonographorhythmic therapy. The following are the most common strategies in stuttering modification therapy: speaking openly about stuttering, operant conditioning, relaxation, speech anxiety reduction, self-control, desensitization, communicative rehabilitation, neurolinguistic approaches, non-avoidance approaches, and behavior modification. Other therapeutic approaches mentioned are parent guidance, family therapy, physiotherapy, psychosocial approaches, and medication such as bronchodilatation with  $\beta_2$ -sympatomimetics.

Both extensive and intensive therapy forms as well as out-patient and in-patient treatment have been reported. Described therapy goals are mostly fluent speech, improved fluency, controlled stuttering, less stuttering, fluent stuttering, less speech anxiety, non-avoidance, and increased self confidence.

Apart from international standards of stuttering therapy, many of the responders referred to national reports on therapy approaches, e. g. for Bulgaria (Georgieva, 2005; Ryan, 2001), the Czech Republic (Lechta, 2004, Pešák 2004; Pešák et al., 2006), Estonia (Levina 1968a,b; Monakova & Taibogarov, 1982; Vesker, 1989), Poland (Tarkowski; 2001), Russia ([www.stuttering.ru](http://www.stuttering.ru); [www.logoped.ru](http://www.logoped.ru)), Slovenia (Brajovič et al., 1974), and Croatia (Novosel, 1994).

Efficacy and effectiveness estimations about the various therapies are rare. Case reports and self-evaluation predominate.

7) *Early Detection, Screening Programs, and Primary prevention*

Croatia, Czech Republic, Estonia, Lithuania, Poland, Russia, Slovak Republic, and Slovenia have programs for early detection in kindergarten and schools or at pediatric health checks. Slovenia mentioned a screening and primary prevention program in which the parents are also involved. Bulgaria has no specific program.

8) *Education and Training of Logopedists*

In all countries, logopedists have a basic training in stuttering therapy as part of their professional education. All countries offer professional higher education including diploma, bachelor, master, or doctor degree. The clinical training hours vary between 80 to more than 600 hours. The clinical certification is authorized by the university, a governmental agency, or a logopedic association. Additional information about educational requirements for logopedists in EU member states is provided by the Regulated Professions Database of the European Commission:

<https://webgate.cec.eu.int/regprof/index.cfm?fuseaction=regProf.home>.

9) *Specialization in Stuttering Therapy*

Bulgaria, Poland, Russia, and Slovakia provide formal institutionalized logopedic specialization for stuttering therapy organized by universities. In the Czech Republic and in Lithuania specialization is not formalized. No specialization is available in Croatia, Estonia, and Slovenia. Where formalized or non-formalized specialization programs are offered, clinical training hours range from 50 to 240 hours.

10) *Needs for Improving the Services for PWS*

Reported needs for improving services are manifold and differ widely between countries. They incorporate stuttering therapy centers, the inclusion of stuttering therapy in health or social services and insurance, educational activities for logopedists, specialization, certification in stuttering therapy, national organizations for specialists in fluency disorders, stuttering research, employment programs for PWS, counseling for PWS, local organizations for PWS, more public awareness and legitimacy of stuttering, and motivation of PWS and their parents.

11) *Problems with Optimal Services for PWS*

Optimal provision of care for PWS is restricted by specific problems in the various countries to be mentioned in the next section. Only the two responders from the Czech Republic did not report any problems. Russian responders especially focus on the lack of public attention for PWS and effective therapy.

*Situation in the Participating Countries*

For each of the responding countries, the following section describes some of the details concerning stuttering therapy, the support for PWS, and the available social services. The responses are grouped into the following categories: Institutions which provide information and non-therapeutic support for PWS (SUPP), media and kind of information provided (INFO), providers of diagnostics (DIAGN), therapists and cooperating professionals (THERAPISTS), institutions and forms of treatment (TREATM), therapy approaches (APPR), goals of therapy (GOALS), form and financing of therapy (FINANCE), early detection and prevention (PREVENT), general education of professionals and specialization in stuttering (EDU), needs for improving the situation of PWS (NEEDS), and problems which hinder better care (PROBL).

*Bulgaria:* SUPP: municipal educational departments; Ministry of Education; Stuttering Research Center (<http://logopedics.swu.bg>); Bulgarian Stuttering Association ([www.zaekvane-bg.com](http://www.zaekvane-bg.com)); National Agency for Child Protection; Eurointegration of persons with special educational needs; Bulgarian Association of Logopedists; general practitioners. INFO: TV and radio broadcasts; brochures; websites; client and parent counseling; official reports and statistical data. DIAGN: logopedists, laryngologists; psychiatrists; pediatricians; clinical psychologists; neurologists; general practitioners. THERAPISTS: logopedists. APPR: parent guidance; counseling; family intervention; fluency shaping; Doctor Fluency program; Gradual Increase in Length and Complexity of Utterance (GILCU); Soviet complex method, relaxation; contingent management linguistic hierarchy; desensitization; psychotherapy; art therapy; kinesiotherapy; stuttering modification and cognitive therapy. GOALS: mainly fluent speech. FINANCE: free therapy for preschool children in kindergarten and in two special logopedic schools (Sofia and Varna); free therapy available in 30 % of primary schools and 80 % of special schools for school age; € 5 charge per session in secondary schools; therapy is not covered and seldom available for adolescents and adults. PREVENT: research projects on early detection and prevention. EDU: university bachelor, master, and doctoral programs; clinical training of 160 hours (bachelor) and 200 hours (master); only few professionals specialized in fluency disorders; workshops given by Stuttering Research Center according to

international programs. NEEDS: inclusion of logopedics into the health sciences; coverage of stuttering therapy and counseling by health insurance; continuing education for logopedists; evidence-based practice; formalized specialization and certification in stuttering therapy; clinics for stuttering therapy; support for employment of PWS; self-help groups; better professional support and guidance for PWS. PROBL: social problems for PWS; influence of Russian therapy tradition in professional practice; speech therapy at some universities is part of a special education curriculum but without explicit training in stuttering therapy; no health insurance coverage for stuttering therapy for adult PWS; lack of logopedists in many kindergarten and schools; lack of therapist teamwork: traditional stereotypes continue in public opinion and policy.

*Croatia:* SUPP: Croatian Association for People who Stutter; logopedists in kindergarten, schools, hospitals, and private practices; pediatricians; general practitioners; self-help groups. INFO: media; websites; telephone support and counseling; brochures; lists with therapists, institutions, and information about kindergarten, schools, and hospitals. DIAGN: logopedists; clinical psychologists; neurologists, and occasionally psychiatrists may be involved. THERAPISTS: logopedists; psychiatrists may sometimes be involved. APPR: fluency shaping; self-confidence; non-avoidance; identification; desensitization. GOALS: predominantly fluent speech. FINANCE: free therapy in public institutions; partial coverage in private practices through private health insurance. PREVENT: early detection in kindergarten and schools. EDU: university master degree; no specialized training in stuttering. NEEDS: more educational activities, counseling, and support. PROBL: lack of logopedists and specialists in stuttering; long waiting lists; little awareness about stuttering among parents and teachers.

*Czech Republic:* SUPP: Association of Clinical Logopedists; Czech Logopedic Society; Institute of Postgraduate Study in Health System; <http://balbuticka.komunita.cz>; [www.volny.cz/balbus](http://www.volny.cz/balbus). DIAGN: logopedists; laryngologists; pediatricians; clinical psychologists; neurologists; occasionally psychiatrists. THERAPISTS: logopedists. TREATM: out-patient therapy (once a week for 3 weeks or 2 times per week for 5 weeks); intensive in-patient therapy (4 weeks with 2 treatments per day). APPR: no information about specific behavioral therapy approaches; bronchodilatation with  $\beta_2$ -sympatomimetics for primary school children and adolescents is reported. GOALS: facilitating fluent speech. FINANCE: full coverage by the health system. PREVENT: early detection by pediatric screening. EDU: university master and postgraduate programs, certification by Ministry of

Health and Association of Clinical Logopedists; no particular specialization in stuttering therapy. PROBL: none reported.

*Estonia:* SUPP: Estonian Logopedic Association; Estonian Stuttering Association ([www.kogelus.ee](http://www.kogelus.ee)); logopedists; family physicians; self-help groups. INFO: counseling by specialists; brochures; websites; International Stuttering Awareness Day activities; media information. DIAGN: logopedists; also referrals by other specialists. THERAPISTS: logopedists; psychologists and neurologists. TREATM: therapy in kindergarten, schools, special schools, and in health clinics for all age groups; therapy in logopedic health clinics in Tallinn and Tartu as well as in private practices for adults; intensive therapy available. APPR: indirect approaches, parent counseling, and physiotherapy for young children; non-avoidance for older children and adolescents; non avoidance, fluency enhancing approaches, psychotherapy, family therapy, and self-help groups for adults. GOALS: for young children fluent speech; for older children fluent stuttering, less speech anxiety, self confidence, improvement of communication. FINANCE: therapy in kindergarten, schools, and health clinics free of charge; Estonian Stuttering Association sponsors summer courses and group therapies with funds from the Gambling Tax Foundation. PREVENT: screening programs in kindergarten. EDU: university master degree, certification by Estonian Logopedic Association; clinical training of 260 hours; no particular specialization in stuttering therapy. NEEDS: better coaching and supervision of logopedists; more clinical institutions; more therapy options for adults. PROBL: lack of logopedists for stuttering therapy; insufficient knowledge among logopedists about stuttering; lack of information about stuttering, therapy, and the Estonian Stuttering Association.

*Lithuania:* SUPP: family physicians; pediatricians; psychologists; psychological-pedagogical services; logopedists; Lithuanian Stuttering Problem Club (MPK). INFO: rather sparse information about stuttering therapy for adolescents and adults; MPK offers booklets, articles, radio programs, and a website ([www.mikciojimas.tai.lt](http://www.mikciojimas.tai.lt)). DIAGN: logopedists, sometimes in cooperation with clinical psychologists, otolaryngologists, or pediatricians. THERAPISTS: logopedists, sometimes in cooperation with clinical psychologists and otolaryngologists. TREATM: therapy in kindergarten, schools, and pediatric clinics. APPR: fluency shaping and stuttering modification (non-avoidance, identification, desensitization), sometimes combined; improvement of communication. GOALS: fluent speech. FINANCE: therapy in kindergarten and schools free of charge; in health clinics maximum coverage of 20 hours/year. PREVENT: screening at 3 years of age by logopedists, before school enrollment in a pediatric clinic, and in first grade by school logopedists; early intervention. EDU:

university bachelor, master, and doctoral programs; 250 hours of clinical training for bachelor education, including 14 hours training in stuttering; no formalized special training, but seminars and workshops about stuttering might be given; logopedic certification for general practice has to be renewed by a governmental agency every 5 years. NEEDS: better knowledge about stuttering in the general public and among specialists; research and treatment centers. PROBL: insufficient focus and interest for stuttering among logopedists; questionable therapy effectiveness.

*Poland:* SUPP: Polish Association for People who Stutter; Polish Logopedic Association; Polish Union of Logopedists; logopedists, also in kindergarten and primary schools; psychological-pedagogical centers; health services. INFO: magazine (Biuletyn Logopedyczny), websites, and workshops provide information about services, approaches, and therapists; some associations and the magazine also provide vocational and labor market advice; on the International Stuttering Awareness Day conferences for logopedists and PWS, articles in newspapers and magazines, radio and TV features. DIAGN: logopedists; other specialists may be involved. THERAPISTS: logopedists, but few specialists in stuttering; clinical psychologists, psychotherapists, special education teachers, neurologists, and rehabilitation specialists may be involved. TREATM: logopedists in kindergarten, primary schools, psychological-pedagogical centers, health services, and private practices; intensive therapy only in private practices. APPR: family therapy by logopedists and psychologists; fluent speech play therapy and logorhythmic exercises for preschool children; family therapy, fluent speech, non-avoidance, improvement of communication, and behavior modification for primary school children; additionally less speech anxiety, self-confidence, psychotherapy, desensitization, and complex therapy for secondary school children; additionally non-avoidance and the so-called Complex Psycho-physiological Therapy Program (Checiek, 2001) for adolescents and adults. FINANCE: state provides therapy free of charge; private practice therapy is only reimbursed if contracted with the National Health Fund (Narodowy Fundusz Zdrowia, NFZ). EDU: two years university postgraduate program; 600 hours clinical training in logopedics and 350 hours in neurologopedics; 35 to 60 hours in stuttering specialization. University diploma implies certification, but specialization is not certified. NEEDS: intensive postgraduate workshops and specialization in stuttering therapy; intensive therapy programs; stuttering therapy centers. PROBL: deficits in stuttering specialization; little or no social support for PWS; no public funds for intensive therapy.

*Russia:* SUPP: Institute for Special Needs Education; pediatric clinics; logopedic kindergarten; logopedic departments in teacher colleges; logopedic centers; logopedists in

kindergarten; school psychologists; logopedists and psychologists in polyclinics; advertising agencies; [www.stuttering.ru](http://www.stuttering.ru); [www.zaikanie.ru](http://www.zaikanie.ru); [www.logoped.ru](http://www.logoped.ru); websites of clinics. INFO: media advertisements of clinics and therapy centers; counseling. DIAG: teams of logopedists in cooperation with various specialists in state clinics. THERAPISTS: teams of logopedists, psychologists, neuropathologists, and other specialists in state speech clinics and special kindergarten. TREATM: state speech clinics; childrens' clinics; special kindergarten; schools. APPR: medication; psychotherapy; logopedic therapy; communicative rehabilitation. GOALS: fluent speech; non-avoidance; self-confidence. FINANCE: therapy free of charge for children; no reimbursement for adults. PREVENT: no screening, early detection, or primary prevention programs. EDU: university master degree; Ph.D. from pedagogical universities; special speech therapy courses for school teachers as a 2 to 10 months supplement to the teacher's diploma; 100 hours of clinical training; certification as logopedists by governmental agency; license required for private practice; specialization in stuttering is possible within the university curriculum or through postgraduate studies at a medical academy; clinical certification for stuttering therapy is achieved with a diploma in stuttering. NEEDS: educational and clinical institutions; counseling; support. PROBL: dearth of effective therapies; PWS are considered to be handicapped; lack of governmental sensitization for needs of people with disabilities.

*Slovakia:* SUPP: Logopedic Association; Center for Dysfluencies at Slovak Medical University; Ministry of Education; Ministry of Health; logopedic clinics and schools. INFO: booklets; brochures; flyers; books; websites; [http://dysfluencie.szm.sk/Index\\_frames.htm](http://dysfluencie.szm.sk/Index_frames.htm). DIAGN: logopedists; phoniaticians; psychiatrists; pediatricians; clinical psychologists. THERAPISTS: logopedists; psychiatrists; clinical psychologists when needed in integrated therapy. TREATM: individual and group therapies. APPR: phonographorhythmic method (slow, rhythmical speaking with pauses). GOALS: fluent speech; controlled fluency; acceptable fluency. FINANCE: short-term therapy free of charge. PREVENT: screening program, early detection, and prevention according to Irwin (1988). EDU: university master's degree; 80 hours of clinical training; certification by the Department of Health; specialization in stuttering: 200 postgraduate hours at the Center for Dysfluencies at Slovak Medical University to earn certification in specialized fluency therapy. NEEDS: counseling. PROBL: Insurance does not cover long term therapy.

*Slovenia:* SUPP: Association Vilko Mazi; Institute for Deaf and Hard of Hearing People; hearing and speech centers; health centers; kindergarten; primary schools; school psychologists. INFO: TV programs, meetings, and written information for the public, parents,



and professionals. DIAGN: logopedists; clinical psychologists. THERAPISTS: logopedists; clinical psychologists. APPR: indirect approaches with parent counseling for children; for adults: therapy approaches aimed at achieving fluency and therapy according to Brajovič and Valmond for adults. GOALS: fluent speech. FINANCE: therapy free of charge when referred by family doctor. PREVENT: general medical screening at 3 years of age; early detection and primary prevention for preschool children. EDU: university bachelor degree as clinical or hospital logopedist; regulated and certified by the university or the Ministry of Health, [www.uips.sk/download/ekviv/Slovenia.doc](http://www.uips.sk/download/ekviv/Slovenia.doc); no special training in stuttering. NEEDS: better organization of logopedic training; more information for teachers, parents, and the public; better cooperation between parents, teachers, and logopedists. PROBL: lack of therapists and financial resources for therapy, research, and support for PWS.

### **Discussion**

The survey showed that (1) therapy approaches favored in Western countries are also used in East-European countries and coexist with obsolete approaches, (2) children have better access to therapies than adults, (3) therapies are free of charge only for children in all participating countries, (4) screening, early detection, and intervention programs seem to be better developed and better implemented than in Western countries, (5) efficacy and effectiveness measures are underdeveloped, (6) therapy for adults is not readily available, and (7) resources, social support, and information are lacking for adult PWS.

The questionnaire responding professionals were largely recruited at international meetings and are well aware of internationally established stuttering therapy approaches. They must be considered a selective group, probably highly motivated as well as being well informed about internationally accepted norms and values with respect to services, therapies, and education of professionals in the field of stuttering which might not necessarily represent the situation at large in East-European countries. Because most surveyed countries were represented by only one or two responders, reporting biases cannot be excluded.

The prevalence data are within the range of reports from other authors, that is, about 5% for children (Yairi & Ambrose, 1999) and, as extrapolated from prepubertal school children, about 1% for adults (Bloodstein, 1995).

Internet information and communication have become increasingly important sources for the various providers of information for PWS, parents, and the public. It is generally rare to find social support to help PWS outside of therapy for financial,



educational, social, and employment matters. The main social support is provided by non-governmental organizations, such as stuttering associations and self-help groups. Job market discrimination is reported to be a problem, especially within non-EU countries. This difference probably results from the EU Council Directive of November 2000 expressing equal employment and occupation opportunities.

Children have good access to therapies. Stuttering therapy is often provided early in life, is frequently offered in kindergarten and grade schools, and is free of charge. For adults the situation is less favorable. Therapy costs, especially those from private practices or of longer duration, are often not reimbursed. Only some PWS seem to have a private health insurance which covers stuttering therapy. This preference for investment in children rather than in adults might reflect the former socialistic ideology with its special attention for care and education of children. As in many Western countries, adolescent PWS are a frequently neglected group of clients.

The majority of stuttering therapy is provided by the health systems, which professionals deem as desirable. For instance, Bulgarian logopedists strive for the provision of stuttering therapy within the health services.

In all responding countries, treatment is carried out by logopedists, sometimes in cooperation with psychologists and neurologists. Cooperation with other specialists is facilitated where stuttering therapy is provided in a multi-professional clinical setting. A variety of therapy approaches is reported including those of Western Europe and North America. Medication is prescribed as well. Therapy outcome evaluation, however, seems insufficient compared with outcome evaluation assessment and best practice norms in western countries. On the other hand, early detection programs are laudably developed in many countries.

Education of logopedists is available at higher educational levels, and some countries also offer doctoral programs. The number of clinical training hours varies considerably but remains comparatively high. A clinical certification is required in all countries. Stuttering therapy postgraduate specialization ranges from nonexistent, informal to formal workshops, or formal postgraduate education.

East-European countries are moving toward integration into the international fluency community. Sponsored memberships and guest lectures offered by the International Fluency Association might have contributed to this development.

## Conclusion

Stuttering therapy and education of professionals in Eastern Europe is currently undergoing a positive and multifaceted development, and internationally stated positions have been adopted. Several well established stuttering therapy approaches are used increasingly. Social and therapeutic support is better for children than for adults, maybe even better than in many western countries. For adults, therapy within the insurance covered health services is desired. Support in the daily life of PWS needs improvement. More investment in therapy outcome evaluation is recommendable.

## Acknowledgement

We would like to thank all the responders and we appreciate the help of Miglena Simonska, South-West University of Bulgaria, with the translation of the questionnaire, responses, and references. We are also grateful to Alice Crowley-Gall for help in the preparation of the manuscript.

## References

1. Adamczyk, B. (2001). Stuttering therapy for the poor but willing. In H.-G. Bosshardt, J. S. Yaruss, & H. F. M. Peters (Eds.), *Fluency disorders: theory research, treatment and self-help. Proceedings of the Third World Congress of Fluency Disorders in Nyborg, Denmark* (pp. 416–421). The International Fluency Association. Nijmegen, Netherlands: Nijmegen University Press.
2. Arutyunyan, L. (2001). A program to normalize stutterers' speech stability. In H. G. Bosshardt, J. S. Yaruss, & H. F. M. Peters (Eds.), *Fluency disorders: theory research, treatment and self-help. Proceedings of the Third World Congress of Fluency Disorders in Nyborg, Denmark* (pp. 271–273). The International Fluency Association. Nijmegen, Netherlands: Nijmegen University Press.
3. Beliakova, L. I., & D'yakova, E. A. (2001a). Main trends in the rehabilitation of stutterers in Russia. In H.-G. Bosshardt, J. S. Yaruss, & H. F. M. Peters (Eds.), *Fluency disorders: theory research, treatment and self-help. Proceedings of the Third World Congress of Fluency Disorders in Nyborg, Denmark* (pp.284–287). The International Fluency Association. Nijmegen, Netherlands: Nijmegen University Press.
4. Beliakova, L. I. & D'yakova, E.A. (2001b) (Eds.). *Logopedia: Zaikanie* [Logopedics: Stuttering. Moscow, Russia: V. Sekachov Acsmo Press.]

5. Brajović, C., Brajović, L., & Ivanauš, J. (1974). *The conscious synthesis of development: A clinical method for treatment of stuttering*. Institute for Teaching and Rehabilitation of Persons with Hearing and Speech Disorders, Kotor, Yugoslavia. Translated and published as PB-243–236 by National Technical Information Service, Springfield, VA.
6. Bloodstein, O. (1995). *A handbook on stuttering* (5<sup>th</sup> ed.). San Diego, CA: Singular Press.
7. Chęćek, M. (2001). *Kwestionariusz kooperów do oceny jåkania. Zmodyfikowany program psychofizjologicznej terapii jåkających się. Podręcznik*. [Coopers' questionnaire for appreciation of stuttering. Modified psychophysiological therapy program for stutterers. Handbook]. Lublin, Poland:Wyd.
8. Cooper, E. B., & Cooper, C. S. (1985). *Cooper Personalized Fluency Control Therapy – Revised*. Allen, TX: DLM Teaching Resources.
9. Fibiger, S., Peters, H., Touzet, B. B. de, & Neumann, K. (in press). *Therapy for persons who stutter: Eastern Europe and Latin America*. In: Proceedings of the 5th World Congress of IFA, Dublin: International Fluency Association.
10. Fröschels, E (1913). *Lehrbuch der Sprachheilkunde (Logopädie) für Ärzte, Pädagogen und Studierende*. [Textbook of speech and language health science (logopedics) for physicians, pedagogues and students] Leipzig, Germany: Franz Deuticke.
11. Georgieva, D. (2005). The treatment of fluency disorders: Experience in Bulgaria. *International Stuttering Awareness Day Online Conference, 2005*. Mankota, MN: Minnesota State University. Retrieved January, 31 2007 from <http://www.mnsu.edu/comdis/isad8/papers/georgieva8.html>
12. Ivanov, V. (1972). *Logopedia [Logopedics]*. Sofia, Bulgaria: Nauka i Izkustvo.
13. Irwin, A. (1988). *Stammering in young children. A practical self-help programme for parents*. Wellingborough, UK: Thorsons Publishing Group.
14. Jastrzębowska, G. (2001). Factors determining the efficiency of logopedic care of children in Poland. *Folia Phoniatica et Logopaedica*, 53, 28–35.
15. Lechta, V. (2004). *Kotavost: Komplexní přístup [Stuttering: Complex approach]*. Praha, Czech Republic : Portál.
16. Levina, R. (1968a). Study and treatment of stammering among children. *Journal of Learning Disabilities (Chicago)*, 1, 24–30. (Original Russian article published 1966 in *Specialized School*, 4,120 ff. Moscow, Soviet Union: Prosveshchenye).
17. Levina, R. E. (Ed.) (1968b). *Osiovy teorii i praktiki logopeedii [Basic theories and practices of logopedics]*. Moscow, Soviet Union: Prosveshchenye.
18. Monakova, S., & Taibogarov, S. (1982). *Kogelus [Stuttering]*. Tallinn, Estonia: Valgus.

19. Nekrasova, J. B. (1975). Variant kompleksnova metoda po ustraneniyu zaikaniya u vzroslih (v usloviyah polikliniki) [A complex method for stuttering therapy among adults in the outpatient clinic]. In S. S. Lyapidevsky & S. N. Shachovskaya (Eds.), *Narusheniya rechi i golosa u detei [Speech and voice disorders in children]* (pp. 118–132). Moscow, Russia: MSPI Publ.
20. Novosel, D. (1994). Valmond program. *I. Kongres Logopeda Hrvatske*, p.27–28. Varaždin, Croatia.
21. Pešák, J. (2004). Preliminary experience with formoterol for the treatment of stuttering. *The Annals of Pharmacotherapy*, 38, 1323.
22. Pešák, J., Grézl, T., Zapletalová, J., Langová, K., Modráčková, L., Vodičková, D., et al. (2006). The study of the effect bronchodilatation on speech fluency in stuttering. *Scripta Medica (Brno, Czech Republic)*, 79(1), 9–17.
23. Petkov, D., & Yosifov I.(1960). Naš opyt lečenja zaikaniya v obstanovke ozdorovitel'no-logopedičeskogo lagerja. [Our experience in treatment of stuttering in a speech rehabilitation camp]. *Zhurnal Nevropatologii i Psikhiiatrii imeni S. S. Korsakova*, 60, 903–904.
24. Pielecki, A., Bartkowicz, Z., & Checiek, M. (2001). Phonological conditions of role of vowels in therapy of stutterers. In H.-G. Bosshardt, J. S. Yaruss, & H. F. M. Peters (Eds.), *Fluency disorders: theory research, treatment and self-help. Proceedings of the Third World Congress of Fluency Disorders in Nyborg, Denmark* (pp.381–385). The International Fluency Association. Nijmegen, Netherlands: Nijmegen University Press.
25. Ryan, B. (2001). *Programmed stuttering therapy for children and adults* (2nd ed.). Springfield, IL: Charles C. Thomas.
26. Seliverstov, V. (1979). *Zaikanie u detei. Posobie dlya logopedov [Stuttering in children. A handbook for logopedists]* (2nd ed.). Moscow, Russia: Prosveshchenye.
27. Tarkowski, Z. (2001) *Jąkanie [Stuttering]*. (2nd ed.). Warszawa, Poland: Wydaw. Naukowe PWN.
28. Vesker, L. (1989). *Kogelus: Abiks logopeedile [Stuttering: A guide for the logoped]*. Tallinn, Estonia: Eesti NSV Hariduskomitee.
29. Vlasova, N.A. (1983). Complex therapy of stuttering among preschool children. In N.A. Vlasova & K.-P. Becker (Eds.), *Stuttering* (pp. 106–116). Moscow, Russia: Medicine Press.

30. Volkova, L., & Shahovkaya, S. (Eds.) (1998). Logopedia. Uchebnik dlya vozov. [*Logopedics. A textbook for universities*] (3<sup>rd</sup> ed.). Moscow, Russia: Humanitarni izd. Vldos.
31. Vygotsky, L. S. (1929/1993) *The collected works of L. S. Vygotsky*. Vol. 2: The fundamentals of defectology (Abnormal psychology and learning disabilities). Editors of the English translation: R. W. Rieber & A.S. Carton. New York, NY: Plenum Press.
32. Wakaba, Y., & Mori, K. (2006). Survey on treatment of stutterers in foreign countries. Paper presented at the Meeting of the IALP Fluency Committee. Dublin, Ireland, July 25.
33. Yairi, E., & Ambrose, N. G. (1999). Early childhood stuttering I: Persistency and recovery rates. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 42, 1097–1112.

[POWRÓT](#)

prof. Raisa Iwanowna Łaławewa  
Katedra Logopedii  
Rosyjski Pedagogiczny Uniwersytet im. A. I. Hercena  
Sankt-Petersburg

### **Взаимосвязь в развитии интеллекта и языковой способности при нормальном и нарушенном онтогенезе**

В современной психологии и психолингвистике речевая деятельность как сложный многоуровневый процесс перехода от мысли к слову рассматривается в различных аспектах. Одним из актуальных аспектов изучения механизмов и стратегий процесса продуцирования речи является когнитивный подход, в основе которого лежат современные представления о соотношении мышления и речи, мышления и языка.

Когнитивный подход возник на стыке таких дисциплин как кибернетика, психология, психолингвистика. В соответствии с когнитивным подходом язык рассматривается как «неотъемлемая и органическая составляющая человеческого разума, тесно взаимосвязанная с другими когнитивными структурами и процессами – восприятием, мышлением, вниманием, памятью и др.» ( В.И.Герасимов [5, с. 213]).

В речевом процессе когнитивные и языковые структуры функционируют в тесном взаимодействии и переплетении и, по мнению многих авторов, имеют общие операциональные механизмы, составляющие базис как языковой, так и когнитивной деятельности.

Когнитивный подход является актуальным при анализе как речевого развития в норме, так и его нарушений у детей.

Развитие мышления и других познавательных процессов тесно связано с формированием языковой способности ребенка (Л.С.Выготский [4], Ж.Пиаже[12], А.Валлон [3], А.Р.Лурия[11], Д.Слобин [13] и др.).

Языковая способность рассматривается как способность к усвоению и использованию элементов и правил системы языка в целях общения и познания. Эта система правил сначала не осознается ребенком, однако он ведет себя так, как будто знает эти правила (Д.Слобин, Дж.Грин [14] ).

Языковая способность включает сложнейшую совокупность умений и навыков, стратегий, схем действий, представлений о языковых единицах и языковых правилах. Формирование языковой способности осуществляется в тесной связи с процессами анализа, переработки и хранения знаний о языке, с их обобщением и организацией в сложную и стройную систему. Особую значимость для понимания формирования языковой способности ребенка приобретает вопрос о том, как, с помощью каких механизмов ребенок извлекает из речи окружающих необходимые для речевого общения знания о языке, каким образом происходит их обработка, анализ и хранение, как происходит овладение языковыми правилами, каким образом ребенок активизирует, выбирает, извлекает из памяти эти правила при порождении речи. Безусловно, большую роль во всех этих процессах играют когнитивные структуры.

При изучении речевого развития и его нарушений особенно актуальными являются вопросы, касающиеся когнитивной базы возникновения речи и влияния интеллектуального развития на формирование языковой способности, вопрос о соотношении языковых и неязыковых компонентов в структуре речемыслительной деятельности, о роли интеллекта на различных этапах речевого развития при нормальном и нарушенном онтогенезе.

Проблема соотношения речи и мышления в онтогенезе и когнитивной основы развития речи затрагивалась еще в работах Л.С.Выготского [4] и Ж.Пиаже [12].

Анализируя развитие речи и мышления в онтогенезе, Л.С.Выготский отмечает, что «развитие речи и мышления совершается непараллельно и неравномерно» (Л.С.Выготский [4], С.76), что «мышление и речь имеют генетически совершенно различные корни» (Там же).

В процессе развития речи и мышления, по Л.С.Выготскому можно выделить доречевую фазу развития интеллекта и доинтеллектуальную фазу развития речи.

На раннем этапе развития ребенка прослеживаются различные истоки (корни) развития мышления и речи. С одной стороны, еще до начала формирования речи проявляются зачатки интеллектуальных реакций. С другой стороны, наблюдаются доинтеллектуальные зачатки речи (крик, гуление, лепет).

Таким образом, до определенного периода линии развития мышления и речи проходят как бы независимо друг от друга. Однако в период около двух лет «линии развития мышления и речи, которые шли до сих пор отдельно, перекрещиваются, совпадают в своем развитии и дают начало совершенно новой форме поведения, столь характерной для человека... Ребенок как бы открывает символическую функцию речи»

(Там же, с.89). Однако «для того, чтобы открыть речь, надо мыслить» (Там же, с.90). Начиная с этого периода, речь выполняет интеллектуальную функцию, а мышление становится речевым.

Проблема соотношения мышления и интеллекта затрагивалась и в концепции Ж.Пиаже [12] о стадиях развития интеллекта.

Рассматривая когнитивный (интеллектуальный) базис развития речи, Ж.Пиаже отмечал, что важнейшей предпосылкой возникновения речи является развитие сенсомоторного интеллекта.

Развитие сенсомоторного интеллекта проходит несколько стадий. На начальной стадии сенсомоторной логики ребенок усваивает логику действий с объектами, которые он воспринимает непосредственно.

В дальнейшем ребенок переходит от логики действий к «концептуальной» логике, которая основывается на представлении и на мышлении. Появляется способность мыслить о вещи, которая непосредственно не воспринимается. Именно в этот период и возникает семиотическая (знаковая), символическая функция. Этот период соответствует второму году жизни ребенка. Язык, по мнению Ж.Пиаже, и появляется на базе семиотической (символической) функции и является ее частным случаем.

Ж.Пиаже делает вывод, что мышление предшествует языку, так как язык представляет собой лишь частный случай символической функции, которая формируется лишь к определенному периоду развития ребенка. Таким образом, возникновение речи основывается на определенном когнитивном базисе. Вместе с тем, появившись, речь существенно перестраивает все психические процессы (Л.С.Выготский [4], А.А.Леонтьев [9], А.Н.Леонтьев[10], А.Р.Лурия [11]), Ж.Пиаже[12].

При этом формирование когнитивных, а затем и семантических (языковых) структур основывается на практических действиях ребенка, которые постепенно переводятся «вовнутрь», интериоризируются. В связи с этим принципы и закономерности протекания предметной деятельности на том или ином возрастном этапе опосредованно находят отражение в структуре речевой деятельности ребенка, в строении языковой системы, которую использует ребенок в данном возрасте.

Таким образом, и развитие интеллекта, и развитие речи осуществляются вначале на основе неречевой деятельности, которая протекает на фоне речи взрослых, на фоне сотрудничества ребенка со взрослым.



При анализе детской речи в норме и в случаях патологии важно учитывать, что «язык усваивается как инструмент для регуляции совместной деятельности и совместного внимания» и что «на ранних этапах язык, чтобы быть усвоенным, должен отражать природу когнитивных процессов, продукт которых он кодирует» (Дж.Брунер[1], С.22).

В современной психологии и психолингвистике подчеркивается необходимость анализировать и интегрировать данные о формировании языковой способности ребенка в ее связи с развитием других, нелингвистических способностей.

В настоящее время общепризнанным является тот факт, что формирование неречевых когнитивных структур опережает развитие языковых (вербальных) структур. Такое «отставание» в развитии речи отмечается довольно долго. В течение длительного времени ребенок понимает гораздо больше, чем может сказать.

В процессе формирования детской речи обнаруживается тесная связь речевой деятельности ребенка с предметной деятельностью, с развитием познавательной потребности и потребности в речевом общении. Речевое общение способствует сотрудничеству со взрослым в процессе выполнения различных видов неречевой (предметной, познавательной) деятельности ребенка. Взаимодействие этих двух видов деятельности (предметно-практической и познавательной) является одним из важнейших условий развития речи.

Появлению символической речевой функции предшествует развитие символической функции в предметной деятельности и в игре. Первоначально познавательные процессы осуществляются на уровне наглядно-действенного и наглядно-образного мышления. На фоне этих форм мышления формируется операциональная структура мыслительных процессов. Так, в процессе предметно-манипулятивной, игровой деятельности ребенок начинает выделять производителя действия, само действие, объект, адресат, орудие действия и т.д. По мнению Дж.Брунера, в связи с этим раньше всего ребенок усваивает в языке те отношения, которые выявляются им в предметной деятельности.

В результате предметной деятельности ребенка и ее интериоризации создаются операциональные структуры, которые и составляют как бы решетку правил языковой системы. «Язык не обеспечивает готовую «решетку» или призму, через которую ребенок воспринимает мир. Скорее эта решетка создается в процессе развития интеллекта, т.е. в результате действий ребенка в окружающей среде и интериоризации этих действий, создающих операциональные структуры» (Д.Слобин [13], с.143).

«Согласно Пиаже, уже задолго до появления первых признаков вербального поведения все то, чем ребенок овладел в сенсомоторном и когнитивном планах, подготавливает и облегчает возникновение речи. Тем самым становится очевидным, что вербальное развитие – не изолированный процесс, но всего лишь один из аспектов общего развития ребенка» (Ш.Бутон [2], с.310).

Одной из таких предпосылок языкового развития является овладение символической деятельностью сначала в рамках предметно-практической деятельности, а затем с использованием знаков. С точки зрения А.Валлона, употребление языка предполагает «символическую функцию, которая состоит в способности находить для объекта мыслительное представление о нем, а для этого представления находить знак.

Приобщаясь к речевой деятельности взрослых, ребенок овладевает языковыми знаками. При этом ребенок получает языковые знаки в готовом виде. Однако он овладевает системой этих знаков постепенно, по мере его интеллектуального развития, развития его познавательной деятельности.

Образцы речи, правила речевого поведения ребенок извлекает извне из речи взрослых. В процессе овладения речью большую роль играют такие факторы, как сотрудничество со взрослыми в различных видах деятельности. Это сотрудничество становится успешным лишь по мере использования речи в связи с усилиями взрослых приобщить ребенка к речевому общению. Эти усилия находят отклик во внутренней, психологической готовности ребенка к овладению языком, в потребности коммуникации, в познавательной потребности ребенка.

Речь воспринимается ребенком не сама по себе, а в процессе осмысления той или иной ситуации, которую она обозначает. Как отмечает Н.И.Жинкин [6], то или иное значение знака соотносится с определенной ситуацией, понятие о знаке формируется в процессе употребления знака и оперирования им в деятельности.

Интеллектуальное развитие ребенка оказывает влияние на формирование речи в различных аспектах. Подтверждением этому тезису служит анализ речевой продукции и процесса продуцирования речи детей с умственной отсталостью и с задержкой психического развития.

Экспериментальные исследования речи детей с интеллектуальной недостаточностью и с ЗПР [7,8,15] на основе психолингвистического подхода показывают, что снижение интеллекта оказывает влияние на речевое развитие детей в различных аспектах:

- 1) На организацию смысловых операций продуцирования речевых высказываний, особенно связных высказываний. Известно, что с помощью речи ребенок выражает свои представления об окружающей действительности, характер смысловых связей между предметами и явлениями. Речевые высказывания умственно отсталых детей и детей с ЗПР характеризуются нарушением последовательности, логики изложения, отсутствием сложных смысловых отношений, наличием большого количества смысловых пробелов, лакун.
- 2) На уровень языковой семантики. Естественно, что ребенок не способен использовать ту или иную языковую форму, если не понимает ее значения. Поэтому ребенок сначала усваивает языковые формы, простые с точки зрения семантики, доступные сознанию, соответствующие уровню его интеллектуального развития. Так, например, сначала он использует в речи настоящее, затем будущее время, сначала выражает в речи утверждение, а затем усваивает условное наклонение. Раньше ребенок обозначает в речи местоположение, а позднее использует обозначение временных понятий. В связи с этим у детей с интеллектуальной недостаточностью отмечаются существенные трудности овладения лексическими, деривационными, грамматическими значениями. Школьники с интеллектуальной недостаточностью и с ЗПР с трудом дифференцируют аффиксы, сходные по семантике, грамматические значения рода, падежа, времени, лица.

Особенно ярко это проявляется при сравнительном анализе процессов словообразования у детей с нормальным онтогенезом и с интеллектуальным недоразвитием (С.В.Зорина [7], Р.И.Лалаева [8], А.А.Хохлова [15]). Так, для детей с нормальным психическим развитием в основном характерны словообразовательные неологизмы по типу унификации основы, а также с использованием синонимичных, семантически близких аффиксов. В основе этих замен аффиксов лежит недостаточно точная дифференциация семантически близких словообразовательных аффиксов. Такого рода словообразовательные инновации свойственны также детям с умственной отсталостью и с ЗПР.

Наряду с этой общей закономерностью словообразования, у детей с интеллектуальной недостаточностью отмечаются неологизмы, не свойственные нормальному онтогенезу, отражающие недоразвитие аналитико-синтетической деятельности этих детей. Примером такого рода словообразования служат:

- неологизмы с использованием семантически далеких аффиксов;
- неправильный выбор корневой морфемы мотивирующего слова;
- отсутствие суффикса;
- наложение суффиксов;
- повторение мотивирующего слова;
- фонетические искажения при словообразовании;
- замена словообразования словоизменением;
- замена словообразования лексическими операциями.

3) Интеллектуальная недостаточность оказывает влияние и на возможности усвоения формально-языковых средств. Чем сложнее языковое оформление того или иного значения, тем труднее оно усваивается ребенком с интеллектуальным недоразвитием. Так, большую трудность для умственно отсталых и для детей с ЗПР представляют предложно-падежные конструкции.

О различной сложности формально-языковых средств свидетельствуют факты усвоения одних и тех же значений в различных языках. Например, в русском языке форма множественного числа именительного падежа усваивается очень рано. Семантически это очень простая форма, она хорошо дифференцируется с опорой на наглядность (один предмет и много предметов). А вот исследования речи детей в Египте, говорящих на арабском языке, показывает противоположное (по Д.Слобину). Множественное число существительных в арабском языке является очень сложной для детей формой, которая очень поздно усваивается. Даже дети 15 лет делают ошибки в образовании множественного числа знакомых существительных. Причина этого в разнообразии и чрезвычайной сложности языкового оформления множественного числа в арабском языке.

Дело в том, что в арабском языке имеется только небольшое количество правильных форм множественного числа. Большинство форм образуется нерегулярным образом, т.е. не является продуктивным образованием. Существует и специальная форма двойственного числа (два стола – одна форма, а три стола – другая форма). Имеются специальные формы для «исчисляемых» и «собирательных» существительных (деревья – как группа из нескольких предметов и деревья – как собирательное понятие). Более того, числительные от 3 до 10 требуют

существительного во множественном числе, а от 11 и далее – формы единственного числа.

Из этого можно сделать следующий вывод: последовательность овладения языком определяется не только семантической, но и формально-языковой сложностью, сложностью языкового оформления того или иного значения.

В процессе онтогенеза ребенок не просто имитирует речь окружающих, а усваивает закономерности языка, на основе которых и строит свою речь. Овладение закономерностями языка требует достаточно высокого уровня сформированности процессов анализа, синтеза, обобщения, дифференциации.

Одной из наиболее известных тенденций развития речи является сверхгенерализация, расширение языковых правил. Правила, рассчитанные на более широкие классы, ребенок усваивает раньше, чем правила для подклассов (*вилков, ложков* – по аналогии с формой *домов*). При этом неправильный выбор флексии происходит внутри одного семантического поля. Нужное грамматическое правило выбирается верно, но не учитываются ограничения, запреты, и реализация этого правила не всегда оказывается правильной, соответствующей норме.

На легкость овладения языковыми формами оказывает влияние и регулярность, устойчивость языкового правила образования данной словоформы. Чем больше вариантов образования данной словоформы имеется в языке, тем труднее она усваивается ребенком. Например, в русском языке форма родительного падежа множественного числа существительных усваивается даже труднее, чем дательный падеж множественного числа с предлогом. Причина кроется в том, что в родительном падеже множественного числа имеется много вариантов грамматической формы (много столов, но парт, карандашей). Существует также большое количество нерегулярных, непродуктивных способов образования формы (ружьё – ружей, но плечо – плеч). В дательном же падеже имеется лишь одна флексия *-ам-* (к домам, к партам, к плечам, к ружьям).

Таким образом, чем больше дифференцируются формы с одним значением, тем труднее они усваиваются (возникают трудности систематизации, дифференциации форм, организации определенной системы, парадигмы).

4) Недоразвитие аналитико-синтетической деятельности отражается и на качестве, точности и объеме обработки речевой информации. Человеческая речь воспринимается и воспроизводится в сжатые временные сроки.

Усвоение речи ребенком происходит с учетом возможностей обработки речевой информации, что отражается и на выходе речи. Сначала у ребенка имеется однословное и двусловное высказывание (субъект- предикат (Мама моет.), субъект-объект (Моет кука.). Затем он объединяет эти элементы в трехсловное высказывание «субъект-предикат-объект» (Мама моет куклу.).

Чем объемнее речевая информация, тем труднее она усваивается и воспроизводится в речи. Так, например, дети с трудом воспринимают объект с двойным определением. Например: *Он направил незнакомого человека, который встретился ему на дороге, в сторону деревни.*

И дети, и взрослые испытывают затруднения при восприятии и воспроизведении речевого материала с различного рода вставками внутри предложения, так называемые дистантные конструкции. Например: *Дом, который стоял на берегу озера, был виден издалека.*

*Школа, в которой учился Володя, была далеко от его дома.*

Ребенок с интеллектуальным недоразвитием не обладает стратегией быстрого декодирования и дешифровки речевого сообщения, что нарушает развитие импрессивной речи ребенка и отрицательно влияет на формирование его экспрессивной речи.

Таким образом, на начальных этапах развития ребенка имеет место автономность речевого и интеллектуального развития. В дальнейшем одним из регуляторов темпа и последовательности языкового развития является формирование познавательных процессов.

Первичным, определяющим, как при нормальном, так и при нарушенном интеллектуальном развитии ребенка является семантика.

Однако, возникнув, речь обеспечивает качественный скачок в интеллектуальном развитии ребенка, так как появляется вербально-логическое, понятийное мышление. Речь позволяет совершенствовать умственные операции обобщения, абстрагирования. Известно, что само слово уже обобщает. Слово, таким образом, становится орудием мышления. Слово включается в познавательную деятельность: в процессы памяти, восприятия, мышления.

Процессы мышления говорящего осуществляются во многих случаях с участием речи и прежде всего внутренней речи.

Использование когнитивного подхода при анализе нарушений речи в современной логопедии представлено еще эпизодически, фрагментарно. Вместе с тем

когнитивный подход при изучении и коррекции нарушений речи является перспективным, так как позволяет одновременно воздействовать и на формирование речи, и на развитие когнитивных процессов, а также на становление операциональных механизмов, лежащих в основе и языковых, и неязыковых компонентов речевой деятельности.

В рамках этого подхода наиболее актуальными и перспективными, на наш взгляд, являются следующие направления исследований.

1. Исследование особенностей нарушений языкового развития, особенно семантического компонента, у детей с интеллектуальной недостаточностью (при ЗПР и умственной отсталости).
2. Сравнительное изучение характера семантических процессов у детей с первичным нарушением речи и у детей с интеллектуальной недостаточностью. Особенно значимыми являются исследования нарушений в усвоении лексических, грамматических и деривационных значений, особенностей их дифференциации в импрессивной и экспрессивной речи.
3. Исследование операций продуцирования речевых высказываний у детей с речевой и интеллектуальной недостаточностью.
4. Изучение общих и специфических закономерностей формирования языковой способности у различных категорий детей.
5. Исследование особенностей познавательной деятельности (мышления, восприятия, памяти) у детей с различными формами речевой патологии и определение корреляции между уровнем недоразвития речи и особенностями когнитивных процессов.
6. Изучение динамики формирования языковых и когнитивных процессов при целенаправленном логопедическом воздействии.
7. Разработка методов логопедической работы по диагностике и коррекции нарушений языкового и когнитивного развития.

#### ***Библиографические ссылки***

1. Брунер Д. Онтогенез речевых актов //Психолингвистика. М., 1984.
2. Бутон Ш. Развитие речи //Психолингвистика. М., 1984.
3. Валлон А. Психическое развитие ребенка. М., 1967.
4. Выготский Л.С. Мышление и речь. М., 1934.

5. Герасимов Г.И. К становлению «когнитивной грамматики» //Современные зарубежные грамматические теории. М., 1985.
6. Жинкин Н.И. Речь как проводник информации. М., 1982.
7. Зорина С.В. Логопедическая работа по дифференциации грамматических форм слова у дошкольников с задержкой психического развития. СПб., 1998.
8. Лалаева Р.И. Нарушения устной речи и система их коррекции у умственно отсталых школьников. Л., 1988.
9. Леонтьев А.А. Психолингвистические единицы и порождение речевого высказывания. М., 1969.
10. Леонтьев А.Н. Деятельность. Сознание. Личность. М., 1977.
11. Лурия А.Р. Язык и сознание. М., 1979.
12. Пиаже Ж. Речь и мышление ребенка. М., 1994.
13. Слобин Д. Когнитивные предпосылки развития грамматики //Психолингвистика. М., 1984.
14. Слобин Д., Грин Д. Психолингвистика. М., 1975.
15. Хохлова А.А. Формирование словообразования у младших школьников с задержкой психического развития в процессе логопедической работы. СПб., 1999.

[POWRÓT](#)



## IV. Debiuty studenckie

mgr Anna Kłęb

Absolwentka Polonistyki

Specjalność logopedia

Uniwersytet Warszawski

### **Rozpoznawanie niepoprawności semantycznych i syntaktycznych przez dzieci w wieku przedszkolnym**

#### **Wprowadzenie**

Naukowcy różnych dziedzin: językoznawcy, psycholodzy, filozofowie zajmujący się badaniem języka, przez lata stworzyli wiele teorii na temat przyswajania mowy przez dzieci. Pomimo tego, że od dawna powstają rozprawy na temat nabywania języka, wiele pytań zostaje ciągle bez odpowiedzi. Do dziś toczony są dyskusje na temat tego, co ma największy wpływ w szybkim opanowywaniu języka przez małe dzieci: zadatki wrodzone czy środowisko.<sup>56</sup> Obecnie jednak, specjaliści coraz częściej są zgodni, że procesów nabywania języka nie można wyjaśnić na podstawie tylko jednej z istniejących aktualnie teorii. Język jest złożonym systemem, dlatego też należy go analizować we wszystkich jego kategoriach: fonologicznej, morfologicznej, składniowej, leksykalnej, semantycznej i pragmatycznej.<sup>57</sup> Jak dotąd największe zainteresowanie badaczy skupiało się wokół rozwoju fonologicznego lub leksykalnego. Informacje na temat rozwoju poszczególnych form składniowych to często luźne uwagi zbierane przy okazji ogólnych badań, natomiast badania nad świadomością językową rozpoczęły się dopiero w poprzednim stuleciu.<sup>58</sup>

Przedmiotem poniższego artykułu są umiejętności językowe dzieci w wieku przedszkolnym; ich świadomość językowa przejawiająca się w rozpoznawaniu i korygowaniu błędów syntaktycznych i semantycznych w zdaniach oraz próba określenia, który z czynników (wiek, płeć itp.) wywiera największy wpływ na poziom i tempo rozwoju wyżej wspomnianych umiejętności. W celu odpowiedzi na powyższe problemy posłużyłam się

---

56 Por. I. Kurcz, *Język a reprezentacja świata w umyśle*, Warszawa 1987, s. 59.

57 Por. N. Bernstein Ratner, J. Berko Gleason, B. Narasimhan, *Wprowadzenia do psycholingwistyki* [w:] *Psycholingwistyka*, pod red. N. Bernstein Ratner, J. Berko Gleason, Gdańsk 2005, s. 22.

58 Por. . B. Kwarciak, *Początki i podstawowe mechanizmy świadomości metajęzykowej*, Kraków 1995, s. 10.

analizą materiału badawczego, uzyskaną w czasie badań do mojej pracy magisterskiej pt. „Rozpoznawanie niepoprawności semantycznych i syntaktycznych przez dzieci w wieku przedszkolnym”, napisanej w grudniu 2007 roku na Wydziale Polonistyki Uniwersytetu Warszawskiego pod kierunkiem doktora Krzysztofa Szamburskiego. Poniższy artykuł jest częścią tej pracy.

W pierwszej części *swojego artykułu* zawrę *podstawy teoretyczne: spróbuję podsumować dotychczasowe badania na świadomością językową*. Następnie opiszę przebieg badań, konstrukcję narzędzia badawczego oraz przedstawię analizę wyników badań i uzyskane wnioski.

## 1. Świadomość językowa a świadomość metajęzykowa

### 1.1. Świadomość językowa a świadomość metajęzykowa - próba rozróżnienia pojęć

W literaturze językoznawczej pojęcia świadomości językowej i metajęzykowej często używane są wymiennie, pomimo tego, że nie są to synonimy. Rozróżnienie tych dwóch pojęć jest bardzo trudne.

Aby wyjaśnić różnicę między tymi dwoma terminami wcześniej należy określić czym jest język, a czym metajęzyk. Dla językoznawcy język jest *systemem znaków i reguł posługiwania się nimi*,<sup>59</sup> potrzebnym danej społeczności do porozumiewania się między sobą. Język ujęty jest w pewne reguły, które rządzą określonym ustawieniem wyrazów w zdania. Świadome rozumienie, korzystanie i opisywanie tych reguł języka dokonywane jest za pomocą metajęzyka. *Metajęzyk* będzie więc językiem, jakby *wyższego rzędu*; językiem opisującym język.

Pojęcie *metajęzyk* wprowadził Alfred Tarski.<sup>60</sup> Według niego metajęzyk mówi o języku i opisuje go. Do rozpowszechnienia tego pojęcia przyczynił się Jacobson, który obok funkcji fatycznej i poetyckiej, wyróżnił jeszcze metalingwistyczną funkcję języka (gdzie umiejętności metalingwistyczne oznaczają refleksyjną postawę nad językiem).<sup>61</sup>

Na tak zbudowanych pojęciach *języka* i *metajęzyka* możemy spróbować wyjaśnić i zakreślić różnice w pojęciu świadomości językowej i świadomości metajęzykowej.

Świadomość w znaczeniu ogólnym jest rozumiana jako *stan psychiczny, zdolność umysłu, w którym jednostka zdaje sobie sprawę ze swoich przeżyć i odczuć*, jest świadoma

---

59 I. Kurcz, op. cit., s. 11.

60 G. Krasowicz – Kupis, *Rozwój świadomości językowej dziecka*, Lublin 2004, s. 13.

61 R. Jakobson, *Metajęzyk jako problem językoznawczy* [w:] W poszukiwaniu istoty języka 1, pod red. M. R. Mayenowej, Warszawa 1989, s. 382.

procesów otaczającego ją świata.<sup>62</sup> Świadomość odnosząca się do języka, nazywana przez językoznawców *świadomością językową*, definiowana jest przez Markowskiego jako *ogół sądów o języku*.<sup>63</sup> Sądy te mogą być charakterystyczne zarówno tylko dla jednej osoby, jak i dla całej grupy ludzi (na przykład danego regionu, miasta itp.). Jednak, jak dalej pisze Markowski, bardzo ważne jest to, aby w każdym przypadku opinie na temat języka były trwałe, nie mogą być one jednorazowymi stwierdzeniami. Podstawą świadomości językowej jest najczęściej wiedza intuicyjna danego użytkownika na temat zasad, którymi rządzi się dany język, umiejętność używania różnych form, wyrażen adekwatnie do sytuacji. Według autora, świadomość językowa może się ujawniać na różnych poziomach, w reakcjach na zjawiska językowe np. krytyka kogoś kto użył nieprawidłowej formy, wygłaszanie sądów na temat tego jak powinno się mówić.<sup>64</sup>

Bugajska w swoim artykule, pojęcie świadomości językowej definiuje jako: *znajomość języka charakteryzującą jego użytkowników, pozwalającą im na swobodne władanie językiem ojczystym, na tworzenie i rozumienie coraz to nowych wypowiedzi*.<sup>65</sup> Według Bugajskiej świadomość językowa to używanie języka w sposób odpowiedni bez wcześniejszego przygotowania językoznawczego. Obok świadomości językowej, autorka wymienia jeszcze *świadomość lingwistyczną*, charakterystyczną dla językoznawców, znających prawa budowy języka. Świadomość językowa wcale nie musi iść w parze ze świadomością lingwistyczną.<sup>66</sup> Pojęcie świadomości lingwistycznej, o której pisze Bugajska, pokrywa się z niektórymi definicjami świadomości metajęzykowej istniejącej w literaturze językoznawczej. Większość autorów, przywoływanych przez Bogusława Kwarciaka, tłumaczy świadomość metajęzykową jako wiedzę o języku, jego tworzeniu, regułach, relacjach między jego składnikami. Wiedza ta, jest uświadamiana bądź nieuświadamiana.<sup>67</sup> Według takich definicji zachowaniami metajęzykowymi będą wszystkie uświadamiane procesy odnoszące się do języka. Grażyna Krasowicz – Kupis do zachowań metajęzykowych zalicza zarówno zdolności tworzenia języka jak i umiejętności fachowego określania struktur języka.<sup>68</sup> Obok tych zachowań wymienia dodatkowo jeszcze zachowania epijęzykowe.

62 Hasło: *świadomość* [w:] *Mały słownik języka polskiego*, pod red. S. Skorupki, S. Auderskiej, Warszawa 1974.

63 Hasło: *świadomość językowa* [w:] *Nowy Słownik Poprawnej Polszczyzny*, pod red. A. Markowski, Warszawa 2002. W dalszej części artykułu będę używała skrótu NSPP.

64 Por. tamże, hasło: *świadomość językowa*.

65 M. Bugajska, *Świadomość językowa a świadomość lingwistyczna. Społeczne i naukowe potrzeby języka* [w:] *Mowa rozświetlona myślą*, pod red. J. Miodka, Wrocław 1999, s. 34.

66 Tamże, s. 34.

67 Por. B. Kwarciak, op.cit, s. 14 – 34.

68 G. Krasowicz – Kupis, *Rozwój...*, op. cit., s. 19 – 20.

Poniższa tabelka przedstawia charakterystykę zachowań epijęzykowych i metajęzykowych według Krasowicz – Kupis.<sup>69</sup>

**Tabela nr 1**

ZACHOWANIA		
EPIJĘZYKOWE	METAJĘZYKOWE	
stosowanie wiedzy językowej automatycznie bez, świadomej refleksji	stosowanie wiedzy językowej przez świadome odniesienie do niej	
Autopoprawki	ŚWIADOMOŚĆ JĘZYKOWA	ŚWIADOMOŚĆ METAJĘZYKOWA
rozpoznawanie rymów	manipulacje, transformacje	posługiwanie się wiedzą o systemie językowym
korekta wypowiedzi innych	Tworzenie rymów	opis zasad gramatycznych
ocena poprawności	transformacja wyrazów	opisy trybów definiowanie pojęć opisujących język

Z wyżej przedstawionej tabelki wynika, że w grupie zachowań metajęzykowych odnajdziemy takie zachowania, gdzie wiedza językowa jest stosowana świadomie. Do zachowań epijęzykowych badaczka zalicza, te podczas których wiedza językowa stosowana jest automatycznie.

Porównując opinie Krasowicz i Kwarciaka zauważamy, że badacze nie są zgodni, co do tego, które zachowania wchodzą w zakres świadomości metajęzykowej. Kwarciak wiele z zachowań i umiejętności odnoszących się do tworzenia, oceniania poprawności oraz korygowania języka uważa za przejawy świadomości metajęzykowych. Krasowicz jest ostrożniejsza w definiowaniu świadomości metajęzykowej jak i przypisywaniu poszczególnych umiejętności. Badaczka (patrz Tabela nr 1) szczegółowo kwalifikuje poszczególne zachowania, podając przykłady.

## 1.2. Teorie na temat rozwoju świadomości językowej i metajęzykowej

Badania nad językiem i rozwojem dziecka prowadzone są od wielu lat, jednak w niewielu z nich odnajdujemy informacje na temat rozwoju świadomości językowej. Informacje w tym zakresie podawane są na marginesie innych, ogólnych badań języka.

<sup>69</sup> Tamże, s. 20.

Kwarciak we wprowadzeniu do swojej książki, przybliżył problem dzisiejszych badań dotyczących rozwoju świadomości językowej. Do lat siedemdziesiątych dwudziestego wieku, nikt konkretnie nie zajmował się badaniem świadomości językowej. Wnioski i tezy na ten temat stawiane były jedynie przy okazji innych badań. W latach 70 – tych poprzedniego stulecia, pojawiła się w badaniach psychologicznych szansa na dogłębne spojrzenie na język i jego nabywanie. Stało się tak dzięki nowo powstałej wówczas teorii metapoznania.<sup>70</sup> Kwarciak podsumowując, wymienia trzy najbardziej znane teorie na temat rozwoju świadomości metajęzykowej:

- *Pojawienie się świadomości metajęzykowej u dziecka wraz z językiem.*

Hipotezy takie głosili Marshall, Morthon oraz Clarc.<sup>71</sup>

- *Pojawienie się świadomości metajęzykowej w wieku przedszkolnym (w okresie przedoperacyjnym).* Twórcy tej teorii Hakes oraz Van Kleeck twierdzą, że kompetencje te nie mogą rozwinąć się wcześniej ze względu na brak wystarczającego zaplecza poznawczego dzieci poniżej 3 roku życia. Ich wiedza poznawcza do tego czasu jest zbyt elementarna. Możliwość rozwoju świadomej refleksji nad językiem w tym czasie potwierdza także teoria rozwoju myślenia Piageta.<sup>72</sup>
- *Teoria związku świadomości metajęzykowej z nauką czytania i pisania.* Zwolennikiem tej teorii jest m.in. Donaldson. Teoria ta głosi związek edukacji ze świadomą refleksją nad językiem.<sup>73</sup>

### 3.3. Badania nad świadomością językową dzieci w zakresie syntaktyki i semantyki

Jak wspominałam już wcześniej, badania nad świadomością językową są ciągle w fazie rozwoju. Do dzisiaj badacze spierają się, w jakim wieku dzieci są już w pełni świadome tworzenia języka. Poniżej spróbuję opisać kilka, moim zdaniem, najbardziej istotnych badań dotyczących rozwoju świadomości w zakresie syntaktyki i semantyki.

W 1972 Gleitman i Shipley wykryli, że już dwulatki potrafią ocenić poprawność zdania prostego, co więcej spontanicznie poprawiają niektóre błędy syntaktyczne. W badaniach tych podawano dwulatkom zdania poprawne i niepoprawne pod względem

<sup>70</sup> *Teoria metapoznania* – pierwsze referaty na ten temat wygłoszono w 1978 roku. Według Kwarciaka metapoznanie najlepiej scharakteryzować za pomocą definicji nominalnej, gdyż jest ono *procesem poznawczym, który ma za swój przedmiot inne tego samego rodzaju procesy bezpośrednio nakierowane na świat przedmiotowy, a więc jego przedmiotem jest poznanie pierwszego rzędu* (por. B. Kwarciak, op. cit., s. 10.).

<sup>71</sup> B. Kwarciak, op. cit., s. 29.

<sup>72</sup> Tamże, s. 29.

<sup>73</sup> Tamże, s. 30.

szyku. Zadaniem dzieci było wskazanie zdań *niemądrych*. Częściej zdania były określane jako *dobre*, niż wynikałoby to z rozkładu prawdopodobieństwa.<sup>74</sup> Uzyskane wyniki zostały uznane za dowód istnienia wczesnej umiejętności dokonywania osądów składniowych przez dzieci. Inni naukowcy zalecają ostrożność wobec zbyt pochopnej interpretacji tych badań. Zdania prawidłowe i nieprawidłowe akceptowane były w podobnym stopniu. Zapewne było to związane z odrzucaniem zdań o nieznanym dzieciom szyku.<sup>75</sup>

Jill i Peter de Villiers wykazali natomiast, że anomalie semantyczne są częściej i lepiej wykrywane niż gramatyczne.<sup>76</sup> Rezultaty innych badań, Hakesa, Ryana, Bialystok potwierdziły tezy o trudności dzieci z rozpoznawaniem i poprawianiem błędów gramatycznych. Wszystkie te badania potwierdzają, że anomalie semantyczne są łatwiej i szybciej zauważane niż gramatyczne. Badacze dowodzą również, że w grupie zdań gramatycznych lepiej określane i akceptowane są zdania poprawne niż niepoprawne. Naukowcy zgadzają się również, że odrzucenie zdań gramatycznie niepoprawnych u małych dzieci często łączy się z brakiem sensu semantycznego a nie z rzeczywistą świadomością kryteriów językowych w zakresie syntaktyki.<sup>77</sup>

Badaczka Ruth Weir opisała spontaniczne korekty młodszych rozmówców przeprowadzone przez czteroletnie dzieci. Sytuacje takie, według autorki, dowodzą, że czterolatki są świadome możliwości popełniania błędów przez innych użytkowników języka.<sup>78</sup> Podobne spostrzeżenia zapisał Kaczmarek.<sup>79</sup>

Badaniem wyłącznie samej formy zdania zajął się Pratt.<sup>80</sup> Podawał on dzieciom do korekty zdania z błędami szyku oraz z drobnymi niepoprawnościami na poziomie morfemów. Autor wnioskował, że od 5. roku życia dzieci posiadają zdolności metasyntaktyczne, czyli potrafią skorygować błędy w odmianie. Poprawianie szyku jest natomiast zadaniem o wiele trudniejszym.<sup>81</sup> Do podobnych wniosków doszedł Gombert, badając dzieci francuskojęzyczne. Niewątpliwie, badania te potwierdzają, że dzieci począwszy od 5 roku życia są zdolne do prawidłowych osądów zdań pod względem syntaktycznym.<sup>82</sup>

Wśród polskich badań poświęconych temu zaganiu, odnajdujemy jedynie

74 B. Kwarciak, *Świadomość metajęzykowa jako źródło dziecka o świecie społecznych* [w:] pod red. I. Kurcz, D. Kądziaława, Wiedza i język, tom II, Warszawa 1987, s. 181.

75 Por. G. Krasowicz – Kupis, *Rozwój metajęzykowy a osiągnięcia w czytaniu u dzieci 6 – 9 letnich*, Lublin 1999, s. 186.

76 Por. G. Krasowicz – Kupis, *Rozwój świadomości językowej...*, op. cit., s. 62.

77 Tamże, s. 64.

78 Tamże, s. 66.

79 Zob. L. Kaczmarek, op. cit., s. 78.

80 G. Krasowicz- Kupis, *Rozwój świadomości...*, op. cit., s. 66.

81 G. Krasowicz – Kupis, *Rozwój metajęzykowy...*, op. cit., s. 194.

82 G. Krasowicz – Kupis, *Rozwój świadomości...*, op. cit., s. 64.

wzmiankę u Leona Kaczmarka na temat spontanicznych osądów zdań niepoprawnych przez dzieci.<sup>83</sup> Nieco więcej wiadomości na ten temat przynoszą badania Bogusława Kwarciaka oraz Grażyny Krasowicz – Kupis.

Według opinii Kwarciaka dziecko już na początku 3. roku zdolne jest do refleksji nad stylem wypowiedzi dorosłych. Potrafi rozpoznać różnice fonologiczne odpowiednie danej grupie np: wiekowej, gwarowej.<sup>84</sup> Badacz opisuje monologi dzieci, w których można zauważyć spontaniczne ćwiczenia przypominają proste rozbiory zdań.<sup>85</sup>

Grażyna Krasowicz – Kupis przeprowadziła bardzo rozległe badania na temat rozwoju świadomości metajęzykowej u dzieci od 6. do 8. roku życia. W badaniach oceniano umiejętności metajęzykowe morfologiczno – składniowe, a sprawdzane były one w czterech próbach: 1) korekcja zdań z błędami, 2) kończenia i rozpoczynania zdań, 3) poprawianie usłyszanych zdań przez uzupełnianie brakujących elementów, 4) budowanie zdań z podanych słów w podstawowej formie.

Autorka podaje, że 67% dzieci sześciolatków potrafi dokonać prawidłowej korekty zdania z błędem przez uzupełnianie luk, natomiast 84% potrafi dokończyć zdania. Badania Krasowicz - Kupis wykazały, że dzieci w tym wieku prawidłowo rozumieją polecenia w których zawarte są informacje o regułach tworzenia języka. Spontanicznie, choć czasem niepoprawnie, korygują błędy w zdaniach, dokończają rozpoczęte przez inną osobę zdania, jednak robią to w sposób dosyć schematyczny.<sup>86</sup> Dzieci starsze (siedmiolatki) rozumieją bardziej złożone polecenia językowe, potrafią dokonać poprawy zdań poprzez uzupełnianie brakujących fonemów. Ośmiolatki są zdolne do przekształcania sztucznych słów, zgodnie z regułami języka. Nie potrafią jeszcze dokonywać pełnych transformacji (budować zdania z podanych wyrazów).<sup>87</sup>

## 2. Opis badań

Do celów badawczych została wybrana grupa dzieci przedszkolnych, dlatego że mowa dzieci w tym czasie jest w fazie intensywnego rozwoju, a badanie jej przynosi wiele ciekawych informacji. Ponadto dlatego, że przeprowadzane już badania nad świadomością językową m.in. przez G. Krasowicz – Kupis (opisywałam je powyżej), dotyczyły dzieci w

---

83 L. Kaczmarek, op. cit., s. 56.

84 B. Kwarciak, *Świadomość metajęzykowa jako źródło dziecka o świecie społecznych* [w:] Wiedza i język, pod red. I. Kurcz, D. Kądziaławy, tom II, Warszawa 1987, s. 181.

85 B. Kwarciak, *Początki...*, op. cit., s. 26.

86 G. Krasowicz – Kupis, *Rozwój świadomości...*, op. cit., s. 68 – 71.

87 Tamże, s. 68.

starszej grupie wiekowej. Jak dotąd nie odnalazłam wśród polskich prac, opisów badań w tym zakresie u dzieci poniżej szóstego roku życia.

## 2.1. Konstrukcja narzędzia badawczego

### 2.1.1. Nawiązania do testów sprawdzających świadomość językową

W swojej pracy posłużyłam się badaniem poprzecznym (badającym dzieci w różnym wieku, jedną, tą samą dla wszystkich grup wiekowych metodą). Wybrałam ten właśnie sposób badania, dlatego że w dosyć krótkim czasie mogłam zebrać dużą ilość informacji. Badania trwały niecałe trzy miesiące. Przez ten czas przebadanych zostało dziewięćdziesięcioro dzieci, w trzech grupach wiekowych (trzy, pięć i siedmiolatek). Badania przyniosły reprezentatywne wyniki.

Do badania posłużył mi kwestionariusz, ułożony do potrzeb tej pracy. Pomysł na stworzenie właśnie takiego narzędzia badawczego, zrodził się podczas przeglądania różnych testów badających rozwój mowy oraz świadomość językową dzieci w wieku przedszkolnym. Były to m. in. *Test Sprawności Językowej* Zbigniewa Tarkowskiego,<sup>88</sup> *Próby do badania kompetencji językowej dzieci 6 - 8 letnich z uszkodzeniami sluchu* Marii Krawiec<sup>89</sup> oraz próba do badania Grażyny Krasowicz – Kupis.<sup>90</sup>

W swojej pracy bezpośrednio nawiązałam do Testu Tarkowskiego, a właściwie do Próby III, badającej świadomość językową dzieci. Badacz w swoim teście nawiązywał do testu językowego HSET H.Grimma i H. Scholera w adaptacji M. Przetacznik - Gierowskiej, M. Kielar oraz A. Litwy.<sup>91</sup> Zbigniew Tarkowski, w Podteście III, zatytułowanym *Poprawianie zdań*,<sup>92</sup> w próbie właściwej podaje dziesięć zdań: cztery z błędami gramatycznymi i sześć niepoprawnych semantycznie. Zdania te są wymieszane brakuje oddzielnej instrukcji słownej wyjaśniającej dziecku jego zadania. Badając dzieci testem Tarkowskiego, możemy otrzymać ogólne dane czy dziecko rozpoznaje błąd (gramatyczny i semantyczny). Niestety trudno uzyskać odpowiedź, jakiego rodzaju jest to rozpoznanie, jakie błędy są szybciej rozpoznawalne przez dzieci, na ile dzieci potrafią te błędy poprawić.

88 Z. Tarkowski, *Test Sprawności Językowej*, Lublin 2000.

89 M. Krawiec, *Próby do badania kompetencji językowej dzieci 6-8 letnich z uszkodzeniami sluchu*, Radom 2003.

90 Aneks: Załącznik 3. Metody oceny świadomości morfologiczno – składniowej [w:] *Rozwój metajęzykowy a osiągnięcia w czytaniu u dzieci 6 - 9 letnich*, G. Krasowicz – Kupis, Lublin 1999.

91 Test językowy HSET – Heidelberger Sprachentwicklungstest w Polsce przetłumaczonym przez M. Przetacznik – Gierowską, M. Kielar, oraz A. Litwę, opisywany również przez J. Wójtowiczową. Obejmuje 6 grup podtestów. Ocenia: rozwój syntaktyczny, morfologiczny, semantyczny (por. L. Smółka, op. cit., s. 54.).

92 Por. Z. Tarkowski, op. cit., s.3.



### 2.1.2. Opis konstrukcji narzędzia badawczego

Przygotowując własny kwestionariusz do badania, zdecydowałam szeroko rozwinąć ten problem. W swoim kwestionariuszu dokonałam podziału na dwie części sprawdzające świadomość językową: pierwszą w zakresie błędu czysto syntaktycznego, drugą w zakresie błędu semantycznego.

#### 2.1.2.1 Próba I – Gramatyczna

Część pierwsza syntaktyczna (gramatyczna), zawiera osiemnaście zdań prostych, rozwiniętych. Każde zdanie zawiera błąd językowo – gramatyczny a dokładnie składniowy.

Układając zdania z błędami w próbie gramatycznej, posłużyłam się definicją błędu językowego – składniowego według A. Markowskiego zawartą w *Nowym słowniku poprawnej polszczyzny*.<sup>93</sup> Badacz wyróżnia tam osiem rodzajów błędów składniowych. Ponieważ badania były przeprowadzane z dziećmi w wieku przedszkolnym, odrzuciłam z podziału Markowskiego trzy rodzaje błędów, które nie byłyby rozpoznane przez dzieci w tym wieku. Należały do nich błędy z podpunktów: *e) niepoprawne skróty składniowe, f) niepoprawne konstrukcje z imiesłowowym równoważnikiem zdania, oraz błąd z podpunktu: h) zbędne zapożyczenia składniowe.*<sup>94</sup>

Do opracowania próby, zostały użyte błędy z podpunktów: *a) błąd w zakresie związku zgody, b) błąd w zakresie związku rzędu, c) błędy w używaniu przyimków, d) błędy w używaniu wyrażen przyimkowych, e) konstrukcje niepoprawne pod względem szyku.*

Każde z osiemnastu podanych przeze mnie w kwestionariuszu zdań, zawiera określony błąd językowo – składniowy z podziału Markowskiego. Błędy użyte w zdaniach, ze względu na wiek grupy badawczej, zostały niejako uproszczone i dostosowane do poziomu intelektualnego dzieci. Do każdego rodzaju błędu składniowego ułożyłam po kilka zdań, aby uzyskać bardziej miarodajne wyniki, zbadać znajomość, umiejętność używania poszczególnych związków, form składniowych, reprezentowanych przez różne części mowy. Po wstępnych badaniach, dokonałam pewnych zmiany w budowie zdań i doborze słownictwa. Ostatecznie do próby pierwszej zostały wybrane poniższe zdania:

1. Zielona samochód jedzie ulicą.
2. Kasia śpiewają piosenkę.
3. Dwóch dziewczynki oglądały bajkę.
4. Moich kwiatki ładnie pachną.<sup>95</sup>

93 Hasło: *błąd językowy*, [w:] NSPP.

94 Tamże NSPP.

95 Zdania od 1.- 4. zawierają błędy w zakresie niepoprawnego użycia *związku zgody*.

5. Kuba lubi lodów.
6. W zoo widzieliśmy słoń
7. Ewa idzie z babcia do sklepu.
8. Ania nie ma pies.
9. To są klocki Michałem.
10. Tomek ulepił kulkę z plastelina.<sup>96</sup>
11. Asia skacze za skakance.
12. Dzieci bawią się na parku.
13. Kot siedzi w parapecie.
14. Ola jest do domu.<sup>97</sup>
15. Lubi zwierzęta bardzo Gosia.
16. Półce na książki leżą.
17. Ulicą czerwony jedzie autobus.
18. Jest huśtawek w parku dużo.<sup>98</sup>

W każdym z tych zdań, złamana została jedna zasada składni. Niepoprawność ta jest łatwo rozpoznawalna i narzuca w większości przypadków, jedną, prawidłową odpowiedź w formie poprawnego zdania.

#### 2.1.2.2. Próba II - Semantyczna

Druga część kwestionariusza przeznaczona jest do badania świadomości językowej w zakresie semantycznym. W tej części umieściłam zdania z błędami leksykalno – słownikowymi (w mojej pracy określane błędami semantycznymi). Przy układaniu tego typu zdań, posłużyłam się definicją błędu leksykalno-słownikowego.<sup>99</sup> Do części drugiej kwestionariusza, ułożyłam dziesięć zdań, w których w złym znaczeniu użyto: czasowników, rzeczowników i przymiotników. Do Próby II – Semantycznej należą poniżej wymienione zdania:

1. Krowy dają drewniane mleko.

---

96 Zdania od 5. do 10. zostały zbudowane na zasadzie użycia błędu w zakresie związku rządu.

97 Zdania od 11. do 14. zawierają błędy w użyciu przyimków lub wyrażeń przyimkowych.

98 W zdaniach od 15. do 18. został naruszony szyk zdania. Zadaniem dziecka było, rozpoznanie błędu i skorygowanie go poprzez ustawienie wyrazów w prawidłowej, zgodnej z zasadami polskiej składni.

99 *Błąd leksykalno - słownikowy* to użycie wyrazu w niewłaściwym znaczeniu (por. hasło: *błędy leksykalne* [w:] NSPP).

2. Klocki bawią się w ogródku.
3. Samochody latają po niebie.
4. Mama gotuje zupę w łazience.
5. Skarpetki zjada się na obiad.
6. Koty mają skrzydła.
7. Kolorowe kredki śpiewają piosenkę.
8. Myję zęby rowerem.
9. Pieski znoszą jajka.
10. Truskawki to śliczne zwierzątka.

We wszystkich tych zdaniach poszczególne (podkreślone przeze mnie) wyrazy zostały użyte niezgodnie ze swoim znaczeniem słownikowym. Zdania z błędami semantycznymi, również w większości przypadków, narzucają jedną poprawną odpowiedź.

W doborze słownictwa posłużył mi zbiór wyrazów opracowany przez Halinę Zgólkową,<sup>100</sup> którym autorka na podstawie wieloletnich badań zawarła wszystkie używane przez dzieci w wieku przedszkolnym słowa.

## 2.2. Opis grupy badawczej

Do osiągnięcia zamierzonych celów przebadanych zostało dziewięćdziesięcioro dzieci; po trzydzieścioro w każdej grupie wiekowej. Różnica między dziećmi w danej grupie wiekowej nie była większa niż 6 miesięcy, to znaczy, że do danej grupy trzylatków, pięciolatek, siedmiolatek wybierane były wszystkie dzieci, odpowiadające wiekowo, obecne danego dnia w przedszkolu. W każdej grupie, znalazło się po piętnaście dziewczynek, i po piętnastu chłopców. Wszystkie badane przeze mnie dzieci, jak pisała Halina Zgólkowa, to *zawodowe przedszkolaki*,<sup>101</sup> czyli takie, które co najmniej od sześciu miesięcy uczęszczały do przedszkola. Wiek dzieci spisywałam i podawałam z dokładnością do dnia i miesiąca.<sup>102</sup> Do każdej grupy wiekowej wybierane były z listy wszystkie dzieci urodzone od stycznia do końca czerwca tak, aby różnice pomiędzy poszczególnymi dziećmi nie były większe niż 6 miesięcy. Dzięki temu w grupie trzylatków znalazły się dzieci w wieku od 2 lat i 9 miesięcy do 3 lat i 3 miesięcy, w grupie pięciolatek dzieci w wieku od 4 lat i 9 miesięcy do 5 lat i 3 miesięcy, w grupie siedmiolatek dzieci w wieku od 6 lat i 9 miesięcy do 7 lat

---

100 Każdy użyty przeze mnie wyraz – zarówno w Próbie I jak i w II należy do zbioru Haliny Zgólkowej (por. H. Zgólkowa, *Świat w dziecięcych słowach*, Poznań 1990, s. 10. – 113.).

101 H. Zgólkowa, op. cit., s. 8.

102 Dokładny wyniki określające wiek dzieci, znajdują się w aneksie w tabelach: 2.1, 2.2, 2.3.

i 3 miesięcy. Tak ścisłe określenie wieku badanych dzieci, pozwoliło na ukazanie świadomości językowej trzylatków, pięciolatek, siedmiolatek.

Wśród badanych dzieci znalazły się dzieci pochodzące z bardzo różnych, rodzin i środowisk (w grupie obecni są jedynacy, dzieci z rodzin wielodzietnych, dzieci z rodzin pełnych i niepełnych). Wiadomości na temat stanu rodziny, rodzeństwa, dokładnej daty urodzin, uzyskiwałam od dzieci, podczas krótkiej rozmowy przed badaniem. Informacje te później były przeze mnie uzupełniane danymi z dziennika, podczas rozmowy z wychowawcą danej grupy.

Do badań zostały wybrane dzieci w wieku przedszkolnym, dlatego że mowa dzieci w tym wieku jest w fazie intensywnego rozwoju i badanie jej dostarcza wielu ciekawych informacji na temat języka. Dla ukazania rozwoju świadomości językowej wraz z wiekiem i określenia związku z okresami mowy do badań wybrane zostały trzy grupy wiekowe (na początku, w środku i na końcu okresu mowy swoistej).

W badaniach pilotażowych przeprowadzonych w lutym 2007, badane były jeszcze dzieci z wszystkich (przedszkolnych) grup wiekowych: trzy, cztero, pięć, sześć, siedmiolatek. Wyniki, które uzyskałam pokazały, że różnice pomiędzy poszczególnymi grupami tzn. trzy i czterolatekami, cztero i pięciolatekami, pięć i sześciolatekami, są tak niewielkie, że trudno jest wyciągnąć z nich konkretne wnioski. Ostatecznie do badań zostały wybrane grupy: trzy, pięć, siedmiolatek.<sup>103</sup> Pomiedzy tymi grupami istnieje już dosyć duża różnica wiekowa – 2 lata, która dała lepszy obraz porównania wyników.

Ważnym powodem wybrania takich grup wiekowych, było także to, że dzieci w wieku trzech lat wkraczają w okres mowy swoistej, który według Kaczmarka<sup>104</sup> trwa do końca siódmego roku życia. Okres trzeciego roku większość badaczy uważa za wybuch mowy zdaniowej. Mowa dzieci w tym wieku jest już w większości przypadków na tyle rozwinięta, że można przeprowadzać takie badania (nawet indywidualnie). Do siódmego roku życia mowa jest w ciągłym rozwoju czyli stabilizowaniu się form gramatycznych, systemu fonologicznego, ciąglego intensywnego wzbogacania słownictwa oraz rozwijania sprawności językowych. Dzieci po ukończeniu grupy sześciolatek *rocznikowo* są już siedmiolatekami, więc powinny być już przygotowane do rozpoczęcia nauki szkolnej.

W swoich badaniach wybierając grupę siedmiolatek chciałam zbadać również czy ich świadomość językowa jest na tyle rozwinięta, aby mogły rozpocząć edukację szkolną. Grupa pięciolatek, to dzieci dokładnie w środkowym etapie rozwoju mowy swoistej i na

---

103 Do grupy siedmiolatek zaliczałam dzieci z grupy przedszkolnych sześciolatek, które skończyły siedem lat.

104 L. Kaczmarek, op. cit., s. 37.

*pólmetku* uczęszczania do przedszkola. Mają już za sobą 2 lata różnych doświadczeń przedszkolnych, z rówieśnikami, społecznych<sup>105</sup> itp., które mają bezpośredni wpływ na rozwój mowy, jednak w tym okresie (jak dowodzą badania) ich język nie jest jeszcze w pełni rozwinięty. Ponadto przyczyną wyboru pięciolatków do grupy badawczej była potrzeba określenia stanu świadomości językowej i ich gotowością do rozpoczęcia nauki szkolnej.

### 2.3. Przebieg badań

Na początku grudnia 2006 roku, przed ułożeniem własnej próby, przeprowadziłam badania pilotażowe Testem Sprawności Językowej Zbigniewa Tarkowskiego w celu sprawdzenia skuteczności metody oraz zapoznania się z grupą badawczą.

Badania zostały przeprowadzone częścią Testu do badania świadomości językowej, podtestem III. Podczas tych badań zebrałam wiele istotnych wskazówek, niezbędnych do ułożenia własnej próby. Informacje te dotyczyły budowy zdań, doboru słownictwa, instrukcji słownej. Badania przybliżyły mi grupę badawczą, dzięki czemu łatwiej było mi skonstruować jasną dla dzieci instrukcję słowną: ułożyć zrozumiałe zdania, jednocześnie różnorodne pod względem użycia form gramatycznych, która sprawdzałaby świadomość językową w odniesieniu do poszczególnych błędów.

W lutym 2007 roku przeprowadziłam wstępne badania własną próbą. Pilotaż ten został przeprowadzony w celu ostatecznego zorientowania się, czy kwestionariusz jest prawidłowo skonstruowany. Czy jasne są dla dzieci kierowane do nich instrukcje słowne? Ile czasu zajmuje poszczególne badanie? Czy znane są dzieciom wszystkie używane w zdaniach wyrazy? Czy wybrana przeze mnie do badań grupa jest właściwa?

Po przeprowadzeniu tych badań, próba w niewielkim już stopniu została zmodyfikowana. Pilotaż pokazał również potrzebę zmiany grup wiekowych. nie były widoczne ostatecznie do badań właściwych zostały wybrane grupy trzy, pięć i siedmiolatków.

Badania właściwe przeprowadzone zostały w kilku warszawskich przedszkolach na Mokotowie i Ochocie trwały niecałe trzy miesiące. Brały w nich udział wszystkie pasujące wiekowo, obecne danego dnia w przedszkolu dzieci. Badania były przeprowadzane z każdym dzieckiem indywidualnie, na terenie przedszkola, najczęściej w oddzielnym pomieszczeniu

---

105 Przez *doświadczenia społeczne*, rozumiem różnego typu sytuacje, w których dziecko zostało postawione w ciągu swojego życia. Często pierwszym tak poważnym życiowym sprawdzianem jest przedszkole. (nowe obce osoby, rówieśnicy, dorośli; sytuacje, w których dziecko musi zadać o siebie: samo się ubierać, zjeść, zorganizować zabawę).

(gabinecie logopedycznym) lub też w sali podczas nieobecności innych dzieci, które były na dworze.

Kwestionariusz i instrukcja słowna, tak jak pisałam już wcześniej, były identyczne dla wszystkich grup wiekowych. Czas badania jednak nie był określony, lecz dostosowany do każdego dziecka indywidualnie. Różny w danej grupie wiekowej: grupie trzylatków wynosił około 35 - 45 minut, u pięciolatek 20 – 30 minut, a u siedmiolatek 15 - 20 minut.

Własne wypowiedzi, instrukcje kierowane do dziecka kwestionariusze do prób, którymi się posługiwałam dokładnie opisałam i załączam w aneksie.

### **3. Wyniki badań**

Wyniki zostały zanalizowane w oparciu o kilka głównych problemów badawczych tj.: *różnice w rozwoju świadomości językowej w zakresie syntaktyki i semantyki; wzrost umiejętności rozpoznawania błędów syntaktycznych i semantycznych wraz z wiekiem; wpływ płci na rozpoznawanie błędów syntaktycznych i semantycznych.*, które omawiam szczegółowo w poszczególnym podpunktach.

#### **3.1. Różnice w rozwoju świadomości językowej w zakresie syntaktycznym i semantycznym**

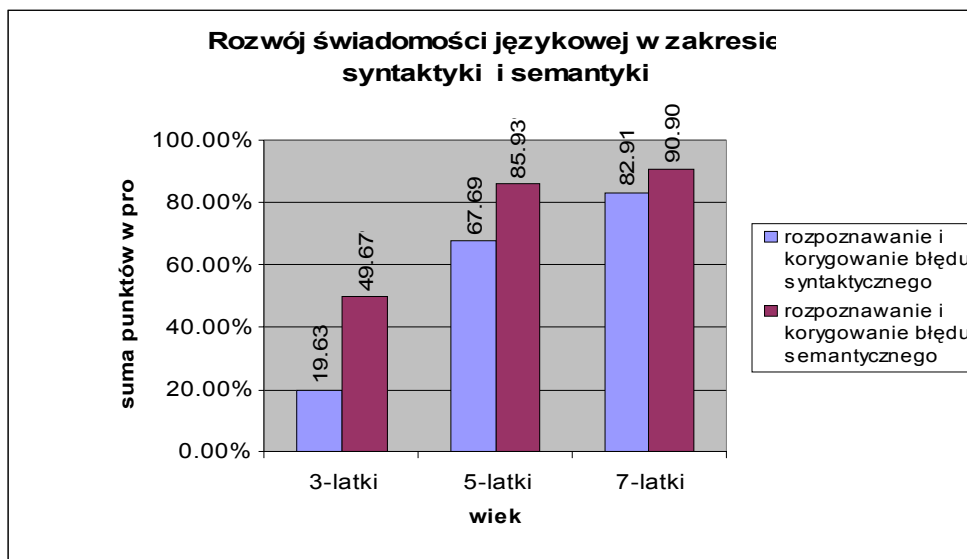
Wykres nr 1 przedstawia różnice w rozwoju świadomości językowej w zakresie rozpoznawania błędów semantycznych i syntaktycznych, w trzech badanych grupach wiekowych.<sup>106</sup> Badania potwierdziły, że błędy semantyczne są łatwiej rozpoznawane i korygowane przez dzieci w wieku przedszkolnym, niż błędy syntaktyczne. Wnioskujemy, że świadomość językowa w zakresie semantycznym rozwija się szybciej, niż w zakresie syntaktycznym.<sup>107</sup>

---

106 W zakres świadomości językowej wchodzi rozpoznawanie i korygowanie błędów.

107 Wyniki procentowe uzyskałam sumując punkty odpowiedzi poszczególnych dzieci, zarówno odpowiedzi za jeden, dwa jak i trzy punkty.

Wykres nr 1.



Porównując wyniki między poszczególnymi grupami wiekowymi (patrz wykres nr 1) zauważamy, że trzylatki prawie w połowie (49,6%) potrafią rozpoznać błędy semantyczne. Błędy struktury syntaktycznej rozpoznawane są zaledwie przez 20% badanych dzieci. W grupie pięcioletków, różnice te są już znacznie mniejsze; 85,93% rozpoznaje i koryguje błędy semantyczne, 67,69 % - błędy syntaktyczne. Większa zdolność rozpoznawania błędów semantycznych, zauważana jest także w najstarszej grupie siedmiolatek i wynosi 90,90%. Różnica rozpoznawania i korygowania błędów semantycznych i syntaktycznych wynosi zaledwie o 8%. Świadczy to o wysoko rozwiniętej świadomości gramatycznej siedmiolatek oraz o zdolności do prawidłowego korygowania błędów w zakresie syntaktycznym.

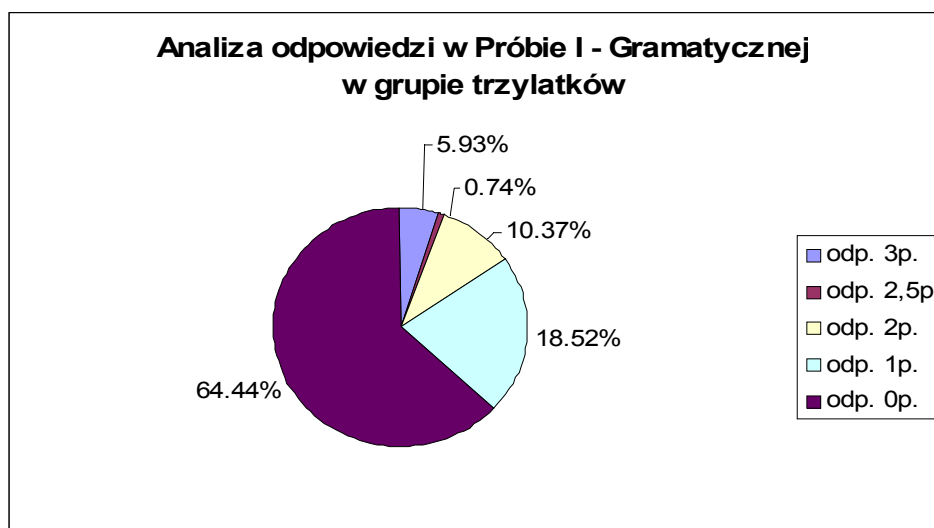
Podsumowując, świadomość w zakresie syntaktycznym rozwija się zdecydowanie później, niż w zakresie semantycznym. Wyższy rozwój świadomości w zakresie semantycznym utrzymuje się, aż do wieku szkolnego. W starszych badanych przez mnie grupach wiekowych, zdolność poprawiania błędów w obydwu zakresach jest już znacznie większa, dlatego różnice w rozwoju poszczególnych świadomości są mniej widoczne. U trzylatek różnica wynosi: prawie 30 %, u pięcioletków to 18%, u siedmiolatek to tylko 8%.

### 3.2. Analiza rozpoznawania i korygowania błędów gramatycznych

Szczegółowo wyniki badań z Próby II – Gramatycznej, zostały przedstawione na wykresach nr 2, 3 i 4. Każdy z tych wykresów przedstawia wyniki badań w kolejnych grupach wiekowych: trzy, pięć i siedmiolatek.

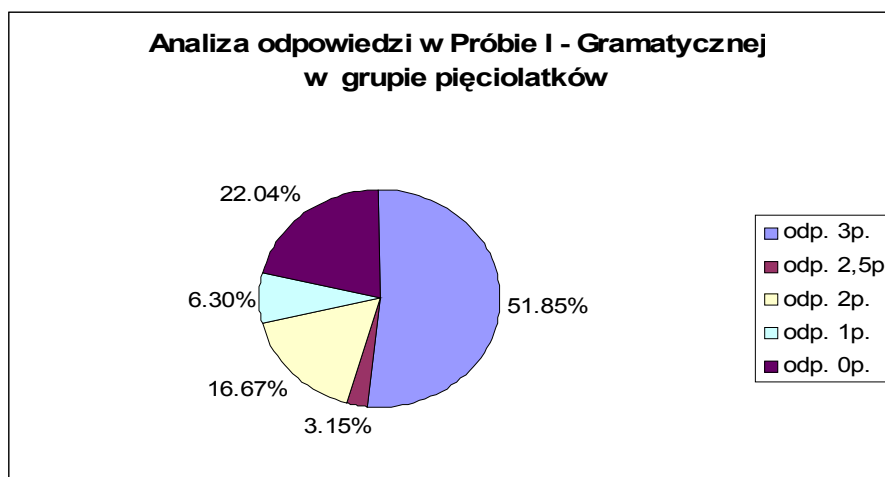
Na wykresie nr 2 przedstawione zostały wyniki badań w grupie trzylatków. Z poniższego wykresu wynika, że 64,5% trzylatków nie rozpoznaje błędu gramatycznego w zdaniu, 18,5% rozpoznaje, jednak nie poprawia, a 10% rozpoznaje błąd, ale poprawia nieprawidłowo. Jedynie 6% wszystkich odpowiedzi to odpowiedzi za 3 punkty, gdzie dzieci rozpoznały błąd oraz prawidłowo go poprawiły.

Wykres nr 2



Odwrotne proporcje zauważamy w grupie pięciolatek, przedstawione na wykresie nr 3. Jak widać zarówno zdolność do rozpoznawania i korygowania błędów zdecydowanie wzrosła.

Wykres nr 3



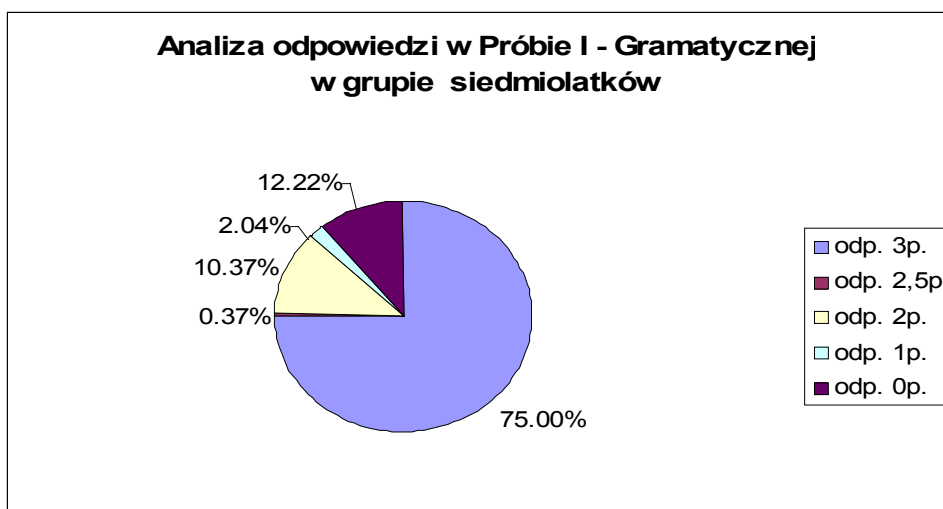


W tej grupie, ponad połowa odpowiedzi była poprawna (51,85%). Jednak zauważany jest ciągle wysoki procent odpowiedzi, w których błąd w zdaniu nie został rozpoznany (22,04%). Zdecydowana większość dzieci, które zauważyły błąd w zdaniu starały się go poprawić. Odpowiedzi za 2 punkty to 16,67%, za 2,5 punkty to 3,15% wszystkich odpowiedzi. Jedynie 6,3% odpowiedzi to brak rozpoznania błędu, bez podania żadnej korekty.

W grupie siedmiolatków, poprawne odpowiedzi to już 75% wszystkich podanych (w tym rozpoznanie błędu z niepoprawną korektą to 10,37%, ponadto notują kilka popraw jedynie samego błędu bez poprawy zdania 0,37%). Samo rozpoznanie błędu bez jego poprawy to – 2,04%, a 12,2% wszystkich podanych odpowiedzi to brak rozpoznania błędu.

Dokładnie wyniki w grupie siedmiolatków zostały przedstawione na wykresie nr 4.

**Wykres nr 4**

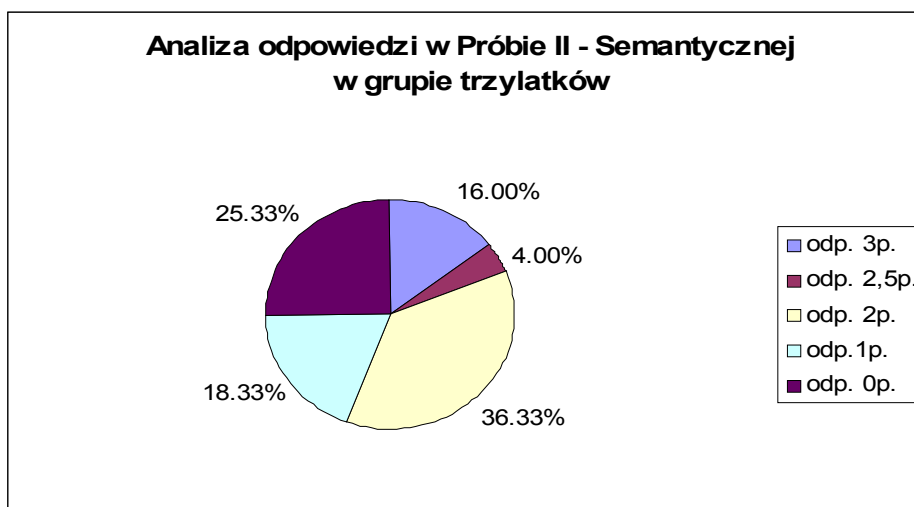


### 3.3. Analiza rozpoznawania i korygowania błędów semantycznych

Analizując wyniki z Próby II – Semantycznej (patrz wykres nr 5) zauważmy, że 75% odpowiedzi dzieci trzyletnich to rozpoznania błędu semantycznego (rozpoznań błędu gramatycznego było dwukrotnie mniej). Aż 16% odpowiedzi dzieci jest poprawnych, są to pełne zdanie. Natomiast w 40% wypowiedzi mieściły się nieprawidłowe korekty oraz poprawy samych błędów.

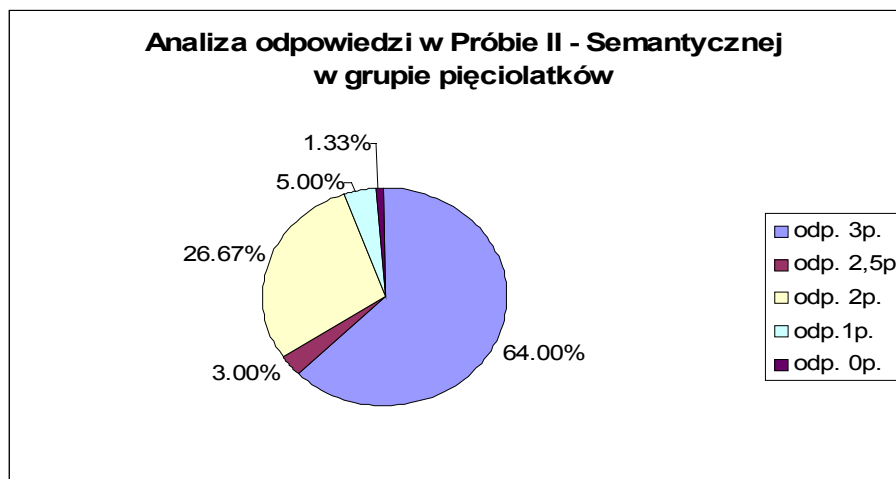
Wykres nr 5 przedstawia wyniki Próby II – Semantycznej w grupie trzylatków.

Wykres nr 5



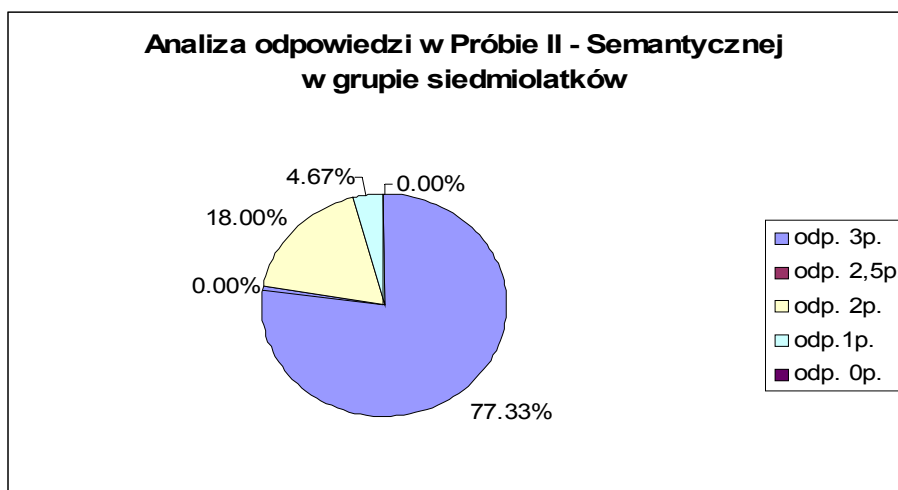
W grupie pięciolatek, (patrz wykresie nr 6) umiejętność rozpoznawania błędów semantycznych wynosi 98%, a zdolność prawidłowego poprawienia to 64%. Nierozpoznanie błędów w zdaniach to nieliczne przypadki (1,33%), w większości to pojedyncze odpowiedzi. Nie zdarzyła się sytuacja, w której dziecko nie rozpoznawałoby błędów w każdym przykładzie, jak zdarzało się to w przypadku błędów gramatycznych.

Wykres nr 6



W najstarszej grupie – siedmiolatek, błędy semantyczne rozpoznawane są w 100%, ponadto 77,33% odpowiedzi to prawidłowo zbudowane zdania, a 18% to nieudane próby poprawienia zdań. Jedynie niecałe 5% to odpowiedzi za 1 punkt, czyli rozpoznanie błędów bez próby ich poprawienia. Wyniki w sposób szczegółowy, przedstawione zostały to na wykresie nr 7.

Wykres nr 7



Warto również zauważyć, że w grupie siedmiolatków, nie ma popraw błędów bez wypowiedzenia całego zdania. Myślę, że łączy się to już z dość wysoką świadomością *zdania* jako formy komunikatu. Przyczyną tak wysokiego procentu prawidłowych odpowiedzi zdaniowych, są zapewne szkolne wymagania wypowiadania się całym zdaniem.

### 3.4. Analiza rozpoznawania poszczególnych typów błędów gramatycznych

Wykresy nr: 8, 9 i 10 pokazują, jak rozpoznawane i korygowane były poszczególne typy błędów gramatycznych, w każdej badanej grupie wiekowej.

Wykres nr 8 przedstawia wyniki w grupie trzylatków. Najwięcej rozpoznań błędów znajduje się w grupie zdań z błędem w zakresie związku rzędu, natomiast najwięcej prawidłowych korekt w grupie zdań z błędami używania przyimków i wyrażen przyimkowych. Dzieci w tym wieku nie potrafią jeszcze poprawić błędów w zakresie szyku zdania, odpowiedzi za 3 punkty to jedynie – 0,83%, w rzeczywistości to jedna prawidłowa odpowiedź dziecka.

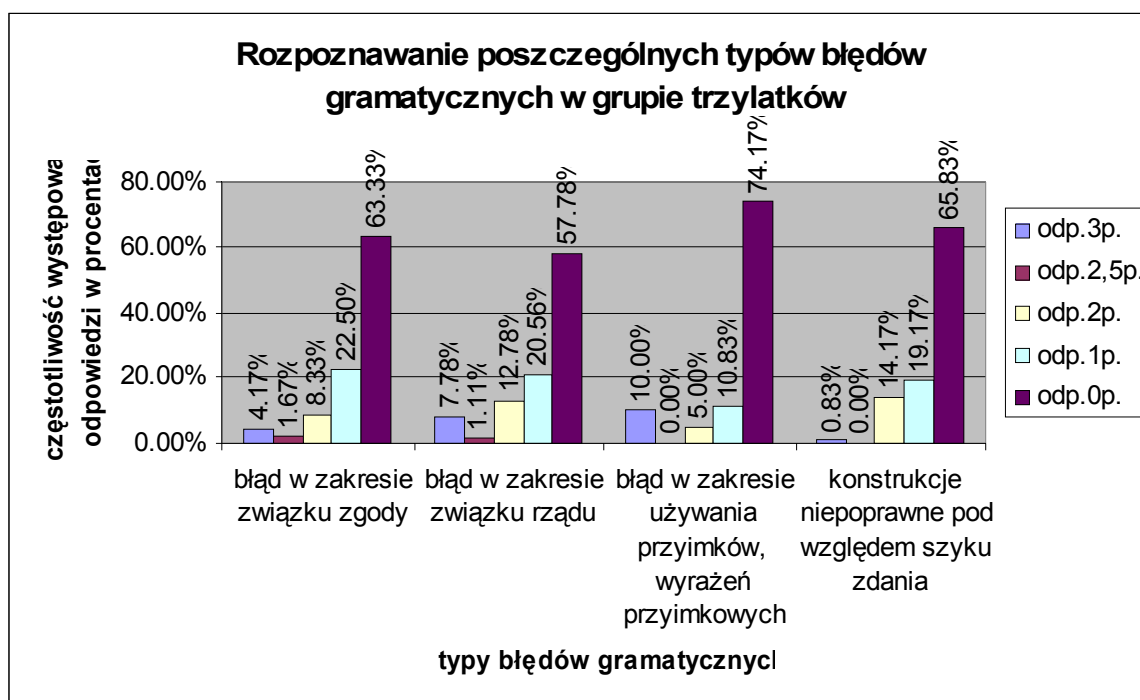
Łatwo zauważyć, że świadomość językowa trzylatków jest jeszcze bardzo słabo rozwinięta, gdyż większość błędów gramatycznych, nie jest dobrze rozpoznawana i korygowana. Każdy z czterech typów błędów rozpoznawany jest w około 30%. Poprawne odpowiedzi i próby poprawy błędów to około 16% wszystkich odpowiedzi, warto również wspomnieć, że poprawy dokonywały te same dzieci

Do ciekawych prawidłowości dochodzimy analizując odpowiedzi w zakresie błędów używania przyimków i wyrażen przyimkowych. Błędy te są najgorzej rozpoznawane, ale i najwięcej pełnych odpowiedzi odnajdujemy w tej właśnie grupie. Związane jest to

z pewnością z tym, że błędy tego typu są łatwe do przeoczenia (jak np.: przyimek *na*), ale zauważone łatwe również do poprawienia (niż nawet błędy w zakresie związku zgody czy rzędu). Poprawa błędu w zakresie związku rzędu i zgody wymaga znajomości kilku końcówek fleksyjnych (dostosowania rodzaju, osoby, czasu). W przypadku wyrażen przyimkowych, jest to jakby jedna, ta sama forma, często używana (być może przez to lepiej utrwalona) w mowie spontanicznej. Można przypuszczać, że właśnie ta zależność jest przyczyną największej liczby prawidłowych odpowiedzi w zdaniach z błędami używania przyimków i wyrażen przyimkowych.

Poniżej przedstawiam wykres nr 8, który dokładnie obrazuje rozpoznawanie i korygowanie poszczególnych typów błędów gramatycznych w grupie trzylatków.

Wykres nr 8



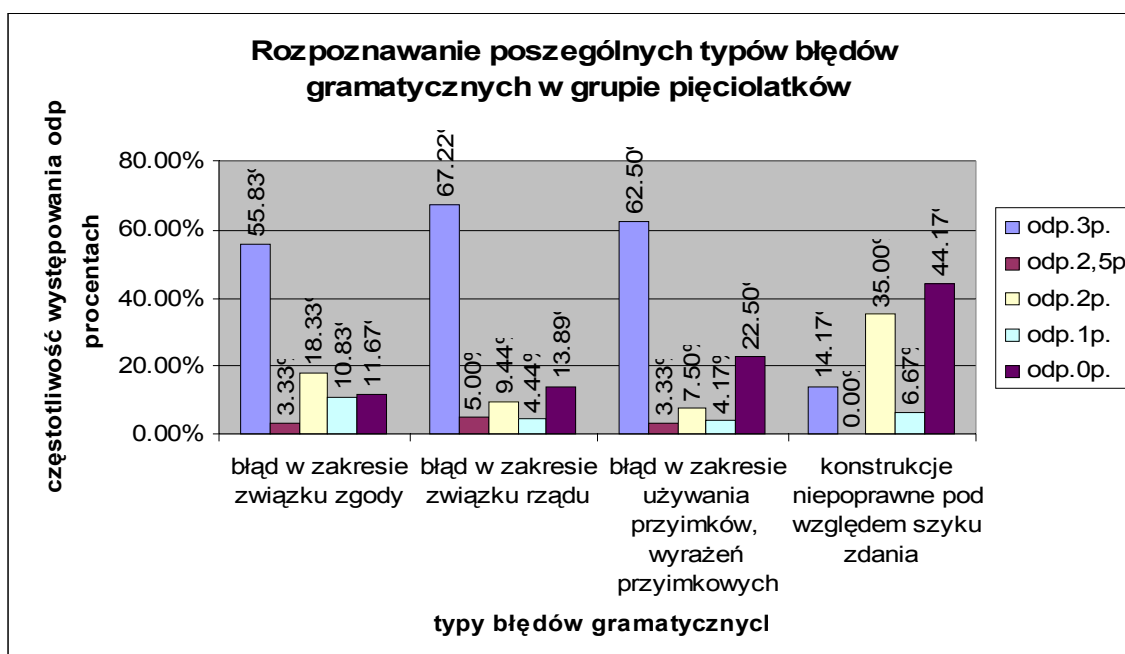
W grupie pięcioletków (patrz wykres nr 9), ogólny stan świadomości jest już dosyć wysoki, jednak zdolność korygowania błędów jest jeszcze nie w pełni wykształcona. Najlepiej rozpoznawane i korygowane są błędy w zakresie związku rzędu, stanowią one 67 % i są to odpowiedzi za 3 punkty. Prawidłowa poprawa błędu bez podania całego zdania to 5 %, sama próba poprawy to 9,44% wszystkich odpowiedzi, rozpoznania bez poprawy błędu to 4,44%. Prawidłowe korekty innych błędów to 62,5 % w zakresie używania przyimków i wyrażen przyimkowych, 55,83% to poprawy zdań z błędami w zakresie używania związku

zgody. Błędy szyku zdania rozpoznawane są w niewielkim stopniu, stanowią one jedynie 14,17% odpowiedzi.

W przypadku błędu używania przyimków i wyrażen przyimkowych, zauważamy podobną sytuację, jak w grupie trzylatków. Dzieci mają trudności z zauważeniem tego typu błędów, rozpoznając je jednak w większości przypadków podają prawidłowe korekty.

Zdecydowanie największą trudność pięcioletnim dzieciom dostarcza wyłonienie i poprawienie zdań z błędem w zakresie szyku wyrazów. W grupie pięciolatek, brak rozpoznania to jeszcze prawie połowa odpowiedzi (44 %), jednak to już o 20% mniej, niż w grupie trzylatków. Ciągle jeszcze w próbach korekty zdania zdecydowanie przeważają niepoprawne odpowiedzi 35% (patrz wykres nr 9).

Wykres nr 9

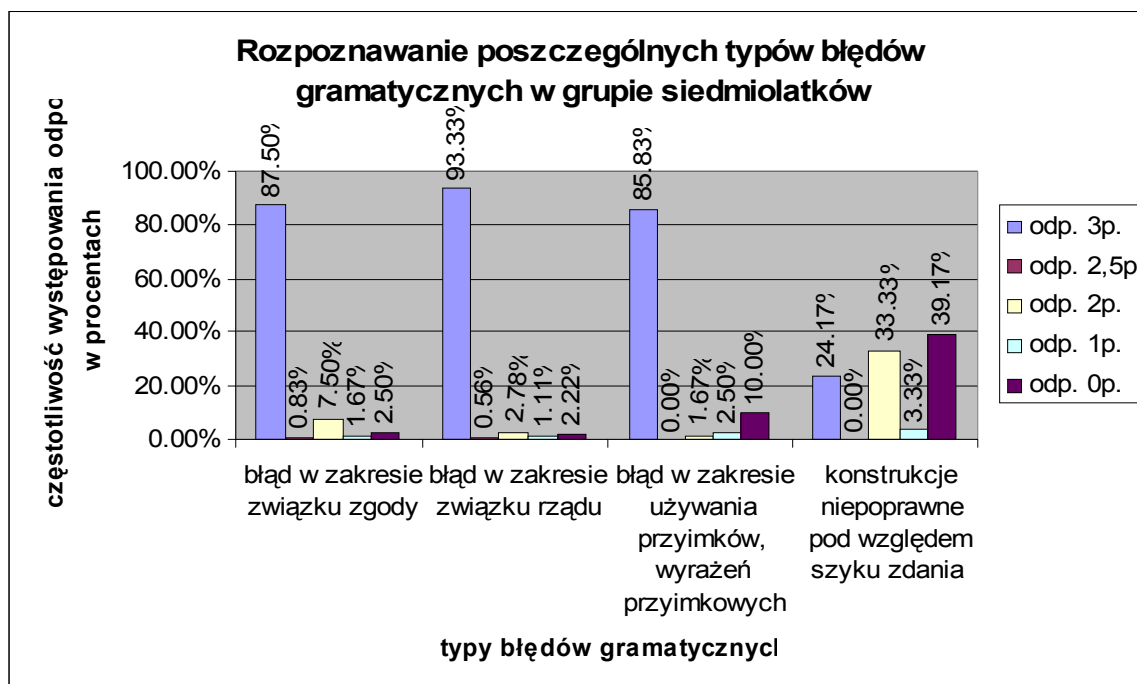


W grupie siedmiolatek (patrz wykres nr 10), świadomość językowa w zakresie rozpoznawania błędów składniowych jest już wysoko rozwinięta. Podobnie jak w grupie trzylatków i pięciolatek, również wśród siedmiolatek najlepiej rozpoznawany i korygowany jest błąd w zakresie związku rząd, rozpoznania te stanowią 93,33% prawidłowych odpowiedzi. Odpowiedzi za 0 punktów, czyli brak rozpoznania to jedynie 2,22% wszystkich podanych odpowiedzi, są to nieliczne przypadki. Wynik ten jest zawyżony przez jedną dziewczynkę, o której wiadomo z wywiadu z wychowawczynią grupy, że przyczyną jej słabszego wyniku najprawdopodobniej jest wada słuchu. Dziewczynka, źle słysząc zdania, nie potrafiła wyłapać niepoprawnych końcówek fleksyjnych.

Drugim w kolejności dobrze rozpoznawanym typem błędu jest błąd w zakresie związku zgody, 87% z podanych odpowiedzi jest prawidłowa. Brak rozpoznań to jedynie 2,5% wszystkich odpowiedzi. W tej grupie błędów, występuje dosyć duży procent niepoprawnych odpowiedzi – 7,5%. Jest on ponad dwukrotnie większy, niż w przypadku popraw błędów w użyciu związku rządu, gdzie niepoprawne korekty to jedynie – 2,5% wszystkich odpowiedzi. W trzeciej grupie błędów w zakresie używania przyimków i wyrażen przyimkowych zauważmy podobną sytuację, jaka miała miejsce w młodszych grupach. Występuje tu wysoki procent rozpoznań, ale w stosunku do pozostałych typów błędów, pojawia się aż 10% odpowiedzi za 0 punktów. W większości przypadków rozpoznany błąd był od razu prawidłowo poprawiany.

Podobnie jak w pozostałych grupach, dla siedmiolatków, najtrudniejszym zadaniem okazało się rozpoznanie i poprawienie zdań z zaburzonym szykiem wyrazów. Ciągłe bardzo wysoki procent bo, aż 39,1% to brak prawidłowej odpowiedzi. Wśród rozpoznań błędu zdecydowana większość to odpowiedzi niepoprawne 33,33%. Prawidłowe odpowiedzi to jedynie 24,17% wszystkich odpowiedzi siedmiolatków. W porównaniu z grupą pięciolatków świadomość w zakresie rozpoznawania tego typu błędu wzrosła. Jednak nie zwiększyła się na tyle, aby móc powiedzieć, że proces nabywania poprawnego schematu zdania został już zakończony. Wyżej opisane wyniki w grupie siedmiolatków szczegółowo przedstawione zostały na wykresie nr 10.

Wykres nr 10



Porównując wyniki wyżej przedstawionych badań zauważamy, że najtrudniej rozpoznawane i korygowane przez dzieci błędy, pokrywają się z grupą błędów, najdłużej utrzymujących się w mowie spontanicznej.<sup>108</sup> Wśród związków składniowych Żak-Święcicka wymienia związek zgody jako miejsce popełniania największej liczby błędów. Prawdopodobnie taką potwierdziły także moje badania. Zdania z błędami w zakresie związku rzędu są lepiej korygowane we wszystkich badanych grupach wiekowych w porównaniu z błędami w związku zgody.

Najslabiej poprawianymi zdaniami były te, zawierające błędy w zakresie szyku wyrazów. Przyczyną tych trudności jest z pewnością *fleksyjność*<sup>109</sup> naszego języka. W języku polskim wszystkie części mowy oprócz przyimków i spójników są formami odmiennymi. Dlatego o poprawności i sensowności zdania nie decyduje jego szyk (tak jak w języku angielskim), ale odpowiedni dobór słów i ich prawidłowa odmiana.<sup>110</sup>

W badaniach opisywanych przez Kwarciaka, anglojęzyczne trzylatki potrafiły określić zdania z błędami szyku jako *niedobre*, jednak rozpoznanie to było spowodowane raczej utratą sensu semantycznego zdania, niż rzeczywistej zdolności oceny wypowiedzi od strony syntaktycznej.<sup>111</sup> W języku angielskim przestawiając wyrazy w zdaniu, całkowicie tracimy jego sens logiczny. W języku polskim nawet po zmianie szyku sens jest zrozumiały. Dlatego właśnie ten typ błędu okazał się najtrudniejszy do skorygowania.<sup>112</sup>

### 3.5. Wpływ wieku na rozpoznawanie błędów syntaktycznych i semantycznych

Z badań tych trzech grup wynika, że wiek ma ogromny wpływ zarówno na rozpoznawanie jak i korygowanie błędów (syntaktycznych i semantycznych).

Wyniki przedstawione na wykresach nr: 2, 3, i 4 oraz 5, 6 i 7, potwierdzają hipotezę o największym wpływie wieku na zdolność poprawiania błędów.

Zauważamy, że największe różnice widoczne są między grupą trzy i pięcioletków. Zależność ta widoczna jest zarówno w Próbie I, jak i w Próbie II. Między grupą trzy i pięcioletków w Próbie I różnica wynosi 50%, w Próbie II – 36%. Porównując grupy pięcio

108 Badania opisywane w części teoretycznej w rozdziale 1.

109 Ta cecha naszego języka, przyczynia się w pewnym stopniu do problemów związanych z prawidłową odmianą, ale także wpływa na to, że rozumiemy zdania, pomimo błędnego szyku. Istnieją języki np.: język wietnamski, gdzie fleksja nie istnieje (por. M. Bańko, *Wykłady z polskiej fleksji*, Warszawa 2002, s. 15- 17.).

110 Szyk wyrazów w zdaniu w języku polskim jest *swobodny*, jednak ograniczony pewnymi normami. Trudno jednak o określenie ścisłych reguł (por. J. Podracki, *Składnia* [w:] *Nauka o języku dla polonistów*, pod red. S. Dubisza, Warszawa 2002, s. 318. - 320.) .

111 Patrz, rozdział 4. części pierwszej, opis badania nad rozwojem świadomości językowej.

112 Korygowanie zdań z błędami szyku było najtrudniejszym zadaniem dlatego, że w tym wypadku należało zapamiętać ciąg wyrazów a następnie ustawić je w dobrej kolejności. Z tego względu dla ułatwienia zadania, dzieci słuchały trzykrotnie zdań z błędami tego typu.

i siedmiolatków, różnice w rozwoju świadomości są znacznie mniejsze. W Próbie I to – 16%, w Próbie II – siedmiolatki i pięciolatki są już na bardzo podobnym poziomie, różnica wynosi jedynie 8% (patrz wykres nr 1). Różnice te związane są z okresami rozwoju języka. Można powiedzieć, że rozwój języka przebiega równoległe z rozwojem świadomości językowej. Z badań, opisywanych w rozdziale 1., wynika, że największy rozwój następuje w wieku od 3;5. do 4. roku życia. W późniejszym czasie (po 5. roku życia) postępy są już znacznie mniejsze. Podobnie jest z rozwojem zdolności poprawiania zdań.

Przeglądając indywidualne wyniki dzieci (w obydwu próbach), zauważamy duże różnice indywidualne w rozpoznawaniu błędów w tej samej grupie wiekowej. Największe różnice pomiędzy poszczególnymi dziećmi widoczne są wśród trzylatków. Po piątym roku życia różnice te zaczynają się zacierać.

Tabela nr 2

	3 – latki	5 – latki	7 – latki	Maksymalna liczba punktów do osiągnięcia
<b>Wyniki całej grupy w Próbie I</b>	318	1096,5	1343	1620
<b>Wyniki całej grupy w Próbie II</b>	447	773,5	818	900
<b>Najczęściej powtarzający się wynik</b>				
<b>Próba I</b>	11	38	48	54
<b>Próba II</b>	14	27	28	30
<b>Średni wynik w Próbie I</b>	10,6	36,6	44,7	54
<b>w Próbie II</b>	14,9	25,7	27,2	30

W tabeli nr 2 dokładnie widać wzrost, zarówno ogólnego wyniku całej grupy, jak również wzrost wyników indywidualnych każdego dziecka. Największy rozwój, o czym była już wcześniej mowa, następuje w okresie od 3. do 5. roku życia, wyniki punktowe w Próbie I, wzrastają tu ponad trzykrotnie, w późniejszym czasie od 5. do 7. roku życia jedynie o kilka punktów. W Próbie II, wzrost jest znacznie mniejszy z tego względu, że świadomość



językowa w zakresie rozpoznawania błędów semantycznych już w trzecim roku życia, (jak wynika z badań) jest dosyć dobrze rozwinięte.

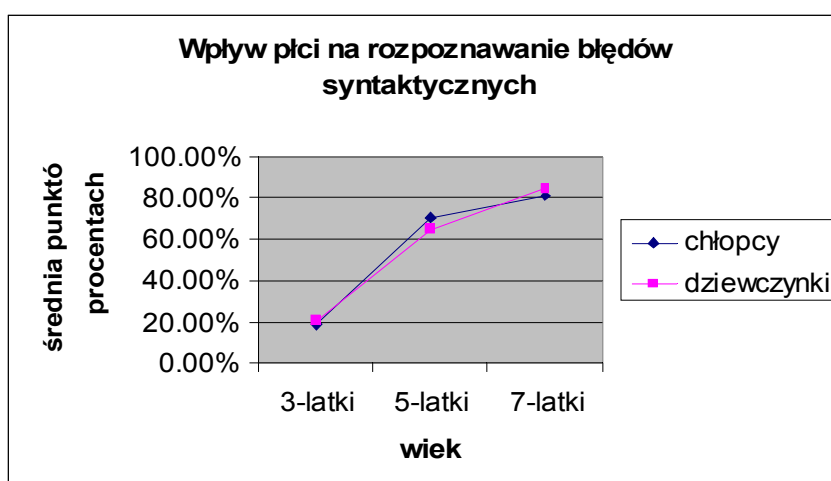
Analizując dane z tabeli 2, zauważamy, że najczęściej powtarzające się wyniki (11 p.) w Próbie I, są nieco wyższe od średnich wyników dzieci (10,6 p.). W Próbie II jest odwrotnie. Zależy to od wyników indywidualnych poszczególnych dzieci. W Próbie I, ogólne wyniki podniesione zostały lepszymi wynikami jednego dziecka, w Próbie II, wyniki te zostały obniżone przez gorsze wyniki słabszych dzieci.

### 3.6. Wpływ płci na rozpoznawanie niepoprawności syntaktycznych i semantycznych

Potocznie uważa się, że mowa dziewczynek rozwija się wcześniej niż chłopców. Opinie takie potwierdzają naukowe prace.<sup>113</sup> Informacje te doprowadziły mnie do postawienia hipotezy, że *świadomość semantyczna i syntaktyczna również będzie rozwijała się szybciej u dziewczynek niż u chłopców.*

Przeprowadzone badania nie dowiodły, aż tak istotnego wpływu płci na rozpoznawanie i korygowanie błędów, zarówno semantycznych jak i syntaktycznych. Na wykresie nr 11 przedstawiony został wpływ płci na rozwój rozpoznawania i korygowania błędów syntaktycznych, a na wykresie nr 12 - błędów semantycznych.

Wykres nr 11

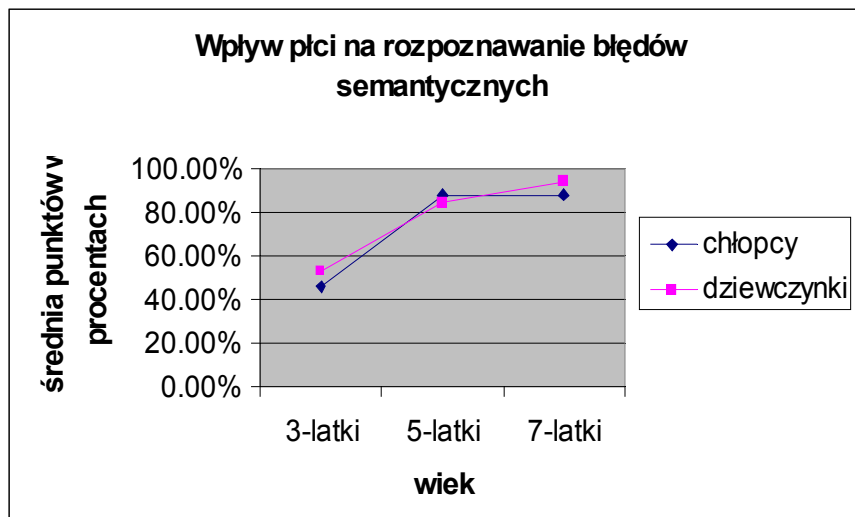


Porównując wykresy nr 11 i 12 zauważamy, że krzywe układają się w podobny sposób. W grupie trzylatków i siedmiolatków w obydwu próbach, lepiej wypadły dziewczynki. Różnice między dziewczynkami a chłopcami w Próbie I są prawie

<sup>113</sup> D. Kimura, *Płeć i poznanie*, Warszawa 2006, s. 99.

niezauważalne, w Próbie II są bardziej widoczne. W grupie pięciolatków lepszy wynik uzyskali chłopcy.

Wykres 12



Badania dowodzą, że dziewczynki wcześniej zaczynają mówić, jednak początkowo są to pojedyncze słowa.<sup>114</sup> Mowa chłopców pojawia się znacznie później (czasami nawet po 4. roku życia), jednak od razu w ich wypowiedziach występują poprawnie zbudowane zdania. Jak widać na wykresach nr 11 i 12, w badaniach świadomości językowej (rozpoznawaniu i korygowaniu błędów) potwierdziły się te zależności. W okresie około 5. roku życia zdolność rozpoznawania i poprawiania błędów jest większa u chłopców niż u dziewczynek. Zależność ta z pewnością związana jest rozwojem mowy. Chłopcy, którzy w około 5. roku życia lepiej wypowiadają się zdaniami, uzyskali lepsze wyniki w moich próbach.

W grupie siedmiolatków w Próbie I różnice między chłopcami a dziewczynkami zacierają się. A zatem świadomość językowa dzieci w tym wieku jest na tym samym poziomie.

#### 4.7. Gotowość szkolna siedmiolatków

W swoich badaniach chciałam określić gotowość szkolną dzieci siedmioletnich (dotycząca poziomu ich dojrzałości świadomości językowej). Z moich badań wynika, że świadomość językowa dzieci w tym wieku jest już wysoko rozwinięta. Z tabeli

114 . Tamże, s. 99.

nr 2 odczytujemy, że najczęściej powtarzający się wynik w Próbie I, to 48 punktów na 54 możliwych. W Próbie Gramatycznej, główną przyczyną utraty punktów, było niekorygowanie zdań z zaburzonym szykiem. W Próbie II najczęściej powtarzające się wyniki są jeszcze wyższe; wynoszą 28 punktów na 30 możliwych do zdobycia. Tak wysokie wyniki w obydwu próbach potwierdzają hipotezę o gotowości siedmiolatków do rozpoczęcia nauki czytania i pisania. Warto również wspomnieć, że badania w tej grupie przeprowadzone zostały w najkrótszym czasie. Próba trwała około 15 minut, ponieważ dzieci bardzo szybko rozumiały polecenia. W próbie właściwej już po jednokrotnym przeczytaniu zdania, poprawiały błąd podając poprawne odpowiedź.

Z powyższych rozważań wynika, że świadomość językowa dzieci siedmioletnich jest już wystarczająco rozwinięta, aby rozpocząć naukę szkolną.

#### **4.8. Gotowość pięciolatków do rozpoczęcia klasy zerowej**

Ze względu na zaistniałe propozycje ministerialne, aby pięciolatki szły do klasy zerowej,<sup>115</sup> w swojej pracy chciałam zbadać rzeczywistą świadomość językową (przejawiająca się w rozpoznawaniu i korygowaniu błędów w zdaniu) dzieci w tym wieku. Wyniki moich badań dowiodły brak gotowości pięciolatków do rozpoczęcia nauki w klasie zerowej.

W Próbie I (patrz wykres nr 3) co 5. dziecko (22,04% badanych) nie rozpoznało błędów, a jedynie co drugie dziecko dokonało prawidłowej korekty zdań. W grupie pięciolatków zdarzały się sytuacje, w których dzieci kolejno nie rozpoznawały błędów. Czworo badanych zdobyło mniej niż 6 punktów w Próbie Gramatycznej. Błędne odpowiedzi dzieci nie dotyczą (tak jak to było w grupie siedmiolatków) jedynie zdań z błędami szyku, ale także zdań z używaniem przyimków i związków składniowych.

Z obserwacji dzieci podczas badań indywidualnych wiem również, że dzieci w tym wieku mają problem z koncentracją uwagi. Przeprowadzenie badania z pięciolatkiem trwało około 30 minut, ponieważ badani często się dekoncentrowali. Dzieci, odpowiadając, kojarzyły różne sytuacja, opowiadały o nich. Takie zachowania potwierdzają brak gotowości pięciolatków do zadań stawianych przez szkołę.

#### **4.9. Wpływ różnic indywidualnych na rozpoznawanie i korygowanie błędów**

---

115 Ł. Guza, *Nauka w liceach może trwać 4 lata* [ w:] Gazeta prawna nr 93, 8.08.2007.

Wyniki badań wykazały, że oprócz wieku, ogromny wpływ na rozwój świadomości językowej mają różnice indywidualne. Do grupy takich cech zaliczam: indywidualny rozwój intelektualny, temperament, charakter dziecka, chęć komunikowania się z otoczeniem.<sup>116</sup> Wpływ tych czynników najbardziej zauważalny jest wśród najmłodszych. W grupie trzylatków różnice punktowe w Próbie I - Gramatycznej wahają się od 0 punktów (wyniki takie uzyskali: Michał B. (3;1,9),<sup>117</sup> Mateusz B. (3;1,2), Maciek (2;10,12) oraz Piotrek B. (2;11,11), aż do 44,5 punktów (wynik taki uzyskał Maurycy (3;3,11), chłopiec dwujęzyczny). Ponadto wysokie wyniki uzyskali Tomek B. (3;1,23) – 37,5 p., Michał A. (3;1,10) – 33,5 p. Chłopcy, którzy otrzymali najwyższy wynik nie byli najstarsi w grupie. Różnice indywidualne w grupie trzyletnich dziewczynek są mniej widoczne (wahają się od 3p. do 16 p).

W Próbie Semantycznej, różnice indywidualne dzieci mają mniejszy wpływ, wyniki dzieci są na podobnym poziomie. Od średniej odbiegają jedynie (podobnie jak w Próbie II) wyniki Tomka B. (3;1,23) – 28,5p. i Maurycego (3;3,11) – 26 p. Mniej niż 5p. w tej Próbie uzyskało jedynie czworo dzieci, wspomniany wcześniej Michał B. (3;1,9) – 0p., Agnieszka B. (3;3,13) – 1p., Maks (3;3,18) – 2p. oraz Mateusz A. (2;9,10) – 4p.

W starszej grupach pięcioletków w pierwszej próbie Gramatycznej, czworo dzieci uzyskało mniej niż 6 punktów, Jaś (4;9,11) – 0p., Karolina C. (4;11,1), Karolina B. (5;1,12) i Mateusz (4;9,11) po 5 punktów. W Próbie II, do wyników odbiegających od średniej należą dwa wyniki wspomnianych wcześniej dziewczynek: Karoliny B. (5;1,12) – 9p. i Karoliny C. (4;11,1) – 14p. Pozostałe wyniki dzieci pięcioletnich w tej próbie przekraczają próg 24 punktów.

Znaczenie różnic indywidualnych zmniejsza się wraz z wiekiem. W grupie siedmiolatek wyniki dzieci są bardzo zbliżone do siebie, zarówno w Próbie I jak i w Próbie II. Od średniej punktów odbiega już tylko jeden wynik, dziewczynki Ady (7;1,23), sytuacja powtarza się w Próbie I i w Próbie II. W pierwszej części badania, dziewczynka uzyskała jedynie 10 p. (wynik jaki uzyskiwały dzieci trzyletnie) w drugiej próbie podobnie jedynie 22 punkty.<sup>118</sup>

Podsumowując, wpływ różnic indywidualnych ma duże znaczenia w rozwoju świadomości językowej dzieci a najbardziej widoczny w najmłodszych grupach.

116 A. Matczak, *Różnice indywidualne w rozwoju psychicznym* [w:] Psychologia rozwoju człowieka. Rozwój funkcji ..., op. cit., s. 178 – 179.

117 W przypadku powtarzających się imion, po imieniu stawiam kolejne wielkie litery alfabetu ( A, B, C) w celu ułatwienia identyfikacji poszczególnych dzieci.

118 Pisałam już o tym wcześniej, wspomniana dziewczynka ma wadę słuchu z pewnością to jest przyczyna jej gorszego wyniku.

**Wnioski końcowe**

Analiza materiału badawczego, zebranego wśród dziewięćdziesięciorga dzieci przedszkolnych, w trzech grupach wiekowych, pozwala wysunąć następujące wnioski na temat rozwoju świadomości językowej.

1. Zdecydowanie szybciej rozwija się zdolność rozpoznawania i korygowania błędów semantycznych niż syntaktycznych, a w związku z tym świadomość językowa w zakresie semantycznym rozwija się w pierwszej kolejności. Zarówno trzy, pięć jak i siedmiolatki uzyskały znacznie lepsze wyniki w Próbie II - Semantycznej niż w Próbie I – Gramatycznej. Różnice w rozwoju świadomości językowych w zakresie syntaktycznym i semantycznym zmniejszają się wraz z wiekiem. W grupie trzylatków różnica wynosi prawie 30%, u pięcioletków 18%, u siedmiolatków już tylko 8%.

Analizując odpowiedzi dzieci w Próbie I, okazuje się, że najlepiej korygowane są niepoprawności w związku rzędu, następnie w związku zgody a po nich błędy w używaniu wyrażen przyimkowych. Taka kolejność rozpoznawania błędów, powtarza się we wszystkich badanych grupach wiekowych. W grupie zdań z błędami używania przyimków i wyrażen przyimkowych, zauważamy pewną prawidłowość (powtarzającą się we wszystkich badanych grupach), w której dzieci pomijały błąd, lub gdy już go wychwyciły podawały jedynie poprawne korekty zdań. Najtrudniejszym zadaniem okazało się rozpoznawanie i korygowanie zdań z zaburzeniami szyku wyrazów. Nawet w najstarszej grupie, błędy tego typu, prawidłowo poprawiane były jedynie przez co 4. dziecko.

Ponadto, rodzaje błędów, które najdłużej utrzymują się w mowie spontanicznej dzieci (wymieniane przez Żak – Świącicka)<sup>119</sup>, pokrywają się z typami błędów najslabiej przez nie rozpoznawanych. Wśród związków składniowych Żak-Świącicka, najczęściej wymienia związek zgody jako miejsce popełniania największej liczby błędów. Prawidłowość taką potwierdziły także i moje badania.

2. Badania wskazały na to, że wiek ma największy wpływ na kształtowanie się świadomości językowej (rozpoznawania i korygowania błędów) w obydwu jej zakresach zarówno w semantycznym jak i w syntaktycznym. Największy wzrost świadomości językowej następuje między trzecim a piątym rokiem życia. W przedziale wiekowym od piątego do siódmego roku życia, wzrost rozwoju świadomości jest zdecydowanie mniejszy. Jednak porównując wypowiedzi dzieci pięć i siedmioletnich zauważamy, że w starszej grupie odnajdujemy więcej odpowiedzi zdaniowych.

---

119 Por. M. Żak – Świącicka, *Charakterystyka wypowiedzi dzieci w wieku przedszkolnym*, Bydgoszcz 1993, s. 212.

Ponadto, porównując rozwój świadomości językowej (syntaktycznej) z okresami nabywania mowy, zauważamy, że pojawia się ona później niż nabywanie form gramatycznych. Dzieci potrafią korygować błędy jedynie w tych strukturach składniowych, które są już ustabilizowane w ich mowie spontanicznej. Trzylatki pomimo tego, że w większości przypadków posługują się językiem w sposób komunikatywny, nie potrafią rozpoznać i skorygować niepoprawności gramatycznych.

3. Przeprowadzone badania nie wykazały istotnego wpływu płci na rozwój rozpoznawania i korygowania błędów. Rzeczywiście porównanie średnich wyników chłopców i dziewczynek (jednak tylko w grupie trzy i siedmiolatków) wskazuje, że grupa dziewczynek przejawia nieznacznie (0,75 p. w próbie I, 2 p. w próbie II) wyższy poziom świadomości językowej. W najmłodszej grupie najwyższe jak i najniższe wyniki w Próbie I należą do chłopców. W Próbie II najlepsze dwa, z czterech najwyższych wyników należą do dziewczynek, dwa pozostałe do chłopców. W grupie siedmiolatków różnica średnich wyników chłopców i dziewczynek wynosi 2 punkty w Próbie I, niecałe 2 punkty w Próbie II. Wśród siedmiolatków lepsze okazały się dziewczynki.

W grupie pięciolatków wyższy poziom świadomości językowej przejawiali chłopcy; średnie wyniki chłopców w Próbie I to 37,93 p. w Próbie II 26,37 p. Średnie wyniki dziewczynek to 35,17 p. w Próbie I w Próbie II natomiast 25, 20p.

4. Na podstawie analizy materiału badawczego, okazało się, że poziom rozwoju świadomości językowej dzieci siedmioletnich jest już wystarczający, aby mogły one rozpocząć naukę szkolną. Natomiast świadomość językowa pięciolatków nie jest na tyle rozwinięta, aby mogły one rozpocząć naukę w klasie zerowej.

5. Badania wskazały na duży wpływ czynników indywidualnych (tj. indywidualny rozwój intelektualny, temperament, charakter dziecka) na zdolność rozpoznawania i korygowania błędów zarówno syntaktycznych jak i semantycznych. Wpływ tego czynnika najbardziej widoczny jest w grupie trzylatków. Rozbieżność punktowa waha się w Próbie I od 0 p. do 44, 5 p., w Próbie II od 0 p. do 28,5 p. W najmłodszej grupie jest to czynnik, mający największy wpływ na rozwój świadomości językowej, ważniejszy nawet od wieku. Dzieci, które uzyskały najwyższe wyniki to chłopcy, wcale nie najstarsi z grupy, lecz znajdujący się w środkowym przedziale wiekowym trzylatków. W starszych grupach, czynnik ten nie wywiera już aż tak znaczącego wpływu.

Wybrana do badań grupa dziewięćdziesięciorga dzieci była reprezentatywna dlatego wysnute wnioski uważam za wiarygodne.

**Bibliografia**

1. Bańko M., *Wykłady z polskiej fleksji*, Warszawa 2002.
2. Bernstein B., *Socjolingwistyczne ujęcie procesu socjalizacji: Uwagi dotyczące podatności na oddziaływanie szkoły* [w:] *Badania nad rozwojem języka*, red. M. Smoczyńska, G. W. Shugar, Warszawa 1980.
3. Bugajska M., *Świadomość językowa a świadomość lingwistyczna. Społeczne i naukowe potrzeby kultury języka* [w:] *Mowa rozświetlona myślą*, pod red. J. Miodek, Wrocław 1999.
4. Jakobson R., *Metajęzyk jako problem językoznawczy* [w:] *W poszukiwaniu istoty języka 1*, red. M. R. Mayenowa, Warszawa 1989.
5. Kaczmarek L., *Nasze dziecko uczy się mowy*, Lublin 1988.
6. Kielar-Turska M., *Mowa dziecka słowo i tekst*, Kraków 1989, s. 13–27.
7. Kimura D., *Płeć i poznanie*, Warszawa 2006.
8. Krasowicz–Kupis G., *Rozwój metajęzykowy a osiągnięcia w czytaniu u dzieci 6–9 letnich*, Lublin 1999.
9. Krasowicz–Kupis G., *Rozwój świadomości językowej dziecka*, Lublin 2004.
10. Krawiec M., *Próby do badania kompetencji językowej dzieci 6–8 letnich z uszkodzeniami słuchu*, Radom 2003.
11. Kurcz I., *Język a reprezentacja świata w umyśle*, Warszawa 1987.
12. Kwarciak B., *Początki i podstawowe mechanizmy świadomości metajęzykowej*, Kraków 1995.
13. Kwarciak B., *Świadomość metajęzykowa jako źródło wiedzy dziecka o świecie społecznym* [w:] *Wiedza i język*, tom II, red. I. Kurcz, J. Bobryk, D. Kądziaława, Wrocław 1987.
14. Manasterska E., *Dziecięce definiowanie pojęć* [w:] *Język trzeciego tysiąclecia. Zbiór referatów z konferencji*. Kraków 2 – 4 marca 2004, red. G. Szpila, Kraków 2000, s. 133 – 144.
15. *Mały słownik języka polskiego*, (red.) S. Skorupko, S. Anderska, Warszawa 1974.
16. *Nowy Słownik Poprawnej Polszczyzny*, (red.) A. Markowski, Warszawa 2002.
17. Podracki J., *Składnia* [w:] *Nauka o języku dla polonistów*, red. S. Dubisz, Warszawa 1999.
18. Porayski-Pomsta J., *Błędy językowe i ich rodzaje* [w:] *Nauka o języku dla polonistów*, red. S. Dubisz, Warszawa.

19. Tarkowski Z., *Test Sprawności Językowej*, Lublin 2000
20. Trempała J., Harwas-Napierała Barbara, *Psychologia rozwoju człowieka. Rozwój funkcji psychicznych*, tom 3., Warszawa 2003.
21. Smółka L., *Kompetencja komunikacyjna dzieci sześćo- siedmioletnich*, Kraków 2004.
22. Zgółkowa H., *Świat w dziecięcych słowach*, Poznań 1990.
23. Żak-Święcicka M., *Charakterystyka składniowa wypowiedzi dzieci w wieku przedszkolnym*, Bydgoszcz 1993.
24. Guza Ł., *Nauka w liceach może trwać 4 lata*, [w:] Gazeta prawna nr 93, [www.gazeta.prawna.pl](http://www.gazeta.prawna.pl).

## ANEKS

### 1. Kwestionariusz do badania

#### 1.1. Próba I – Gramatyczna

data badania.....

*Metryczka:*

wiek .....

pleć.....

rodzeństwo.....

inne.....

Zdanie	Punktacja	Uwagi
1. <u>Zielona</u> samochód jedzie ulicą.		
2. <u>Kasia śpiewają</u> piosenkę.		
3. <u>Dwóch dziewczynki</u> oglądały bajkę.		
4. <u>Moich</u> kwiatki ładnie pachną.		
5. Kuba <u>lubi lodów</u> .		
6. W zoo <u>widzieliśmy słoń</u> .		
7. Ewa <u>idzie z babcią</u> do sklepu.		
8. Ania <u>nie ma pies</u> .		
9. To są <u>klocki Michałem</u> .		
10. Tomek ulepił <u>kulkę z plastelina</u> .		
11. Asia skacze <u>za skakance</u> .		
12. Dzieci bawią się <u>na parku</u> .		
13. Kot siedzi <u>w parapecie</u> .		
14. Ola jest <u>do domu</u> .		
15. Lubi zwierzęta bardzo Gosia.		



16. Półce na książki leżą.		
17. Ulicą czerwony jedzie autobus.		
18. Jest huśtawek w parku dużo.		
	<b>Suma punktów:</b>	

### 1.2. Próba II – Semantyczna

Zdania:	Punktacja:	Uwagi:
1. Krowy dają drewniane mleko.		
2. Klocki bawią się w ogródku.		
3. Samochody latają po niebie.		
4. Mama gotuje zupę w łazience.		
5. Skarpetki zjada się na obiad.		
6. Koty mają skrzydła.		
7. Kolorowe kredki śpiewają piosenkę.		
8. Myję zęby rowerem.		
9. Pieski znoszą jajka.		
10. Truskawki to śliczne zwierzątka.		
	<b>Suma punktów:</b>	

### 1.3. Opis poleceń kierowanych do dziecka

#### I. Próba wstępna. Wyjaśnianie zadania 1. ( do Próby I – Gramatycznej)

1. Witaj (Jasiu). Cieszę się, że zgodziłeś się ze mną porozmawiać, bardzo potrzebuje twojej pomocy. Mam kilka zdań i nie wiem czy one są dobre czy nie? Nie wiem czy mogę tak mówić? Już cztery z nich okazały się nieprawidłowe, nie dobre. Ktoś mi już pomógł je poprawić. Posłuchaj uważnie pierwszego zdania. Na nim wyjaśnię ci, co okazało się złe. Słuchaj uważnie! (*czytam zdanie dwukrotnie*)
2. *Ten dziewczynka szła.* To zdanie okazało się złe dlatego, że nie mówi się *ten dziewczynka*, *ale ta dziewczynka*, *ten* – możemy powiedzieć o chłopcu, dlatego, żeby to zdanie było dobre, powinniśmy je poprawić i powiedzieć: *Ta dziewczynka szła.*

Rozumiesz? (Jeśli dziecko zrozumiało polecenie, przechodzę do punktu 4. instrukcji, jeśli widzę, że dziecko nie rozumie, lub samo mówi, że nie rozumie, jeszcze raz czytam to samo zdanie, tłumacząc w ten sam sposób, tymi samymi słowami, wskazuję błąd.)

3. Jasiu posłuchaj jeszcze raz uważnie tego zdania Ten dziewczynka szła to zdanie okazało się złe dlatego, że... Rozumiesz teraz? (Teraz już, niezależnie od tego, czy dziecko zrozumiało na czym polegał błąd, czy nie, przechodzę do kolejnego zdania, do punktu 4. instrukcji.)
4. Teraz Jasiu wspólnie spróbujemy poprawić błąd w następnym zdaniu. Uważaj czytam zdanie Czerwona kwiat rośnie. Wiesz co trzeba poprawić? *Chwilę czekam na odpowiedź, przy dobrej odpowiedzi chwalę dziecko za dobrą odpowiedź*: Tak Jasiu zgadza się. Masz rację. To zdanie nie jest dobre. Nie mówimy: *czerwona kwiat*, ale *czerwony kwiat*. Powiedz teraz całym zdaniem, jak powinniśmy powiedzieć? Właśnie tak, brawo! Powinniśmy powiedzieć Czerwony kwiat rośnie. (Jeśli dziecko nie zna odpowiedzi, dopytuje.) Jasiu a jak myślisz? Mówi się *czerwona kwiat* czy *czerwony kwiat*? Jak jest lepiej? (Chwilę czekam na odpowiedź dziecka, w zależności od odpowiedzi – przy prawidłowej odpowiedzi, przytakuję) Tak zgadza się Jasiu. To zdanie nie jest dobre, powinniśmy powiedzieć: Czerwony kwiat rośnie. (W przypadku braku odpowiedzi, mówię:) To zdanie nie jest dobre, powinniśmy powiedzieć: Czerwony kwiat rośnie
5. Jasiu mam jeszcze dwa inne zdania, one też okazały się złe, ale jest tam inny błąd, niż w tych dwóch poprzednich zdaniach. W zdaniach tych, wyrazy są dobrze powiedziane, ale pomieszana jest kolejność wyrazów. Posłuchaj uważnie pierwszego zdania. Domem stoi za sklep. (czytam zdania dwukrotnie) Posłuchaj uważnie, jeszcze raz przeczytam ci to zdanie: (czytam zdanie jeszcze raz, również dwa razy) Domem stoi za sklep. Zobacz, w tym zdaniu pomyliłam kolejność wyrazów. To zdania jest złe, nie możemy tak powiedzieć: Domem stoi za sklep. Powinniśmy zamienić kolejność i powiedzieć: Za domem stoi sklep. Tak byłoby dobrze.
6. Mam jeszcze jedno takie zdanie, spróbujemy je razem poprawić. Posłuchaj najpierw zdania: Bardzo czekoladowe lubię lody. Przeczytam jeszcze raz: Bardzo czekoladowe lubię lody Jak byś je poprawił? Czekam na odpowiedź dziecka. Jeśli jest poprawna, mówię: Tak, zgadza się Jasiu. To zdanie nie jest dobre, bo powinniśmy powiedzieć: Bardzo lubię lody czekoladowe. Jeśli dziecko jeszcze miało problem z udzieleniem dobrej odpowiedzi, sami jej udzielamy: Jasiu to zdanie nie jest dobre, bo powinniśmy powiedzieć: Bardzo lubię lody czekoladowe.

7. Rozumiesz? To teraz musisz być naprawdę uważny. Zostały te zdania, których nikt mi jeszcze nie poprawiał, chciałabym żebyś Ty mi dzisiaj pomógł, żebyś posłuchał i zobaczył czy są one dobre, czy nie, i jeśli nie, to żebyś mi je pomógł poprawić. *(przechodzę do próby właściwej – części I Gramatycznej)*
8. Jesteś gotowy? Zaczynamy.

## II. Instrukcja do próby właściwej – części I Gramatycznej

1. Słuchaj uważnie. Każde zdanie będę czytać dwa razy, głośno i wyraźnie, żebyś mógł zrozumieć. Potem będę cię pytać, czy to zdanie jest dobre czy nie? Jeśli uznasz, że nie, to poproszę cię, żebyś je poprawił i powiedział tak, żeby było dobrze, bez błędu. Pamiętaj, że mogą tu być różne błędy. Czasami będzie trzeba poprawić tylko jeden wyraz, a czasami trzeba będzie poprawić całe zdanie, ustawić wyrazy w dobrej kolejności. Musisz być bardzo uważny.
2. Jesteś gotowy? Czytam pierwsze zdanie. *(czytam zdania dwukrotnie)* Czerwona samochód jedzie ulicą
3. Pytam: Czy tak możemy powiedzieć? Czy to zdanie jest dobre, czy złe? Czy tak się mówi? *W razie wątpliwości dziecka, mówię: Posłuchaj uważnie, przeczytam zdanie jeszcze raz. Ponownie czytam dwukrotnie zdanie.*
4. *Pytam jeszcze raz: Jasiu, czy to zdanie jest dobre, czy nie? (Jeśli dostaję odpowiedź niepoprawną, czyli, że zdanie jest dobre. Stawiam dziecku 0 p. i przechodzę do następnego zdania.)*
5. Uważasz, że to zdanie jest dobre? To czytam następne zdanie. Jesteś gotowy? Słuchaj uważnie. *(Czytam kolejne zdanie z kwestionariusz, nie komentując odpowiedzi dziecka.)*
6. *Jeśli dostaję odpowiedź poprawną, czyli, że zdanie jest złe. Stawiam 1 p., i proszę dziecko o skorygowanie błędu: Jak trzeba poprawić to zdanie? Jak trzeba powiedzieć, żeby było dobrze? Odpowiedz mi proszę całym zdaniem.*
7. *Jeśli dziecko prawidłowo poprawia zdanie, stawiam 3 p. i przechodzę do następnego zdania. Jeśli dziecko rozpoznaje błąd, i próbuje poprawić, ale robi to w niepełny sposób, lub poprawia, ale niepoprawnie stawiam 2 p. Jeśli zdarzy się tak, że dziecko zauważy błąd, i poprawia go, ale nie odpowiada całym zdaniem, mówi: **nie czerwona, czerwony samochód**, proszę, aby powiedziało całe zdanie poprawnie: Jasiu, proszę, powiedz całym zdaniem jak powinniśmy powiedzieć. (W przypadku uzyskania poprawnej odpowiedzi – całym zdaniem stawiam 3 p., w innym przypadku, stawiam*

2,5 p. i przechodzę do kolejnego zdania. Instrukcja słowna, do kolejnych zdań z próby I gramatycznej 2.do18. jest taka sama jak w przypadku zdania numer 1 opisanego powyżej. W przypadku zdań od 15. do 18. zdania czytam trzykrotnie ze względu na większą trudność tego zadania.

Po Próbie I – Gramatycznej. Przechodzę do Próby II – Semantycznej.

### **III. Próba wstępna 2. Wyjaśnianie zadania 2. (Do Próby II– Semantycznej)**

1. Dziękuję Jasiu, już bardzo mi pomogłeś. Mam jeszcze kilka innych zdań, co do których też mam wątpliwości, czy są dobre. Przeczytam ci teraz jedno zdanie, które mi już ktoś poprawił. Zobaczysz, na czym tu polega błąd.
2. *Czytam zdanie: Mała świnka fruwa.*<sup>120</sup> To zdanie jest złe dlatego, że świnki nie fruują, świnki mogą biegać po trawie, albo paplać się w błocie. Dlatego, żeby to zdanie było dobre powinniśmy powiedzieć Mała świnka papla się w błocie. Rozumiesz?
3. Mam jeszcze jedno zdanie. Spróbujemy je teraz razem poprawić. Przeczytam ci. Posłuchaj.
4. *Czytam zdanie: Wściekłe liście spadają z drzew.*<sup>121</sup> Czy to zdanie jest dobre? Tak masz rację. Nie jest dobre. Nie ma wściekłych liści. Liście mogą być kolorowe, suche. Dlatego, żeby to zdanie było dobre powinniśmy powiedzieć. Suche liście spadają z drzew. Rozumiesz. Dobrze. To teraz posłuchaj pierwszego zdania.

### **IV. Instrukcja do próby właściwej, części II – Semantycznej**

1. Słuchaj uważnie. Każde zdanie będę czytać dwa razy, głośno i wyraźnie, żebyś mógł zrozumieć. Tak jak wcześniej. Potem będę cię pytać, czy to zdanie jest dobre czy nie? Jeśli uznasz, że nie, to poproszę cię, żebyś je poprawił i powiedział tak, żeby było dobrze, bez błędu. Pamiętaj, że tu chodzi o inne błędy. Musisz być bardzo uważny. Pamiętaj, że nie chodzi o bajki, ani filmy, ani książki, ale to czy naprawdę tak jest, czy naprawdę tak można powiedzieć.
2. Jesteś gotowy? Czytam pierwsze zdanie. (Zdania czytam dwukrotnie.) Krowy dają drewniane mleko.
3. *Pytam:* Czy tak możemy powiedzieć? Czy to zdanie jest dobre, czy złe? Czy to prawda? *W razie wątpliwości dziecka mówię:* Słuchaj uważnie, przeczytam zdanie

---

120 Zdanie pochodzi z testu Tarkowskiego (Z. Tarkowski, op. cit., s. 3.).

121 Por. tamże.

jeszcze raz.

4. *Ponownie czytam dwukrotnie zdanie. Pytam jeszcze raz. Jasiu, czy to zdanie jest dobre czy nie? Jeśli dostaję odpowiedź niepoprawną, czyli, że zdanie jest dobre. Stawiam dziecku 0 p. i przechodzę do następnego zdania.*
5. *Uważasz, że to zdanie jest dobre? To przechodzimy do następnego zdania. Jesteś gotowy? Posłuchaj zdania. (Jeśli dostaję odpowiedź poprawną, czyli, że zdanie jest złe. Proszę dziecko o skorygowanie błędu.)*
6. *Jak trzeba poprawić to zdanie? Jak trzeba powiedzieć, żeby było dobrze? Odpowiedz mi proszę, całym zdaniem. Jeśli dziecko prawidłowo poprawia zdanie, stawiam 3 p. i przechodzę do następnego zdania. Jeśli dziecko rozpoznaje błąd i próbuje poprawić, ale robi to w niepełny sposób, lub*
7. *poprawia ale nieprawidłowo stawiam 2 p. Jeśli zdarzy się tak, że dziecko zauważy błąd i poprawia go ale nie odpowiada całym zdaniem. Mówi: „**nie drewniane, białe mleko**”, proszę, aby powiedziało całe zdanie poprawnie.*
8. *Proszę powiedz całym zdaniem, jak powinniśmy powiedzieć? Jeśli odpowiada poprawnie całym zdaniem stawiam 3 p., jeśli nie chce stawiam 2 p. i przechodzę do kolejnego zdania. Tą samą instrukcją słowną stosuję do kolejnych zdań z podpunktów 2. do 10.*

[POWRÓT](#)

## WYJŚNIENIE

Szanowni Państwo

Dnia 24 stycznia 2008 r. do redakcji czasopisma wpłynęło pismo od Pani dr Danuty Pluty-Wojciechowskiej dotyczące umieszczenia fragmentów tekstu jej autorstwa w publikacji nadesłanej przez Panią mgr Teresę Bogdańską. Umieszczanie fragmentów cudzego tekstu w publikacji bez podania źródła związane jest z naruszeniem własności intelektualnej, która chroniona jest prawem autorskim (ustawa z dnia 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych). Jako redaktor naczelny czasopisma jestem zobowiązana do zamieszczenia listu Pani dr Danuty Pluty-Wojciechowskiej oraz sprostowania otrzymanego od Pani mgr Teresy Bogdańskiej. Jest mi bardzo przykro z powodu zaistniałej sytuacji. Równocześnie zwracam się do Państwa z prośbą o skrupulatność podczas pisania artykułów i zamieszczanie przypisów w tekstach przysyłanych do publikacji.

Redaktor naczelny  
dr Joanna Gruba

Danuta Pluta-Wojciechowska  
Adres znany Redakcji

Chorzów, 24.01.2008 r.

Do Redaktora Naczelnego  
czasopisma internetowego  
Logopeda  
Dr Joanny Gruby

Szanowna Pani Redaktor

Informuję, że w artykule p. Teresy Bogdańskiej pt. „Rozszczep wargi i podniebienia - etiologia rozszczepu, terapia mowy” zamieszczonym w czasopiśmie LOGOPEDA 1(4) 2007 znalazły się nieoznaczone cudzysłowem zdania i fragmenty z mojego artykułu pt. „Wybrane zagadnienia terapii mowy dzieci z rozszczepem podniebienia” opublikowanego w Logopedii 1999, nr 26, s. 149-161. Dołączam kserokopię zarówno jednego, jak i drugiego artykułu wraz z oznaczonymi bliźniaczymi fragmentami. Zaznaczam, że autorka nie wskazuje źródła, nie zaznacza znaku - cudzysłów, przyjętego dla oznaczania cytowanych słów innych autorów. Takie zatem postępowanie nosi znamiona plagiatu.

Oczekuję od autorki T. Bogdańskiej przeprosin i sprostowania, które powinny ukazać się w widocznym miejscu na pierwszej stronie kolejnego numeru LOGOPEDY, który, jak mi wiadomo, ma się ukazać w maju. Do czasu ukazania się tego numeru czasopisma oczekiwałabym sprostowania i przeprosin na stronie Polskiego Związku Logopedów.

Z poważaniem  
Danuta Pluta-Wojciechowska

#### SPROSTOWANIE

Informuję, że w numerze 1(4)2007 czasopisma, w artykule „Rozszczep wargi i podniebienia. Etiologia rozszczepu, terapia mowy” na stronach 147, 148, 149 nie umieściłam znaku cudzysłowów przyjętego dla oznaczenia cytowanych fragmentów pochodzących z pozycji: D. Pluta-Wojciechowska "Wybrane zagadnienia terapii mowy dzieci z rozszczepem podniebienia", Logopedia nr 26, 1999 r., s. 149-161 oraz nie umieściłam przypisu wskazującego autora. Za zaistniały błąd przepraszam Panią dr Danutę Plutę-Wojciechowską.

Z poważaniem  
mgr Teresa Bogdańska