Logopedia Silesiana 7

WYDAWNICTWO
UNIWERSYTETU ŚLĄSKIEGO

Logopedia Silesiana

Tom 7

Logopedia Silesiana

Tom 7

pod redakcją Olgi Przybyli

Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego
Katowice 2018

Komitet Redakcyjny • Editorial Board

Redaktor Naczelny • Editor-in-Chief

Olga Przybyła (Uniwersytet Śląski w Katowicach – olga.przybyla@us.edu.pl)

Sekretarz • Secretary

Katarzyna Niesporek (Uniwersytet Śląski w Katowicach – katarzyna.niesporek@us.edu.pl)

Korekta językowa: język angielski • Proofreading: English

Michał Kisiel (Uniwersytet Śląski w Katowicach), Anna Kisiel (Uniwersytet Śląski w Katowicach)

Członkowie • Members

Mieczysław Chęciek (Staropolska Szkoła Wyższa w Kielcach), Grażyna Jastrzębowska (Uniwersytet Opolski), Katarzyna Kaczorowska-Bray (Uniwersytet Gdański), Barbara Kasica (Specjalistyczny Ośrodek Diagnozy i Rehabilitacji dla Dzieci i Młodzieży z Wadą Słuchu PZG w Katowcach), Katarzyna Kaczorowska-Bray (Uniwersytet Gdański), Tatiana Lewicka (Uniwersyteckie Centrum Medyczne im. prof. Kornela Gibińskiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach), Alina Maciejewska (Uniwersytet Przyrodniczo-Humanistyczny w Kielcach), Joanna Siuda (Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach)

Rada Naukowa • Editorial Committee

Marian Kisiel (Uniwersytet Śląski w Katowicach) – Przewodniczący Rady Naukowej
Paul Corthals (University College Ghent, Health Care Department, Belgia), Dobrinka Georgiewa (South-West University, Department of Logopedie, Błagojewgrad, Bułgaria), Stanisław Grabias (Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie), Elena Kitik (Russian Academy of Education, Institute of Special Education, Moskwa, Rosja), Péter Lajos (Uniwersytet Eötvös Loránd „Bárczi Gusztáv", Faculty of Special Education, Budapeszt, Węgry), Dawid Larysz (Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Oddział w Gliwicach), Stanisław Milewski (Uniwersytet Gdański), Tatiana Nikolayeva (Russian Academy of Education, Institute of Special Education, Moskwa, Rosja), Grzegorz Opala (Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach), Danuta Pluta-Wojciechowska (Uniwersytet Śląski w Katowicach), Józef Porayski-Pomsta (Uniwersytet Warszawski), Henryk Skarżyński (Światowe Centrum Słuchu, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu), Aldona Skudrzyk (Uniwersytet Śląski w Katowicach), Leszek Szewczyk (Uniwersytet Śląski w Katowicach), Seyhun Topbas (Anadolu University, Department of Speech and Language Therapy, Turcja), Kateřina Vitaškova (Univerzita Palackèho, Faculty of Education, Ołomuniec, Czechy), Tomasz Woźniak (Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie)

Rada Recenzyjna • Reviewers Committee

Jacek Błeszyński (Uniwersytet im. Mikołaja Kopernika w Toruniu), Paul Corthals (University College Ghent, Health Care Department, Belgia), Jolanta Bujak-Lechowicz (Akademia Ignatianum w Krakowie), Ewa Czaplewska (Uniwersytet Gdański), Dobrinka Georgiewa(South-West University, Department of Logopedie, Błagojewgrad, Bułgaria), Grażyna Gunia (Uniwersytet Pedagogiczny im. KEN w Krakowie), Zdzisław M. Kurkowski (Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie), Edward Łuczyński (Uniwersytet Gdański), Mirosław Michalik (Uniwersytet Pedagogiczny im. KEN w Krakowie), Agnieszka Myszka (Uniwersytet Rzeszowski), Kazimierz Ożóg (Uniwersytet Rzeszowski), Jolanta Panasiuk (Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie), Katarzyna Plutecka (Uniwersytet Pedagogiczny im. KEN w Krakowie), Małgorzata Rocławska-Daniluk (Uniwersytet Gdański)

Adres Redakcji • Contact

pl. Sejmu Śląskiego 1, 40-032 Katowice, tel. 32 200 94 36, www.logopedia.us.edu.pl

Spis treści

Wprowadzenie (Olga Przybyla) 11

Część pierwsza
Prace naukowo-badawcze

Kateřina Vitásková, Jana Mironova Tabachová
The Evaluation of Sensory Integration and Partial Pragmatic Communication Abilities in Children with Autism Spectrum Disorders with the Application of a New Evaluation Material. Speech-language Therapy Approach 17

Agnieszka Sulkowska, Stanisław Milewski, Katarzyna Kaczorowska-Bray
Komunikacja lekarz – pacjent w opinii pacjentów 36

Urszula Ciszewska-Psujek
Zaburzenia językowe w przebiegu choroby alkoholowej. Obraz i dynamika . . . 56

Ewa Binkuńska
Analiza ilościowa grup spółgłoskowych w logopedycznych narzędziach do badania zaburzeń artykulacji 81

Część druga
Studia z praktyki logopedycznej

Jolanta Panasiuk
Padaczka w diagnozie i terapii logopedycznej. Studium przypadku 105

Mieczysław Chęciek, Sylwia Kozłowska
Zastosowanie technik poznawczo-behawioralnych w leczeniu stanów logofobii. Studium przypadku 139

Anna Guzy
Trening relaksacyjny w pracy z pacjentem z afazją. Studium przypadku 154

Anna Czyż, Anna Michalczyk
Późna diagnoza niedosłuchu a jakość komunikacji i rozwoju psychospołecznego dziecka w wieku przedszkolnym. Studium przypadku 164

Kamila Bigos
Rozwój sprawności sensorycznych w normie i zaburzeniu. Analiza porównawcza . 184

Anna Gagat-Matuła, Natalia Malik
Dysfunkcje komunikacyjne u dziecka z zaburzeniami ze spektrum autyzmu. Studium przypadku 202

Aneta Syta
Rozwój mowy i komunikacji dziecka z zaburzeniami ze spektrum autyzmu. Studium przypadku 215

Olga Przybyla, Justyna Wons
Zaburzenia językowe i komunikacyjne dziecka z zespołem Aspergera. Studium przypadku 226

Małgorzata Waryszak
Gry planszowe jako element wspomagania terapeutycznego osoby z mózgowym porażeniem dziecięcym 255

Część trzecia

Recenzje

Jolanta Panasiuk
Recenzja: Alina Maciejewska: *Analogia w języku i umyśle. Teoria „grup proporcjonalnych relacji" w badaniach nad kompetencją językową uczniów i studentów*. Siedlce, Wydawnictwo Uniwersytetu Przyrodniczo-Humanistycznego w Siedlcach 2015, 364 stron 273

Noty o autorach 279

Streszczenia 285

Contents

Introduction (Olga Przybyla) 11

Part One
Scientific Research

Katerina Vitaskova, Jana Mironova Tabachová
The Evaluation of Sensory Integration and Partial Pragmatic Communication Abilities in Children with Autism Spectrum Disorders with the Application of a New Evaluation Material in Speech-Language Therapy 17

Agnieszka Sułkowska, Stanisław Milewski, Katarzyna Kaczorowska-Bray
Doctor–Patient Communication – According to Patients 36

Urszula Ciszewska-Psujek
Linguistic Disorders in Alcohol Dependence: Representation and Dynamics . 56

Ewa Binkuńska
The Quantitative Analysis of Consonant Groups in Speech Therapy Diagnosis of Articulation Disorders. 81

Part Two
Studies on Speech Therapy Activities

Jolanta Panasiuk
Epilepsy in Diagnosis and Logopaedic Therapy: A Case Study 105

Mieczysław Chęciek, Sylwia Kozłowska
Cognitive Behavioural Techniques in Logophobia Treatment: A Case Study . . . 139

Anna Guzy
Relaxation Training and Patients with Aphasia: A Case Study 154

Anna Czyż, Anna Michalczyk
Late Diagnosis of Hearing Impairment and the Quality of Communication and Psycho-social Development of Preschool Patients: A Case Study 164

Kamila Bigos
The Development of Perceptual Functions as a Norm and Pathology: A Comparative Analysis 184

Anna Gagat-Matuła, Natalia Malik
Impaired Communication in a Child with Autism Spectrum Disorder: A Case Study 202

Aneta Syta
Development of Speech and Communication of the Child with Autism Spectrum Disorder: A Case Study. 215

Olga Przybyla, Justyna Wons
Disorders of Speech Development and Communication of the Child with the Asperger Syndrome: A Case Study. 226

Małgorzata Waryszak
Board Games as a Therapeutic Support for People with Cerebral Palsy 255

Part Three
Reviews

Jolanta Panasiuk
Review: Alina Maciejewska: *Analogia w języku i umyśle. Teoria „grup proporcjonalnych relacji" w badaniach nad kompetencją językową uczniów i studentów* [Analogy, Language, Mind. "Proportional Relationships Groups" Theory and the Research on Linguistic Skills of Schoolchildren and Students]. Siedlce, Wydawnictwo Uniwersytetu Przyrodniczo-Humanistycznego w Siedlcach 2015, 364 pp. 273

Notes on contributors 279

Summaries 285

„Logopedia Silesiana", t. 7, ISSN 2391-4297
DOI 10.31261/LOGOPEDIASILESIANA.2018.07.01
(cc) BY-SA

Wprowadzenie

Sumienna i uważna obserwacja osób napotykających bariery w porozumiewaniu się to codzienność praktyki logopedycznej. Terapeuta krok po kroku analizuje sposoby funkcjonowania jednostki w kontaktach z otoczeniem, poszukując interpretacji dla ich rozpoznania i opisu. Dąży do odkrycia zespołu przyczyn występujących trudności w komunikowaniu się, gdyż ma świadomość, że natura, jakość i stan umiejętności tworzenia relacji człowieka z otaczającą go rzeczywistością są wielorako uwarunkowane.

Budowanie programów terapii zaburzeń w porozumiewaniu się zarówno werbalnym, jak i niewerbalnym wymaga wiedzy lingwistycznej, biologicznych podstaw teoretycznych dotyczących rozwoju i funkcjonowaniu człowieka oraz znajomości mechanizmów psychologicznych i aspektów społeczno-pedagogicznych. Na procedurę logopedyczną składa się rozwijanie wszystkich typów kompetencji – komunikacyjnej, poznawczej (kulturowej) i językowej. Zasadnicze znaczenie dla rozumienia rzeczywistości ma rozumienie języka. Interdyscyplinarne kierunki badań logopedycznych pokazują, jak różnorodne, złożone i nierzadko dyskretne bywają czynniki wpływające na możliwości komunikowania się i stan rozwoju mowy. Tradycyjnie tematykę „Logopedii Silesiany" wyznaczają doświadczenia naukowo-badawcze i zawodowe autorów, które gromadzili, obserwując trudności w komunikacji językowej mówionej i pisanej dzieci, młodzieży oraz dorosłych.

Po raz kolejny idea rozpoznawania natury zaburzeń mowy połączyła znamienitych badaczy w dążeniu do opisu mowy zarówno w jej specyficznych, jak i w niespecyficznych kontekstach.

* * *

Na pierwszą część tomu, zatytułowaną *Prace naukowo-badawcze*, składają się cztery artykuły. Cykl otwiera tekst autorstwa Kateřiny Vitáskovej i Jany Mironovej

Tabachovej z Instytutu Pedagogiki Specjalnej Wydziału Pedagogicznego Uniwersytetu Palackiego w Ołomuńcu, wpisujący się w bogaty nurt opisu systemów diagnostycznych i programów terapii autyzmu. Na podstawie analizy najnowszej literatury przedmiotu oraz empirycznych badań, autorki wskazują na kluczową rolę dysfunkcji w zakresie przetwarzania sensorycznego, z naciskiem na nieprawidłowości w zakresie poziomu funkcji czuciowych i współwystępujące w autyzmie zaburzenia rozwoju koordynacji. Przedstawiają też własne badania porównawcze, wraz z programem postępowania terapeutycznego obejmującego alternatywne metody i wizualizację.

Możliwość oceny problemów językowych i komunikacyjnych w kontaktach między lekarzami a pacjentami w wieku senioralnym oraz odkrywanie preferencji w wyborze metod, technik, środków i sposobów postępowania terapeutycznego stanowią zagadnienia, które trzeba rozpatrywać wciąż na nowo, aktualizować i uzupełniać. Na tę problematykę, wobec, po pierwsze, zmieniających się oczekiwań pacjentów, po drugie – zmieniającej się rzeczywistości opieki medycznej, zwrócili uwagę znawcy zagadnień z zakresu gerontologopedii. Odwołując się do materiału uzyskanego z badań ankietowych przeprowadzonych wśród pacjentów Szpitala Klinicznego Uniwersyteckiego Centrum Medycznego w Gdańsku, Agnieszka Sulkowska, Stanisław Milewski i Katarzyna Kaczorowska-Bray podkreślili rangę relacji interpersonalnych między lekarzami a pacjentami.

Zagadnieniom zaburzeń mowy osób dorosłych przyjrzała się także Urszula Ciszewska-Psujek. Dokonując analizy wypowiedzi narracyjnych mężczyzn uzależnionych od alkoholu będących w krótkim i umiarkowanym czasie abstynencji, badaczka przedstawiła powstałe u pacjentów dysfunkcje poznawcze, które wpływają na ich sposób pojmowania rzeczywistości. Omówiła ograniczenia w funkcjach wykonawczych i wskazała na występujące u badanych mechanizmy neurokompensacyjne.

W polu zainteresowań autorów siódmego tomu „Logopedii Silesiany" znalazły się także zagadnienia poświęcone fonetyce. Ewa Binkuńska podjęła tematykę nieczęsto uwzględnianą w badaniach, lecz ważną i cenną poznawczo. Autorka analizowała materiał leksykalny wybranych narzędzi badawczych (kwestionariuszy obrazkowych) ze względu na zakres występowania w nim grup spółgłoskowych, ze zwróceniem uwagi na pozycję w wyrazie zbitek konsonantycznych, ich liczbę w jednostce leksykalnej oraz liczbę elementów konsonantycznych sąsiadujących ze sobą.

Część druga, *Studia z praktyki logopedycznej*, została pomyślana jako zbiór artykułów przydatnych logopedzie w jego zawodowej praktyce. W zaprezentowanych szkicach autorzy łączą różne koncepcje na temat postępowania diagnostycznego i terapeutycznego, wypływające z praktycznych doświadczeń, podbudowane niezbędną teoretyczną wiedzą z zakresu logopedii.

W artykule przedstawiającym dynamikę zaburzeń neurorozwojowych w przebiegu ciężkiego przypadku padaczki objawowej Jolanta Panasiuk analizuje zmie-

niające się wraz z wiekiem zaburzenia w sferze poznawczej, językowej, emocjonalnej, behawioralnej, motorycznej i wegetatywnej u opisywanej młodej kobiety. W wyniku badań longitudinalnych wybitna badaczka przedmiotu ukazuje złożony obraz choroby i podkreśla znaczenie wielospecjalistycznej terapii, w efekcie której nastąpiła znacząca poprawa funkcjonowania pacjentki we wszystkich zaburzonych sferach.

Ważnemu zagadnieniu praktyki logopedycznej, jakim jest postępowanie terapeutyczne w zakresie zaburzeń płynności mowy, poświęcili swoja uwagę – zgodnie z polem swoich długoletnich zainteresowań i nieocenionym doświadczeniem – Mieczysław Chęciek i Sylwia Kozłowska-Stoch. Badacze omawiają rolę terapii psychologicznej w zaburzeniach płynności mowy u mężczyzny z rozpoznaniem jąkania toniczno-klonicznego oraz stanem głębokiej logofobii, wskazując na rolę technik poznawczo-behawioralnych w pracy z pacjentem.

Rangę psychologicznego wsparcia wraz ze wskazaniem efektów uzyskanych dzięki pracy psychologicznej z pacjentem ukazuje artykuł Anny Guzy. Na podstawie studium przypadku pacjenta z afazją badaczka podkreśla istotę włączania w ramach interdyscyplinarnego postępowania terapeutycznego treningu relaksacyjnego, ze względu na ścisłą zależność między stresem i współwystępującym z nim stanem podwyższonego napięcia a osiąganiem poprawy w zakresie umiejętności komunikacyjnych.

Anna Czyż i Anna Michalczyk przedstawiły natomiast następstwa późnej diagnozy i tym samym złożonego charakteru terapii dziecka z niedosłuchem przewodzeniowym, fluktuacyjnym, stopnia lekkiego powstałym z powodu przewlekłych, nawracających stanów zapalnych ucha środkowego. W artykule omówiono problemy komunikacyjne i psychologiczne dziecka wnikające ze wspomnianych trudności.

Całościowe zaburzenia rozwoju znalazły swoje omówienie w artykułach: Kamili Bigos (*Rozwój sprawności sensorycznych w normie i patologii. Analiza porównawcza*), Anny Gagat-Matuły i Natalii Malik (*Dysfunkcje komunikacyjne u dziecka z zaburzeniami ze spektrum autyzmu. Studium przypadku*), Anety Syty (*Zaburzenia rozwoju mowy i komunikacji dziecka ze spektrum autyzmu – studium przypadku*) oraz Olgi Przybyli i Justyny Wons (*Zaburzenia językowe i komunikacyjne dziecka z zespołem Aspergera. Studium przypadku*). W przedstawianych studiach przypadków badaczki zwróciły uwagę na wieloaspektowy, złożony charakter diagnozy i terapii oraz wskazały na konieczność interdyscyplinarnych działań podejmowanych względem osób z całościowymi zaburzeniami rozwoju.

W nurt terapeutycznych oddziaływań wpisuje się artykuł Małgorzaty Waryszak. Przedstawione w artykule wnioski płynące z obserwacji korzyści z wykorzystania gier planszowych w rehabilitacji i terapii logopedycznej osób z mózgowym porażeniem dziecięcym stanowią cenną inspirację także w przypadku innych zaburzeń w zakresie komunikowania.

W ostatniej, trzeciej części tomu została zamieszczona recenzja książki Aliny Maciejewskiej *Analogia w języku i umyśle. Teoria „grup proporcjonalnych relacji" w badaniach nad kompetencją językową uczniów i studentów* autorstwa Jolanty Panasiuk.

* * *

Mamy nadzieję, że zebrane w siódmym tomie „Logopedii Silesiany" artykuły przyniosą refleksję nad bogactwem zagadnień natury zaburzeń mowy i umożliwią odmienne spojrzenie na znane i szeroko omawiane problemy.

Składam wyrazy wdzięczności Autorom, Recenzentom oraz Redaktorom za ich cenny wkład w powstanie tomu.

Olga Przybyla

CZĘŚĆ PIERWSZA

Prace naukowo-badawcze

Logopedia Silesiana 7

„Logopedia Silesiana", t. 7, ISSN 2391-4297
DOI 10.31261/LOGOPEDIASILESIANA.2018.07.02
(cc) BY-SA

Kateřina Vitásková
Institute of Special Education Studies, Department of Speech and Language Therapy and Communication Ability Studies, Palacký University in Olomouc
0000-0002-6607-0808

Jana Mironova Tabachová
Institute of Special Education Studies, Department of Speech and Language Therapy and Communication Ability Studies, Palacký University in Olomouc
0000-0001-5322-5260

The Evaluation of Sensory Integration and Partial Pragmatic Communication Abilities in Children with Autism Spectrum Disorder with the Application of a New Evaluation Material Speech-Language Therapy Approach

Abstract: Autism spectrum disorder (ASD) is associated with variable communication difficulties and disorders, mostly detected in pragmatic language abilities, sensory integration, and imitation. These components are important for a comprehensive speech-language therapy (SLT) intervention. This article describes the application of a new evaluation material for assessing imitation abilities, partial pragmatic abilities based on the recognition of graphical visual diagrams, and sensory integration in two boys with ASD (diagnosed with childhood autism in accordance with International Classification of Diseases, 10th Revision, WHO) with sensory integration difficulties, dyspraxia symptoms, and imitation skill disturbances. The main objective is to identify potential obstacles to SLT efficiency and the causes of disturbed pragmatic language abilities. The analysis of the case studies shows some progress in communication ability; however, some of the abilities related to sensory integration have been partially inhibited. In one case, we suggest the possible influence of the individual therapy based on the described detailed assessment.

Key words: autism spectrum disorder, speech-language therapy, sensory integration, sensory processing disorder, communication disorder, special needs education

From a speech-language therapy perspective, autism spectrum disorder (ASD) is a communication disorder classified under the so-called secondary (symptomatic) language disorders or, in line with the current inclusive terminology dominant for example in the UK, North America, or Australia, under a specific category of Speech Language and Communication Needs (SLCN), the prevalence of which is around 7%, or behavioural, emotional and social difficulties (BESD).[1]

[1] E. Meschi, J. Micklewright, A. Vignoles, G. Lindsay: *The transitions between categories of special educational needs of pupils with Speech, Language and Communication Needs (SLCN)*

In addition to verbal development abnormalities, the main symptoms in the area of communication include disorders or differences in imitation facial behaviour and peculiarities of sensory perception and integration accompanied by hypersensitivity or hyposensitivity, which may inhibit adequate development of sensorimotor connections and engagement of executive functions in relation to deviations concerning the so-called theory of the mind and higher cognitive processes (e.g. R. Moseley and P. Pulvermüller[2] or C.M.A, Berenguer et al.[3]). These deviations may further disrupt both perception and production of the non-verbal component of communication affecting the pragmatic level of language and thus impair the social use of speech in children with autism spectrum disorders,[4] noticeable for example in the conversation parameters of a clinical dialogue as demonstrated by Larkin et al.[5]

The mentioned peculiarities may then determine the course and success of speech-language diagnosis, but especially speech-language therapy (for example L. C. Tung et al.[6]). From a comprehensive holistic perspective, it is necessary to take into account familial effects influenced by many etiologically determined clinical and genetic aspects that develop a relatively complex network that variably oscillates between various syndromic and non-syndromic types of defects, as

---

and Autism Spectrum Disorder (ASD) as they progress through the education system. 2012 [Research report. Ref.: DFE-RR247-BCRP11]. Available from: 10.13140/2.1.1754.2404 [access: 25.02.2018]; J. E. Dockrell, P. Howell: *Identifying the challenges and opportunities to meet the needs of children with speech, language and communication difficulties*. "British Journal of Special Education" 2015, vol. 42(4), pp. 411–428. Available from: 10.1111/1467-8578.12115. [access: 4.07.2018]; G. Lindsay, J. Dockrell: *The relationship between speech, language and communication needs (SLCN) and behavioural, emotional and social difficulties (BESD).* 2012. [research report Ref: DFE-RR247-BCRP6], Available from: 10.13140/2.1.2540.6721. [access: 23.11.2018].

[2] R. Moseley, F. Pulvermüller: Special issue: Review: *What can autism teach us about the role of sensorimotor systems in higher cognition? New clues from studies on language, action semantics, and abstract emotional concept processing.* "Cortex" 2018; Available from: 10.1016/j.cortex.2017.11.019 [access: 2.02.2018].

[3] C. Berenguer, A. Miranda, B. Rosell., C. Colomer, I. Baixaul: *Contribution of theory of mind, executive functioning, and pragmatics to socialization behaviors of children with high-functioning autism*. "Journal of Autism and Developmental Disorders" 2018, vol. 48, pp. 430–441. Available from: 10.1007/s10803-017-3349-0 [access: 2.02.2018].

[4] D. Keen, H. Meadan, N. Brady, J. Halle: *Prelinguistic and minimally verbal communicators on the autism spectrum* [e-book]. New York, NY, , Springer Science + Business Media, 2016. Available from: PsycINFO, Ipswich, MA [access: 21.01.2018].

[5] F. Larkin, J. A. Hobson, R.P. Hobson, A. Tolmie: *Research paper: Collaborative competence in dialogue: Pragmatic language impairment as a window onto the psychopathology of autism*. "Research in Autism Spectrum Disorders" 2017, 43–44, pp. 27–39. Available from: 10.1016/j.rasd.2017.09.004 [access: 2.02.2018].

[6] L.C. Tung, C. K. Lin, C. L. Hsieh, C. C. Chen, C. T. Huang, C. H. Wang: *Sensory integration dysfunction affects efficacy of speech therapy on children with functional articulation disorders*. "Neuropsychiatric Disease and Treatment" 2013, vol. 9, pp. 87–92. Available from: Science Citation Index, Ipswich, MA [access: 18.03.2018].

suggested in their research studies by for example by V. Ruggieri and C. Arberas[7] or S. Alvarez.[8]

A research team focused on the identification of developmental and behavioural markers of genetic abnormalities in children with autism spectrum disorders led by Bishop[9] confirmed her long-term assumption that the assessment of the differences in communication and other types of behaviour in children with ASD in the key stages of early development, combined with standardized objectively assessable testing may help in tracing probable etiological determinants and also clinical differential diagnoses, but not without primary consideration of developmental and demographic variables. The genetic conditionality of ASD may affect the assessment of communication manifestations associated with autistic behaviour in the context of a narrower social group, especially the family, as suggested for example by Taylor, et al.,[10] as well as the resistance of certain deviations concerning the perception and production of communication behaviour in the context of the reciprocal impact of genetic and endogenous genetic and external factors on the modification of neurodevelopmental disorders (as confirmed e.g. by the results of a cross-diagnostic research study by J. Homberg et al.[11]

Communication behaviour in the area of verbal as well as non-verbal speech production resulting in the functional pragmatic level of language is also affected by a possible comorbidity with the developmental coordination disorder, where one of the clinical symptomatological subtypes is, according to M. Farmer, B. Echenne, & M. Bentourkia,[12] associated not only with language difficulties, but

---

[7] V. Ruggieri, C. Arberas: *Trastornos generalizados del desarrollo: Aspectos clínicos y genéticos Pervasive developmental disorders: Clinical and genetics aspects*. "Medicina" 2007, vol. 67(6), pp. 569–585. Available from: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025--76802007000700006&lng=es [access: 25.02.2018].

[8] S. Alvarez: Early *Communication Development in Infants at High and Low Genetic Risk for Autism Spectrum Disorders: an Examination of Communication Spontaneity* [e-book]. ProQuest LLC; 2013. Available from: ERIC, Ipswich, MA. [access: 25.05.2018].

[9] S. L. Bishop, C. Farmer, V. Bal, E. Robinson, A. Willsey, D. Werling, K. Havdahl, S. Sanders, A. Thurm: *Identification of Developmental and Behavioral Markers Associated With Genetic Abnormalities in Autism Spectrum Disorder*. "American Journal Of Psychiatry" 2017, vol. 74(6), p. 576. Available from: 10.1176/appi.ajp.2017.16101115 [access: 25.02.2018].

[10] L. J. Taylor, M. T. Maybery, J. Wray., D. Ravine., A. Hunt, A. O. Whitehouse: *Brief Report: Do the Nature of Communication Impairments in Autism Spectrum Disorders Relate to the Broader Autism Phenotype in Parents?* "Journal of Autism & Developmental Disorders" 2013, vol. 3(12), pp. 2984–2989. Available from: 10.1007/s10803-013-1838-3 [access: 15.06.2018].

[11] J. R. Homberg, E. J. Kyzar, M. L. Scattoni, W. H. Norton, J. Pittman, S. Gaikwad, M. Nguyen, M. K. Poudel, J. F. Ullmann, D. M. Diamond, A. A. Kaluyeva, M. O. Parker, R. E. Brown, C. Song, R. R. Gainetdinov, I. I. Gottesman, A. V. Kalueff: *Review: Genetic and environmental modulation of neurodevelopmental disorders: Translational insights from labs to beds*. "Brain Research Bulletin" 2016, vol. 125, pp. 79–91. Available from: 10.1016/j.brainresbull.2016.04.015 [access: 25.02.2018].

[12] M. Farmer., B. Echenne, M. Bentourkia: *Original article: Study of clinical characteristics in young subjects with Developmental coordination disorder,* "Brain and Development" 2016, vol. 38(6),

also with orofacial dyspraxia. According to M. Miller et al.,[13] dyspraxia (developmental coordination disorder) in autism is conditioned by disrupted cerebellar mechanisms responsible for motor control, and integration of these mechanisms with cortical networks. As a result, motor functions are connected with visual-motor integration. They inform about previously confirmed ideation or bucofacial dyspraxia (compare also e.g. with E. Sharer et al.[14]).

The authors of the present study believe that the assessment of any determining effects on specific components potentially affecting the pragmatic level of language in children with autism spectrum disorders is necessary for the determination of an adequate approximal therapeutic procedure involving etiological preconditions concerning any deviations in facial behaviour (interoception and exteroception, orofacial movements, imitation motor behaviour, etc. – see e.g. K. Vitásková and A. Říhová[15]). In line with the research findings of T. Tavasolli et al.,[16] or P.Posar and P. Visconti,[17] we believe that the atypical sensory reactivity of subjects with autism spectrum disorder may play crucial role in understadning their abnormal behaviours, and keeping that in mind, a formal evaluation of sensory function should be an integral part of the each evaluation, especially in the context of further speech-language therapy intervention.

For these reasons, the authors of the present article/study have for a long time analysed the originally developed tools for the assessment of pragmatic communication behaviour by a speech-language therapist, also in the context of oral praxis and oral sensory skills within sensory integration disorders and imitation behaviour deviations, as well as visual and auditory perception in persons with autism spectrum disorders and related diagnoses (see for example K. Vitásková,

---

pp. 538–547. Available from: https://doi.org/10.1016/j.braindev.2015.12.01 [access: 15.05.2018].

[13] M. Miller, L. Chukoskie, M. Zinni, J. Townsend, D. Trauner: *Research report: Dyspraxia, motor function and visual–motor integration in autism*. "Behavioural Brain Research" 2014, vol. 269, pp. 95–102. Avalaible from: 10.1016/j.bbr.2014.04.011 [access: 15.08.2016].

[14] E. Sharer, D. Crocetti, J. Muschelli, A.D. Barber, M. B. Nebel, B.S. Caffo, J.J. Pekar, S.H. Mostofsky *Neural Correlates of Visuomotor Learning in Autism*. "Journal of Child Neurology" 2015, vol. 30(14), pp. 1877–1886. Available from: https://doi.org/10.1177/0883073815600869 [access: 10.06.2018]

[15] K. Vitásková, A. Říhová: *Challenges Resulting from Pragmatic Language Level Difficulties and Their Recognition in Children with Autism Spectrum Disorders*. In: *Teilhabe und Vielfalt: Herausforderungen einer Weltgesellschaft*. Eds. I. Hedderich, R. Zahnd. Bad Heilbrunn, Verlag Julius Klinkhardt 2016, pp. 222–230. Available from: http://www.klinkhardt.de/verlagsprogramm/2059.html [access: 15.06.2018].

[16] T. Tavassoli, L. J. Miller, S. A. Schoen, J. J. Brout, J. Sullivan, S. Baron-Cohen: *Sensory reactivity, empathizing and systemizing in autism spectrum conditions and sensory processing disorder.* "Developmental cognitive neuroscience" 2018, vol. 29, pp. 72–77. Available from: https://doi.org/10.1016/j.dcn.2017.05.005 [access: 14.04.2018].

[17] P. Posar, P. Visconti: *Sensory abnormalities in children with autism spectrum disorder.* "Jornal de Pediatria" (Versão em Português), 2018, vol. 94(4), pp. 342–350. Available from: https://doi.org/10.1016/j.jped.2017.08.008 [access: 29.11.2018].

A. Říhová, & J. Dostálová,[18] or K. Vitásková, M. Málková and A. Hlavinková[19]). In most cases, a mixed methodological design is used, as it shows to be the most suitable for individualized assessment of real abilities of the child, the results of which are then directly implemented in the development of a comprehensive speech-language therapy intervention in order to increase its quality and efficiency. The mixed research study described below is linked with the results of the authors' previous research studies.

Research methodology – description of the objectives and methods

To demonstrate the use of the screening tool, a case study of two children is provided – a boy (B1) aged 5 years and 5 months diagnosed with childhood autism, tactile and auditory hyposensitivity, and a boy (B2) aged 3 years and 11 months diagnosed with childhood autism, disrupted perception and sensory integration, and difficulties in the receptive and expressive language component.

To assess the current pragmatic level of language and perception, the authors used the following record sheets, which are part of the originally developed assessment tool verified on children with ASD, specific language impairment (developmental dysphasia), mild intellectual disability, and a typical population of peers (partial result of a GACR project "Assessment of the pragmatic language level in children with autism spectrum disorders" – GA14-31457S, 2014/2016, Investigator: Vitásková) complemented with sensory integration assessment (for details about the assessment tool, see publication by Vitásková and Kytnarová[20]): Record sheet A – Assessment of pragmatic level of language (based on observation and assessment of graphical visual diagrams of pragmatic communication situations of the child's everyday life), and Record sheet C – Screening assessment of perception-sensory integration. The data collection was performed from September 2017 to

[18] K. Vitásková, A. Říhová, L. Dostálová: *The Consequences of Pragmatic Language Level Impairment and Auditory Agnosia in Individuals with Autism Spectrum Disorder.* In: EDULEARN14 Proceedings. Madrid, IATED 2014, pp. 7432–7440.

[19] K. Vitásková, M. Málková, A. Hlavinková: *Ověřování výzkumných možností diagnostiky orální stereognozie v oblasti symptomatických poruch řeči u dětí – význam pro interdisciplinární praxi.* In: *PhD existence 2016 Česko-slovenská psychologická konference (nejen) pro doktorandy a o doktorandech. Sborník odborných příspěvků.* Olomouc, Univerzita Palackého v Olomouci 2016, pp. 124–131. Available from: http://contexo.cz/files/other/filemanager/Files/PHD%20VI/phdexistence2016_web2.pdf [access: 14.04.2018].

[20] K. Vitásková, L. Kytnarová: *Pragmatická jazyková rovina u osob s poruchami autistického spektra. (Hodnocení pragmatické jazykové roviny u osob s poruchami autistického spektra z pohledu logopeda).* Olomouc, Univerzita Palackého 2017.

February 2018. In September 2017, the primary assessment was performed, based on which an individual therapeutic plan was developed. From September 2017 to February 2018 a targeted therapeutic intervention was performed and in 2018 a verification procedure was carried out.

Record sheet A – Assessment of pragmatic level of language consists of two parts – observation (O) and testing (T). The two components are assessed in the following areas: problem behaviour, visual contact, sensory integration, social interaction and abilities (addressing, greeting another person); social interaction and abilities (changing communication roles, communication rules); motor imitation, facial expressions. In the area of observation the scoring range is 0–4 points (0 – no symptoms, 4 – severe symptoms). During the testing procedure a participant is presented with a series of pictures and asked to choose one that according to the participant corresponds with the respective social situation. No points are awarded for a correct answer; 1 point is awarded for an incorrect answer. Record sheet C – Screening assessment of perception-sensory integration is based on observation. The following areas are assessed: touch, proprioception, vestibular system, auditory perception, visual perception, taste and smell. The severity of the problem is expressed on a scale from 0 to 4 (0 – no problem, 4 – severe disorder; learning and social interaction almost impossible).

Results of the research – description of a case report and partial discussion

The following section describes two case reports including boys with childhood autism, where the assessment tool mentioned above and developed under a GACR project (see above) was applied together with an assessment of sensory integration and comparison of the findings, which not only enrich the current knowledge in terms of speech-language therapy diagnostics and intervention, but also demonstrate possible application of the developed assessment tool in the context of assessing pragmatic aspects of communication.

Case 1

B1 was born from second normal pregnancy without any recorded complications. The delivery took place after due date, was induced, a caesarean section was performed as a result of non-progressing delivery and weak blood flow in the umbilical cord. Apgar score: 9-10-10, values at birth 52 cm, 3680 g. Mild neonatal jaundice (*icterus neonatorum*). Breastfed for 3 months, breastfeeding being

very painful for the mother due to strong suckling, later she was diagnosed with extensive mastitis; then the boy was fed from a bottle until almost 18 months of age. Motor development was normal, first words were pronounced at the age of 8 to 9 months, at around 18 months of age the boy ceased to communicate verbally. He started to communicate verbally again before 4 years of age. His vocabulary is expanding, but remains limited in comparison with his peers, passive vocabulary exceeds active vocabulary. The morphological-syntactical level of language is undeveloped, the boy is unable to decline words, constructing a sentence is performed by mechanical ordering of words, they are mostly nouns, the boy seldom uses verbs spontaneously, the number of adjectives is very limited. He rarely achieves the communication intent, in case of a failure the boy shows defiance, aggression – throwing objects, hitting things and people around. B1 is tactually hyposensitive – he has a tendency to put various objects in his mouth, discovers the properties of objects through oral perception, requires a tight tactile contact with objects and people, requires tight clothes, firmly attached shoes, strong tactile stimuli (directed at both, himself and other people and things), searches for distinct surface texture, vibrations etc. His auditory perception is also hyposensitive, requires higher sound intensity, likes loud music, constantly produces loud sounds, enjoys shopping centres, public spaces, all noisy and vibrant places.

The speech-language therapy focuses on the development of communication skills – verbal and non-verbal. A communication handbook was provided – communication takes place through pictures and pictograms, sometimes the boy tends to react to a symbol verbally. He uses words from the book in verbal communication but always with a two- to three-month delay. The therapy further focuses on the training of self-care activities and understanding of social situations (the therapy uses training situations and diagrams from publications focused on the development of these areas). An integral part of the therapy is improving tactile perception, boy's awareness of his body, and improving auditory perception.

Assessment of the pragmatic level of language: initial assessment was performed in September 2017 when the boy was five years old (see Table 1). In areas assessed by means of observation the boy scored 17 points and in areas assessed through testing the boy scored 20 points. The best results were achieved in the category of visual contact, where the boy analysed correctly two out of three visual diagrams representing pragmatic communication situations (visual contact, parting). Based on observation the boy was classified in category 1 – occasional problems, visual contact may differ from other children. The greatest difficulties were observed in the area of sensory integration; in the test the boy scored the maximum number of 2 points. Incorrect analysis of the diagram in the area of proxemics and greeting. Based on observation the boy was included in category 3 – persisting symptoms of a serious nature that have a negative effect on the learning process and everyday activities. The maximum number of points was also scored in the area of social interaction 2 (ability to change communica-

tion roles and observe communication rules). Incorrect analysis of the situation aimed at waiting for communication and changing communication roles. Based on observation the boy was included in category 3 – almost does not change communication roles, does not observe communication rules, only after being notified or rewarded. The last very problematic area is motor imitation, where the boy is capable of imitation involving an object in the categories of drinking from a cup and combing. In terms of imitation without an object the boy is capable of clapping and waving. As far as oromotor communication is concerned the boy is unable to imitate any motor operation. The observed manifestations fall within category 3 – persisting problems of a serious nature, negative impact on learning and social interaction, performs after notification or reward. The results in individual areas are shown in Table 1.

Table 1. Assessment 1 – Record sheet A

Area	Observation (points)	Testing (n/N)
Problem behaviour	3	4/6
Eye contact	1	1/3
Sensory integration	3	2/2
Social interaction	2	3/5
Social interaction 2	3	2/2
Motor imitation	3	8/12
Facial expression	2	–

A repeated assessment was performed in February 2018 (see Table 2). The boy achieved only slightly better results in observation (15 points), but significantly better results in testing (13 points). The results in individual areas are shown in Table 2. Observation suggested improvement in problem behaviour and sensory integration; in both cases B1 was included in category 2 – frequent symptoms with mild manifestations that have an effect on the process of learning and everyday activities. Deterioration was not observed in any of the monitored areas. Testing suggested improvement in problem behaviour, where the therapy had a positive effect on communication behaviour and correct analyses of situations when the boy wanted something. No improvement was observed in the area of identification of a correct diagram expressing displeasure. B1 failed to understand the purpose of the diagram during the first or second testing and was unable to resolve the social situation. However, in real training and application of this social behaviour a significant improvement was observed. He no longer expresses his displeasure, neither towards himself nor towards other people and objects in an aggressive way; the boy's behaviour in general improved. The boy identified the diagram aimed at a reaction to loss correctly, but understood the picture as

correct because children played together. The boy was unable to understand the principle of the diagram.

The targeted therapy improved the boy's identification of the correct diagram which represented the act of greeting. Practical training of greeting including a handshake was performed as part of the speech-language therapy but also in kindergarten. In the area of social interaction and the ability to address and greet another person, the boy achieved better results in greeting and saying that he wanted something. In terms of imitation, an improvement was observed in imitating tongue protrusion and kissing a toy.

Table 2. Assessment 2 – Record sheet A

Area	Observation (points)	Testing (n/N)
Problem behaviour	2	3/6
Eye contact	1	0/3
Sensory integration	2	1/2
Social interaction	2	1/5
Social interaction 2	3	2/2
Motor imitation	3	6/12
Facial expression	2	–

Screening assessment of perception-sensory integration: Record sheet C was completed on the basis of direct observation by the speech-language therapist and an interview with the child's parent always after testing of the pragmatic level of language by graphical visual diagrams. B1 achieved 49 of the total of 140 points. The number of points scored in individual areas is shown in Table 3. The greatest difficulties were manifested in the area of tactile perception. B1 is hyposensitive and requires a firmer touch on various body parts, requires a strong hold during hugging. Requires tight clothes, his shoes must be firm and heavy, and at the same time firmly attached. During washing the boy prefers a facecloth with a coarse structure or a brush with stiff hairs. Food texture must be lumpy, food ought to be highly seasoned (salty, sweet, spicy), either hot or cold. The boy does not respect personal space, needs to be close to other people. No difficulties were observed in the area of walking, there are no signs of broad base or tiptoe gait. The other significantly impaired area is auditory perception, the boy again shows signs of hyposensitivity. He searches for loud music, loud noises, likes to watch an ambulance or a fire fighting vehicle go by. He is attracted by the source of the sound and runs towards it. He likes to visit shopping centres, shops, all places that are busy and noisy. If there is no source of a loud sound around the boy, he tries to produce it himself. He does not like silence, if the boy is in a calm environment and has no opportunity to produce a loud sound, he shows signs of

bruxism (grinding teeth). He likes to sing, but again it has to be loud. He does not like games with rapidly changing verbal instructions. He is unable to follow a quick series of instructions. These games induce fits of aggression directed at himself, other people or surrounding objects. Virtually only difficulties pertaining to vestibular system were associated with activities requiring balance. B1 is unable to ride a bicycle, ski or skate. In the area of proprioception, differences were observed in high-risk activities, where the boy is not aware of the risk. The boy jumps from height, climbs to high places, leans from windows, etc. Another noticeable aspect is food texture, which needs to be strong, the same applies to taste and temperature. The boy does not prefer fine food texture, but accepts yoghurt or pudding when fed. The area of visual perception is unbalanced. The greatest difficulties were observed during activities that require eye-hand coordination. B1 is unable to catch a ball, not even with both hands, has difficulty drawing and solving a jigsaw puzzle. No difficulties were observed with transition from light to dark and vice versa. B1 has no difficulties with olfaction, except for checking unusual bad or nice smells. Greater difficulties were observed in the area of gustation.

Table 3. Assessment 1 – Record sheet C

	Touch	Proprioception	Vestibular system	Auditory perception	Visual perception	Gustation and olfaction
Points	14	8	2	12	7	6

A re-assessment of sensory integration was performed in February, during which his parents together with the speech-language therapist completed Record sheet C. In the repeated assessment B1 scored 42 points, which is 7 points less compared to the first assessment. The results in individual areas are shown in Table 4. Following the targeted therapy, the greatest progress was observed in the area of tactile perception. The boy no longer searches for a strong hold or a strong hug, his clothing does not have to be tight, the boy now accepts slightly loose clothes, he is able to remove his shoes for a while during the day. There has been an improvement in the boy's perception in the oral cavity, food temperature was decreased from hot to warm, burns in the oral cavity are less frequent. A higher score was observed in proprioception. One point less was scored in the area of food texture, B1 improved in fine motor activities (drawing, building blocks, handling objects, etc.) The last area where improvement was observed is visual perception. The boy improved in activities requiring eye-hand coordination. The boy was motivated for activities requiring eye-hand coordination by a bubble blower. During the therapeutic sessions he started to search for activities with a bubble blower and improved in motor-visual hand-eye coordination and later

also in eye-hand coordination. No improvement was observed in the area of the vestibular system, gustation and olfaction, or one of the most impaired areas – auditory perception.

Table 4. Assessment 2 – Record sheet C

	Touch	Proprioception	Vestibular system	Auditory perception	Visual perception	Gustation and olfaction
Points	10	6	2	12	6	6

Case study 2

Boy (B2) aged 3 years and 11 months diagnosed with childhood autism, impaired perception-sensory integration, and difficulties in the receptive as well as expressive language component. Regarding the boy's age, only Record sheet C was used – Screening assessment of perception-sensory integration. The collection of primary data was performed in November 2018. The initial information was used to produce a therapeutic plan, which will be implemented and regularly assessed in the following months.

B2 was born from a first, high-risk pregnancy. The mother suffered from gestation diabetes, which was compensated by diet. The delivery was induced in due date, there were concerns about larger size of the new-born. Head first presentation, adequate postpartum adaptation (Apgar score 10-10-10), mild neonatal jaundice. The values at birth were 51 cm, 3700 g. The boy received standard vaccination, at around 6 years of age showed signs of sleep disorders. The boy was referred to a neurologist, where he was diagnosed with hyperexcitability. The boy's sleep normalized at the age of 2.5 years, currently the boy does not sleep during the day, at night sleeps for a maximum of 6–7 hours without interruption. Difficulties while breastfeeding, weak suckling, problems with coordination. Fed from a bottle, from 6 months of age provided complementary feeding. Without dietary restrictions, he eats almost every type of food but must be at home or without the presence of unknown people, otherwise refuses to eat. Early development of gross motor skills was normal – head raised with forearm support at the age of 4 months, rolled from back to belly and vice versa at the age of 6 months, crawling on all four from 9 months of age, began to sit independently at the same age. Independent walking from 14 months of age. Started to walk on foot soles at the age of 17 months – 50% (50% tiptoe walking). During a repeated examination by a neurologist at the age of 3 years an improvement was observed, only 30% of tiptoe walking, but now tiptoe walking prevails again (up to 70%). Changes between child sitting and W-sitting. In case

of positive emotions stands on tiptoes and flaps his hands in front of the face. In comparison with his peers there is a noticeable delay in walking upstairs and downstairs and running, does not use a riding toy or a bicycle. Prefers his right upper extremity, for writing utensils uses palmar grasp or pincer grasp. The boy does not favour drawing activities. According to the boy's parents, pre-speech development was normal (gurgling, babbling at the age of 6 months, between 9 and 12 months he began to reduplicate syllables, but without functional use). Began to use first words at the age of two years – *mom*, *dad*, *no-no*, *yeah-yeah*. Speech development stagnates, when the boy learns a new word, he ceases to use it after a few days. The parents estimate the boy's current vocabulary to include 20 words that vary. The boy uses gestures and pointing to communicate. The boy's appetence for communication varies, if he wants or needs something he tries to communicate. He usually fails to achieve the communication intent. His speech is dominated by babble, but tries to maintain word melody. In terms of morphology and syntax the boy uses single-word expressions, also uses two-word units including gesture + word, gesture + gesture. Declines the words mom and dad. The boy's comprehension is lowered, a clear example must be provided, but even in that case comprehension tends to remain insufficient. He understands only trained phrases and activities. Targeted therapy is further complicated by significant emotional instability – sorrowfulness, tearfulness, defiance, angriness. When the boy does not agree he runs to the corner or hides, starts crying and becomes angry. Obvious frustration as a result of his failure to achieve the communication intent, when the intent is achieved or the boy is praised he shows very positive emotions. Insufficient visual contact from the age of 6 months, when the boy wants something he looks at his communication partner but visual contact is very short.

In terms of tactile perception (Table 1), B2 achieved 12 of the total of 24 points. There is a clear imbalance between individual items; some areas are not difficult at all for the boy, while in others the boy shows severe impairment. Therefore, the boy is assessed to be of a tactile-mixed type. He requires physical contact with a close person, he likes touching, tickling and cuddling. As far as clothes are concerned, there are no problems with clothing preferences. He has considerable difficulty washing his hair, face, nail cutting and combing. He refuses to brush his teeth, is willing to take a bath only if he sees his younger sister taking a bath. He does not like to have his hair washed. He likes to play with water, he has no problems with textures such as sand, stones, etc. He has difficulties with food intake. He refuses to eat in an unfamiliar environment or in kindergarten, or when unknown people are present. His food must be cut into pieces so that he does not have to bite off for example a roll or a slice of bread. He moves his food to the molars, is sensitive in the area of the upper as well as lower incisors. Has drunk through a straw since 6 months of age. B2 does not respect personal zones (assessed as moderate disorder), gets too close to other people or maintains

an excessive distance from a communication partner. He has considerable difficulty walking, he usually walks on tiptoes when he puts on his socks, when he walks barefoot the proportion between tiptoe and foot sole walking is balanced. When he puts on his shoes the type of walking varies.

In the area of proprioception the score was 8 points in the first three monitored items that seem the most problematic. Specifically, these include searching for activities such as swinging, jumping, climbing, very active games, constant need to be in motion and change body position. The boy also searches for high-risk activities such as jumping from higher places, climbing in height, etc. The most problematic area includes fine motor activities, which the boy does not like at all and when offered, the boy acts in the heat of passion. On the contrary, food intake in terms of texture appears to be easy. The boy does not tend to hide or close his eyes.

There are also differences in the area of the vestibular system. At least a slight difference was observed in all items monitored in the present study. The most significant disorder was observed in activities that require balance such as cycling, skiing or skating. B2 does not search for these activities and again when offered he shows negative behaviour or anger. When the boy stands on a less stable surface, he gets angry. The boy searches for toys that spin or tries to spin objects that are not primarily designed for it. However, this area is assessed as a moderate disorder. The boy showed slight or occasional problems in activities that require a change in head position, when travelling by car and going down the slide, in the lift or on the escalator. In the area of the vestibular system, 12 points were scored of the total of 24.

The most impaired area is auditory perception. Here the boy shows the greatest difficulties and the score is 18 points of the total of 24. The boy is impaired in the sense of hypersensitivity. Regarding the specificities of the disorder the boy's parents were recommended the BERA examination in order to identify which levels of sound intensity are impaired. In four items out of six, a score of 4 was ticked, which suggests a severe disorder. These areas include listening to loud sounds (hooting, washing machine, drilling), problems with remaining in a noisy environment (shop, public events such as funfair, public celebrations, etc.), shows anger in case of unfamiliar and feared noises. B2 is unable to play games with rapidly changing sounds, but is able to listen to rapidly changing sounds. A moderate impairment was observed in the area of audio background; the boy's reactions to this type of sound varied. No difficulties were observed in listening to someone else singing. B2 prefers pop songs to children's songs.

In the area of visual perception, 9 points were scored of the total 24. Again, a considerable disharmony was observed between the items. Two items were observed not to have any difficulties. Specifically, these included watching television, transition to dark or dim light. Slight difficulties were observed in watching glittering or moving objects; the boy rarely watches those with excessive inter-

est. B2 does not search for bright light or sunlight. On a very sunny day the boy would hide in a dark corner and would not go out. Sunglasses do not help, the boy refuses to have them on his face and removes them.

Gustation and olfaction seemed to be the least impaired areas. The boy has difficulties only with new food, which he carefully examines. If the food is cut so that he can move it right to his molars, he tastes the food but needs to watch somebody else eating. He will not bite a large chunk of food. If the food has unnatural colour or consistency, the boy refuses to taste it. In case of new food it very much depends on the environment where the boy tastes it. He is willing to taste new food only at home and if people he is familiar with are present.

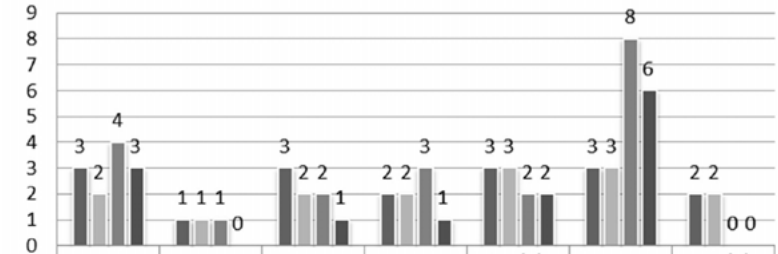
Table 5. Assessment 1 – Record sheet C

	Touch	Proprioception	Vestibular system	Auditory perception	Visual perception	Gustation and olfaction
Points	12	8	12	18	9	2

Discussion and conclusion

The case studies describe two boys with autism spectrum disorders – childhood autism. The effectiveness of the selected speech-language therapy was assessed by means of Record sheet A Assessment of pragmatic level of language in the case of B1, and Record sheet C Screening assessment of perception-sensory integration in both cases.

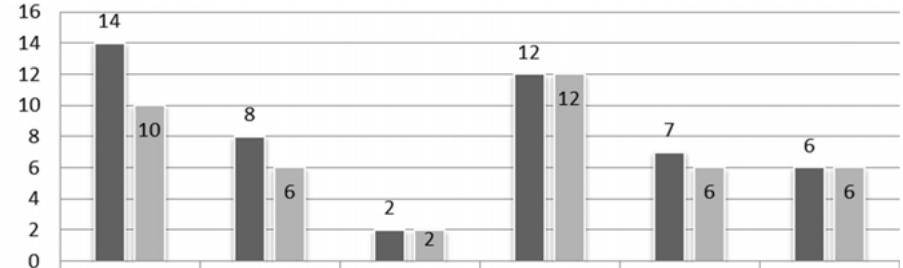
A comparison of the results achieved by B1 in the assessment of the pragmatic level of language (Figure 1) suggests no improvement in the area of facial expression and social interaction 2 assessed by means of testing. As far as observation is concerned, there was no change in the area of social interaction or motor imitation. In the identification of a correct reaction to waiting for communication, B1 responded in the same way during the first and second testing. He searched for differences in the pictures but did not pay attention to the situation itself. In both cases the best reaction was observed in behaviour in a shop; the boy explained that he does the shopping with his mother in this way. He identified visual contact correctly in both cases but was unable to explain why. It took the longest time to examine visual diagrams aimed at the assessment of proxemics. He was unable to understand the situation and asked for explanation several times. During the second testing a clear improvement was observed in cooperation and attention. B1 remembered some pictures and responded in a joyful way by shaking his hands in front of the face.



	Problem behaviour	Visual contact	Sensory integration	Social interaction	Social interaction 2	Motor imitation	Facial expressions
P1	3	1	3	2	3	3	2
P2	2	1	2	2	3	3	2
T1	4	1	2	3	2	8	0
T2	3	0	1	1	2	6	0

Figure 1. Comparison of the results of the first and second assessment B1 – Record sheet A

A repeated assessment of perception-sensory integration in B1 (Figure 2) revealed an improvement by 7 points in the area of touch and visual perception. The results suggest that the therapy aimed at tactile perception is effective, but it will be further necessary to focus on the area of auditory perception, where no improvement has been observed so far. However, a positive fact is that no deterioration has been observed in any of the monitored areas.



	Touch	Proprioception	Vestibular system	Auditory perception	Visual perception	Gustation and olfaction
H1	14	8	2	12	7	6
H2	10	6	2	12	6	6

Figure 2. Comparison of the results of assessment 1 and assessment 2 – Record sheet C

The primary assessment of Boy 2 using Record sheet C – Screening assessment of perception-sensory integration focused on the areas in which the boy has serious difficulties. This assessment allows the therapy to be targeted directly at the problematic areas. The most significant aspect in speech development appears to be the area of auditory perception. The parents have already arranged a hearing

examination (BERA). Before the results of the examination are available, the boy will be stimulated by means of increasing sound intensity. He will also practice sound localization, sound identification and linking sounds with objects. They will record all sounds that will induce the boy's negative reaction. On the basis of the results of the hearing examination, the content of the hearing therapy will be specified. To improve tactile skills the parents were trained in therapeutic brushing and stimulation of acupressure points on the foot sole. They borrowed a set of tactile squares, which will be used to stimulate the boy's soles. To increase the boy's interest in activities that involve visuomotor coordination, the following will be used: bubble blower (catching bubbles with both hands, one hand, fingers), regular obstacle courses to support crawling on all four, climbing on a climbing wall. In terms of speech development it is desirable to improve sensory integration and build high-quality comprehension supported by the PECS alternative communication system, structure, and visualization.

Conclusions

The record sheets may be very beneficial not only in the assessment of the effectiveness of therapeutic approaches but also in the assessment of the client's progress. When the information is recorded, it is then possible to target the therapy at areas where stagnation or deterioration occurs. The development of graphs is beneficial not only for the speech-language therapist but also for the parents who sometimes do not notice the progress of their child and may lose motivation for further therapy. Some of the results (for example in the assessment of the proxemics visual diagram) are consistent with the conclusions of the authors' comparative GACR research study, where the assessment of proxemics showed to be the most difficult across all groups of the research sample (see above; for further reference, see e.g. in K. Vitásková, & L. Kytnarová.[21]

[21] K. Vitásková, L. Kytnarová: *The evaluation of pragmatic level of language in children with autism spectrum disorder.* Olomouc, Univerzita Palackého 2018; K. Vitásková, L. Kytnarová: *The Role of Speech and Language Therapist in Autism Spectrum Disorders Intervention – An Inclusive Approach*. In: Advances in Speech-language Pathology. Ed. F. D. M. Fernandes. Rijeka, InTech 2017, pp. 355–370. Available from: 10.5772/intechopen.70235. [access: 15.06.2018].

Acknowledgments

The research results constitute partial results of the grant GAČR GA 14-31457S (2014–2016) "Pragmatic Language Level of Individuals with Autism Spectrum Disorders" (principal researcher: Assoc. Prof. Vitásková) and specific research "Research on selected parameters of communication, language and orofacial processes from a speech and language therapy perspective", IGA_PdF_2018_024 (principal researcher: Assoc. Prof. Kateřina Vitásková).

Literature

Alvarez S: Early *Communication Development in Infants at High and Low Genetic Risk for Autism Spectrum Disorders: an Examination of Communication Spontaneity* [e-book]. ProQuest LLC; 2013. Available from: ERIC, Ipswich, MA. [access: 25.05.2018].

Berenguer C., Miranda A., Roselló B., Colomer C., Baixauli I.: *Contribution of Theory of Mind, Executive Functioning, and Pragmatics to Socialization Behaviors of Children with High-Functioning Autism*. "Journal of Autism And Developmental Disorders" 2018, vol. 48, pp. 430–441. Available from: 10.1007/s10803-017-3349-0. [access: 02.02.2018].

Bishop S L., Farmer C., Bal V., Robinson E., Willsey A., Werling D., Havdahl K., Sanders S., Thurm A.: *Identification of Developmental and Behavioral Markers Associated With Genetic Abnormalities in Autism Spectrum Disorder*, "American Journal Of Psychiatry" 2017, vol. 174(6), pp. 576. Available from: 10.1176/appi.ajp.2017.16101115 [access: 25.02.2018].

Dockrell J. E., Howell P.: *Identifying the challenges and opportunities to meet the needs of children with speech, language and communication difficulties*. "British Journal of Special Education" 2015, vol. 42(4), pp. 411–428. Available from: https://doi.org/10.1111/1467-8578.12115. [access: 4.07.2018].

Farmer M., Echenne B., Bentourkia M.: *Original article: Study of clinical characteristics in young subjects with Developmental coordination disorder*. "Brain and Development" 2016, vol. 38(6), pp. 538–547. Available from: https://doi.org/10.1016/j.braindev.2015.12.01. [access: 15.05.2018].

Homberg J. R., Kyzar E. J., Scattoni M. L., Norton W. H., Pittman J., Gaikwad S., Nguyen M., Poudel M. K., Ullmann J. F., Diamond D. M., Kaluyeva A. A., Parker M. O., Brown R. E., Song C., Gainetdinov R. R., Gottesman I. I., Kalueff A. V. *Review: Genetic and environmental modulation of neurodevelopmental disorders: Translational insights from labs to beds*. "Brain Research Bulletin 2016, vol. 125, pp. 79–91. Available from: 10.1016/j.brainresbull.2016.04.015. [Access: 25.02.2018].

Keen D., Meadan H., Brady N., Halle J.: *Prelinguistic And Minimally Verbal Communicators On The Autism Spectrum* [e-book]. New York, NY, US, Springer Science + Business Media; 2016. Available from: PsycINFO, Ipswich, MA. [access: 21.01.2018].

Larkin F., Hobson J. A., Hobson R. P., Tolmie A.: *Research paper: Collaborative competence in dialogue: Pragmatic language impairment as a window onto the psychopathology of autism*. "Research in Autism Spectrum Disorders" 2017, vol. 43–44, pp. 27–39. Available from: 10.1016/j.rasd.2017.09.004 [access: 19.03.2018].

Lindsay G., Dockrell J.: *The relationship between speech, language and communication needs (SLCN) and behavioural, emotional and social difficulties (BESD),* 2012. [research report Ref: DFE-RR247-BCRP6], Available from: DOI:10.13140/2.1.2540.6721 [access: 23.11.2018].

Meschi E., Micklewright J., Vignoles A., Lindsay G.: *The transitions between categories of special educational needs of pupils with Speech, Language and Communication Needs (SLCN) and Autism Spectrum Disorder (ASD) as they progress through the education system*. Research report. [Report number: DFE-RR247-BCRP11]. Available from: 10.13140/2.1.1754.2404 [access: 25.02.2018].

Miller M., Chukoskie L., Zinni M., Townsend J., Trauner D.: *Research report: Dyspraxia, motor function and visual-motor integration in autism*. "Behavioural Brain Research" 2014, vol. 269, pp. 95–102. Avalaible from: 10.1016/j.bbr.2014.04.011 [access: 15.08.2016].

Moseley R. L., Pulvermüller F.: *Special issue: Review: What can autism teach us about the role of sensorimotor systems in higher cognition? New clues from studies on language, action semantics, and abstract emotional concept processing,* "Cortex" 2018, vol. 100, pp. 149–190. Available from: 10.1016/j.cortex.2017.11.019 [access: 2.02.2018].

Posar P., Visconti P. *Sensory abnormalities in children with autism spectrum disorder.* "Jornal de Pediatria" (Versão em Português), 2018, vol. 94(4), pp. 342–350. Available from: https://doi.org/10.1016/j.jped.2017.08.008 [access: 29.11.2018].

Ruggieri V., Arberas C.: *Trastornos generalizados del desarrollo: Aspectos clínicos y genéticos Pervasive developmental disorders: Clinical and genetics aspects* . "Medicina" 2007, vol. 67(6), pp. 569–585. Available from: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802007000700006&lng=es [access: 25.02.2018].

Sharer E., Crocetti D., Muschelli J., Barber A. D., Nebel M. B., Caffo B. S., Pekar J. J., … Mostofsky S. H.: *Neural Correlates of Visuomotor Learning in Autism*. "Journal of Child Neurology" 2015, vol. 30(14), pp. 1877–1886. Available from: https://doi.org/10.1177/0883073815600869 [access: 6.10.2018].

Tavassoli T., Miller L. J., Schoen S.A., Brout J.J., Sullivan J., Baron-Cohen S.: *Sensory reactivity, empathizing and systemizing in autism spectrum conditions and sensory processing disorder.* "Developmental cognitive neuroscience" 2018, 29, pp. 72–77. Available from: https://doi.org/10.1016/j.dcn.2017.05.005 [access: 14.04.2018].

Taylor L. J., Maybery M. T., Wray J., Ravine D., Hunt A., WHITEHOUSE A. O.: *Brief Report: Do the Nature of Communication Impairments in Autism Spectrum Disorders Relate to the Broader Autism Phenotype in Parents?* "Journal of Autism & Developmental Disorders" 2013, vol. 3(12), pp. 2984–2989. Available from:10.1007/s10803-013-1838-3 [access: 15.06.2018].

Tung L. C., Lin C. K., Hsieh C. C., Chen C.C., Huang C. T., Wang C. H.: *Sensory integration dysfunction affects efficacy of speech therapy on children with functional articulation disorders.* "Neuropsychiatric Disease and Treatment" 2013; vol. 9, pp. 87–92. Available from: 10.2147/NDT.S40499 [access: 18.03.2018].

Vitásková K, Kytnarová L.: *The evaluation of pragmatic level of language in children with autism spectrum disorder.* Olomouc, Univerzita Palackého 2018.

Vitásková K., Kytnarová L.: *The Role of Speech and Language Therapist in Autism Spectrum Disorders Intervention – An Inclusive Approach*. In: Advances in Speech-language Pathology. Ed. F.D.M. Fernandes. Rijeka, InTech 2017, pp. 355–370. Available from: 10.5772/intechopen.70235 [access: 15.06.2018].

Vitásková K., Říhová A.: *Challenges Resulting from Pragmatic Language Level Difficulties and Their Recognition in Children with Autism Spectrum Disorders*. In: *Teilhabe und Vielfalt: Herausforderungen einer Weltgesellschaft*. Eds. I. Hedderich, R. Zahnd. Bad Heilbrunn, Verlag Julius Klinkhardt 2016, pp. 222–230. Available from: http://www.klinkhardt.de/verlagsprogramm/2059.html [access: 15.06.2018].

Vitásková K., Málková M., Hlavinková A.: *Ověřování výzkumných možností diagnostiky orální stereognozie v oblasti symptomatických poruch řeči u dětí – význam pro interdisciplinární praxi*. In: *PhD existence 2016 Česko-slovenská psychologická konference (nejen) pro doktorandy a o doktorandech. Sborník odborných příspěvků.* Olomouc, Univerzita Palackého v Olomouci 2016, pp. 124–131. Available from: http://contexo.cz/files/other/filemanager/Files/PHD%20VI/phdexistence2016_web2.pdf.

Vitásková, K, Říhová A., Dostálová L.: *The Consequences of Pragmatic Language Level Impairment and Auditory Agnosia in Individuals with Autism Spectrum Disorder.* In: EDULEARN14 Proceedings, Madrid, IATED 2014, pp. 7432–7440.

„Logopedia Silesiana", t. 7, ISSN 2391-4297
DOI 10.31261/LOGOPEDIASILESIANA.2018.07.03
(cc) BY-SA

Agnieszka Sulkowska
Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa, Gdańsk
0000-0002-5652-6891

Stanisław Milewski
Katedra Logopedii, Wydział Filologiczny, Uniwersytet Gdański
0000-0002-9260-3014

Katarzyna Kaczorowska-Bray
Katedra Logopedii, Wydział Filologiczny, Uniwersytet Gdański
0000-0003-4510-9002

Komunikacja lekarz – pacjent w opinii pacjentów*

Doctor–Patient Communication – According to Patients

Abstract: This article is concerned with the important issue of communication between doctors and patients. A patient's agreement to proposed therapy, his or her cooperation, and engagement in the therapeutic process to a large extent depend on the communicative skills of a doctor or therapist. This article stems from the survey carried out among the patients of the Clinical Hospital of the University Medical Centre in Gdansk, and, thereby, it attempts to evaluate the aforementioned skills.

Key words: communication, patient, doctor, communicative, skills, medspeak

Więź komunikacyjna pacjenta i lekarza

Przekonanie o wielkiej wartości zdrowia w życiu człowieka trwa od wieków. Z biegiem czasu i zgodnie z rozwojem nauk medycznych zmienia się jednak rozumienie zjawisk zdrowia i choroby. Aktualna definicja zdrowia ujęta w Konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia jest następująca: „Zdrowie jest stanem zupełnej pomyślności fizycznej, umysłowej i społecznej, a nie jedynie brakiem choroby lub ułomności"[1]. Na poczucie bycia zdrowym bez wątpienia wpływa również dobrostan emocjonalny i duchowy[2]. Taki sposób postrzegania zarówno zdrowia, jak i samego człowieka, oznacza powrót do realizacji modelu medycy-

* Fragmenty artykułu zostały wykorzystane w: S. Milewski, K. Kaczorowska-Bray, A. Sulkowska: *Doctor-Patient Communication – A Patients' Perspective*. „Вестник образования и науки. Педагогика. Психология. Медицина" 2012, выпуск 1 (3), s. 76–82

[1] Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia. Dz.U. 1948 nr 61 poz. 477 [preambuła].

[2] B. Borys: *Psychologiczne potencjały zdrowia*. „Gazeta AMG" 2008, R. 18, nr 122, s. 19–21.

ny holistycznej, zgodnie z którym leczenie powinno dotyczyć całego organizmu i wszystkich wymiarów funkcjonowania człowieka, a nie polegać wyłącznie na przywracaniu norm fizjologicznych, leczeniu określonej choroby. Należne miejsce powinna zajmować sfera psychiki oraz działania dotyczące bezpośrednio tej sfery. Wśród nich szczególną wagę mają międzyludzkie więzi komunikacyjne, ich odpowiednie rozwijanie i kształcenie[3].

To właśnie od umiejętności komunikacyjnych lekarza lub terapeuty zależy w znacznym stopniu zgoda pacjenta na proponowaną terapię, jego współdziałanie i zaangażowanie w proces przywracania zdrowia. W literaturze przedmiotu można znaleźć opisy wielu badań i obserwacji dotyczących relacji pomiędzy pacjentem a lekarzem[4]. Autorzy publikacji poświęconych tej problematyce jednoznacznie stwierdzają, że umiejętność poprawnego komunikowania się lekarza z chorym jest elementem sztuki lekarskiej, wyznaczającym kanony lekarskiego profesjonalizmu[5]. Kompetencje komunikacyjne są jednymi z najczęściej wskazywanych przez pacjentów jako pożądane u lekarzy, zaraz po wiedzy fachowej[6]. Z badań Antoniny

---

[3] R. Szulc: *Komunikacja lekarz–pacjent. Spojrzenie nauczyciela – klinicysty i pacjenta*. „Anestezjologia i Ratownictwo" 2010, [nr] 4, s. 99–110.

[4] Np.: J.E. Emanuel, L.L. Emanuel: *Four Models of the Physician – Patient Relationship*. „Journal of the American Medical Association" 1992, vol. 267, no. 16, s. 2221–2226; S.A. Flocke, W.L. Miller, B.F. Crabtree: *Relationships between Physician Practice Style, Patient Satisfaction, and Attributes of Primary Care*. „The Journal of Family Practice" 2002, vol. 51, nr 10, s. 835–840; E. Park, M. Song: *Communication Barriers Perceived by Older Patients and Nurses*. „International Journal of Nursing Studies" 2005, vol. 42, issue 2, s. 159–166; S. Dibbelt et al.: *Patient–Doctor Interaction in Rehabilitation: the Relationship between Perceived Interaction Quality and Long-Term Treatment Results*. „Patient Education and Counseling" 2009, vol. 76, issue 3, s. 328–335; A. Ostrowska: *Modele relacji lekarz – pacjent*. W: *Socjologia medycyny. Podejmowane problemy, kategorie, analizy*. Red. A. Ostrowska. Warszawa, Wydaw. Instytutu Filozofii i Socjologii PAN 2009, s. 236–250; M. Thygeson, L. Morrisey, V. Ulstad: *Adaptive Leadership and the Practice of Medicine: A Complexity-Based Approach to Reframing the Doctor–Patient Relationship*. „Journal of Evaluation of Clinical Practice" 2010, vol. 16, issue 5, s. 1009–1015; M.J. Ridd et al.: *Patient–Doctor Depth-of-Relationship Scale: Development and Validation*. „Annals of Family Medicine" 2011, vol. 9, no. 6, s. 538–545; O. Ommen et al.: *The Relationship between Social Support, Shared Decision-Making and Patient's Trust in Doctors: A Cross-Sectional Survey of 2,197 Inpatients Using the Cologne Patient Questionnaire*. „International Journal of Public Health" 2011, vol. 56, no. 3, s. 319–327; D. Siejka: *Relacja lekarz – pacjent – istotny element specjalizacji nie tylko lekarza rodzinnego*. W: *Porozumiewanie się lekarza z pacjentem i jego rodziną. Wybrane zagadnienia*. Red. A. Steciwko, J. Barański. Wrocław, Elsevier Urban & Partner 2012, s. 69–80.

[5] Interesujące uwagi na ten temat można znaleźć w wywiadzie przeprowadzonym przez Olgę Woźniak z profesorem Andrzejem Szczeklikiem *Medycyna to sztuka rozmowy*, w którym stwierdził on: „[…] nie ma medycyny bez rozmowy. Tylko wtedy buduje się zaufanie" (O. Woźniak: *Medycyna to sztuka rozmowy. Wywiad z prof. A. Szczeklikiem*. „Gazeta Wyborcza" 2011. http://wyborcza.pl/1,75402,11083642,Prof__Andrzej_Szczeklik__Medycyna_to_sztuka_rozmowy.html [data dostępu: 13.06.2017]).

[6] E. Waszyński, A. Steciwko, J. Barański: *Od redaktorów*. W: *Komunikowanie się lekarza z pacjentem*. Red. J. Barański, E. Waszyński., A. Steciwko. Wrocław, Astrum 2000, s. 9.

Ostrowskiej[7] wynika, że umiejętność nawiązywania kontaktu z pacjentami oraz przystępnego wyjaśniania przyczyn chorób i sposobu ich leczenia jest ważna dla 67,6% pacjentów[8]. W sytuacji coraz wyższego stopnia specjalizacji w medycynie oraz związanych z tym coraz większych możliwości technicznych w diagnozowaniu (tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny, endoskopia, scyntygrafia itp.), czasem w znakomicie wyposażonych szpitalach, zapomina się, że powstanie właściwej relacji między pacjentem a lekarzem, zależne w dużej mierze od skuteczności komunikowania się, wpływa istotnie na tempo zdrowienia pacjenta[9]. Prawdą jest, że komunikacja w sytuacji choroby, będąc bardzo cennym narzędziem terapeutycznym, jest jednocześnie wyjątkowo trudna. Do sprostania jej wymogom niezbędny jest wysoki poziom kompetencji emocjonalnych, interpersonalnych oraz poznawczych[10]. Trudności związane są z obciążającą psychicznie sytuacją, w której znalazł się pacjent, okolicznościami towarzyszącymi oraz pewną specyfiką relacji komunikacyjnej. Osoba chora doświadcza obniżenia funkcji życiowych, jednocześnie zaś następuje wzrost wrażliwości, zmiana systemu wartości i sposobu postrzegania świata[11]. W warunkach szpitalnych musi ona zmierzyć się dodatkowo z utratą dotychczasowych ról życiowych, naruszeniem prywatności w wielu jej aspektach, zaburzeniem zasad dystansu fizycznego, terytorializmu. Pacjent – odbiorca w rozmowie z lekarzem jest pozbawiony pozycji społecznej, którą zajmuje poza szpitalem, poradnią lekarską. Społeczną rangę uczestników interakcji w tej sytuacji cechuje nierównorzędność, którą w warunkach szpitalnych podkreśla dodatkowo samo usytuowanie chorego. Podczas tzw. obchodu pacjent znajduje się w pozycji leżącej, a lekarz – stojącej, co powoduje, że dorosły pacjent może czuć się sprowadzony do pozycji dziecka, niesamodzielny wśród obcych. Pacjentowi należy się ze strony lekarza szczególna uwaga i skupienie, co pozwoliłoby mu na dostrzeżenie sygna-

---

[7] A. Ostrowska: *Modele relacji lekarz…*

[8] Umiejętność lekarzy udzielania w sposób przystępny informacji na temat stanu zdrowia czy możliwości leczenia jest dość wysoko oceniania przez pacjentów. Badania prowadzonych przez Kamilę Talaśkę wykazały, że dla większości spośród 190 respondentów wyjaśnienia takie są zazwyczaj zrozumiałe (51,58% objętych badaniem) lub zawsze zrozumiałe (38,95%). Jedynie 6,32% badanych stwierdziła, że tylko czasami rozumie kierowane do nich komunikaty medyków, a 3,16% pacjentów odbiera wypowiedzi lekarzy jako często niezrozumiałe. Badania te stały się podstawą niepublikowanej pracy doktorskiej: K. Talaśka: „Psycholingwistyczne aspekty komunikacji lekarz – pacjent". Promotor: E. Łuczyński. Gdańsk, Uniwersytet Gdański 2018.

[9] T. Świrydowicz: *Psychologiczne aspekty komunikowania się z pacjentem w zaawansowanych stadium choroby nowotworowej*. W: *O utrudnieniach w porozumiewaniu się. Perspektywa języka i komunikacji*. Red. M. Obrębska. Poznań, Wydaw. Naukowe Uniwersytetu Adama Mickiewicza 2011, s. 175–206.

[10] B. Borys: *Psychologiczne potencjały…*

[11] H. Olszewski: *Psychologia wobec starzenia się i starości: o paradoksach związanych z pojęciem adaptacji do wieku*. W: *Rodzinne, edukacyjne i psychologiczne wyznaczniki rozwoju*. Red. M. Bogdanowicz, M. Lipowska. Kraków, Impuls 2008, s. 49–59.

łów werbalnych i pozawerbalnych[12]. W relacji komunikacyjnej pacjent – lekarz występują dodatkowe bariery utrudniające komunikację, wśród których jedną z ważniejszych i trudniejszych jest różne rozumienie pojęć[13]. Dochodzi bowiem do spotkania się dwóch światów językowych oraz dwóch obrazów rzeczywistości, ukształtowanych na podstawie odmiennych doświadczeń[14].

Szczególnie nieszczęśliwe i zagubione mogą czuć się w opisanych warunkach osoby w starszym wieku, przeniesione ze znanego i przyjaznego środowiska własnego domu do obcej przestrzeni[15]. Demograficzne starzenie się społeczeństw Europy jest jednym ze zjawisk budzących obecnie duże zainteresowanie i zaniepokojenie. Zmiany te można byłoby ująć lapidarnie określeniem „To idzie starość"[16]. Ustalenie granicy wiekowej wyznaczającej początek starości jest kwestią dyskusyjną. Większość krajów rozwiniętych stosuje tzw. kryterium Bismarcka, zgodnie z którym wiek emerytalny rozpoczyna się wraz z 65. rokiem życia. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO), uwzględniając niższą średnią długość życia notowaną w wielu mniej rozwiniętych krajach, za osoby starsze uznaje te, które osiągnęły wiek 50 lat i więcej. Organizacja Narodów Zjednoczonych (ONZ) natomiast za granicę starości uznaje 60. rok życia[17]. Jak podaje Robert Palacios w swoim artykule, dotyczącym przyszłego globalnego starzenia się, pod koniec XX wieku jedna 1 osoba na 10 była w wieku powyżej 60 lat, w roku 2050 w tej grupie wiekowej znajdzie się już 1 osoba na 5[18]. Wynika to między innymi z tego, że od 1960 roku średnia długość życia wzrasta o 4 lata co dekadę. Oczywiście, istnieją duże różnice regionalne[19] – Europa uważana jest za kontynent „najstarszy"[20], zaś Afryka „najmłodszy"[21].

---

[12] S. Grabias: *Język w zachowaniach społecznych*. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 2001; M. Rogiewicz, K. Buczkowski: *Porozumiewanie się lekarza z pacjentem i pacjenta z lekarzem*. W: *Komunikowanie się lekarza z pacjentem*…, s. 39–62.

[13] P.G. Northouse, L.L. Northouse: *Health Communication: Strategies for Health Professionals*. Norwalk, Appleton and Lange 1992.

[14] R. Szulc: *Komunikacja lekarz–pacjent*…

[15] K. Broczek: *Komunikacja z pacjentami w starszym wieku – klucz do sukcesu w opiece geriatrycznej*. „Postępy Nauk Medycznych" 2015, t. 28, nr 7, s. 444–450.

[16] Por. P. Szukalski et al.: *To idzie starość – polityka społeczna a przygotowanie do starzenia się ludności Polsk* [praca naukowo-badawcza przygotowana przez zespół ekspertów Fundacji Instytut Spraw Publicznych na zlecenie Zakładu Ubezpieczeń Społecznych]. Warszawa, Instytut Spraw Publicznych 2008.

[17] D. Burnette, F. SUN: *Global Aging in the Twenty-First Century: Prospects, Challenges, and Directions for Action*. W: *The Oxford Handbook of Social Work in Health and Aging*. Eds. D.B. Kaplan, B. Berkman. Oxford, Oxford University Press 2016, s. 575–586.

[18] R. Palacios: *The Future of Global Ageing*. „International Journal of Epidemiology" 2002, vol. 31, issue 4, s. 786–791.

[19] W roku 2009 średni wiek populacji europejskiej wynosił 40 lat i był o 12 wyższy niż średni wiek na świecie i 21 lat niż średni wiek odnotowany w populacji Afryki. Jedynie nieco „młodszym" kontynentem jest Ameryka Północna (K. Komp, M. Aartsen: *Introduction: Older People under Magnifying Glass*. W: *Old Age in Europe: A Textbook of Gerontology*. Red. K. Komp, M. Aartsen. New York – London, Springer 2013, s. 3). Także i w naszym kraju dostrzegalne są typowe tendencje demograficzne.

[20] S. Steuden: *Psychologia starzenia się i starości*. Warszawa, Wydaw. Naukowe PWN 2012.

[21] K. Komp, M. Aartsen: *Introduction*…, s. 1–14.

Pogarszający się stan zdrowia jest niejako wpisany w starzenie się. Wzrasta więc liczba pacjentów, w których przypadku komunikacja z personelem medycznym może być z wielu przyczyn szczególnie utrudniona. W literaturze przedmiotu podkreśla się kilka problemów tworzących bariery komunikacyjne. Do najważniejszych są zaliczane: kierowanie się stereotypowym postrzeganiem osoby w wieku senioralnym i niechęć wobec tej grupy wiekowej, skąpe, ograniczone wypowiedzi kierowane do seniorów i nadmierne użycie medycznej terminologii[22]. Wskazywanych problemów jest oczywiście wiele, przy czym trudności w kontaktach dostrzegają zarówno pacjenci, jak i personel medyczny. Wśród zgłaszanych problemów wyróżnić można te, które wynikają bądź z organizacji pracy, bądź z postaw personelu medycznego. Są to na przykład:

- wykonywanie swoich obowiązków bez zaangażowania;
- apodyktyczność;
- bycie niemiłym;
- niewystarczające tłumaczenie przebiegu leczenia;
- przekazywanie informacji bez wskazania nadziei;
- brak zainteresowania pacjentem;
- nadmiar obowiązków;
- przerywanie pacjentowi snu i odpoczynku procedurami medycznymi;
- ograniczenia czasowe;
- niedostępność lekarza i utrudniony kontakt bezpośredni.

Niektóre problemy dotykają bezpośrednio samego sposobu prowadzenia rozmowy. Pacjenci uskarżają się między innymi na:

- nagłe zmiany tematu;
- przerywanie ich wypowiedzi;
- poruszanie kilku tematów jednocześnie;
- niestosowanie form grzecznościowych bądź język zbyt oficjalny;
- posługiwanie się zdaniami długimi, niejasnymi, o skomplikowanej składni;
- nieumiejętność jasnego przekazania informacji;
- mówienie bez kontaktu wzrokowego (np. ze zbyt dużego dystansu);
- zbyt szybkie tempo mowy;
- niereagowanie na okazywanie przez pacjenta trudności w zrozumieniu informacji;
- zbyt ogólny przekaz informacji;
- mówienie z maską medyczną na twarzy, co utrudnia zrozumienie wypowiedzi;
- niewłaściwa głośność wypowiedzi – mówienie zbyt głośne lub za ciche;
- powtarzanie tych samych pytań;
- nieuwzględnianie problemów sensorycznych pacjentów[23].

---

[22] E. Park, M. Song: *Communication Barriers Perceived by Older…*

[23] Ibidem; J.M. Travaline, R. Ruchinskas, G.E. D'Alonzo: *Patient-Physician Communication: Why and How.* „The Journal of the American Osteopathic Association" 2005, vol. 105, no. 1, s. 13–18.

Oceny jakości komunikacji dokonuje także personel medyczny. Na przykład na trudności w komunikowaniu się z pacjentem, szczególnie tym w wieku podeszłym, zwracają uwagę pielęgniarki. Z ich punktu widzenia komunikację utrudnia:

- złe samopoczucie pacjenta;
- problemy psychiczne, stany lękowe, wysoki poziom stresu psychicznego lub emocjonalnego, zmęczenie chorego;
- zaburzenia słuchu;
- problemy osobiste, których pacjent doświadcza i które wpływają na jego możliwości radzenia sobie z sytuacjami trudnymi;
- zaburzenia w komunikacji językowej;
- posługiwanie się gwarą, dialektem lub językiem obcym;
- wstyd przez przyznaniem się do niezrozumienia przekazu;
- niezdecydowanie pacjenta, wydłużające działania personelu;
- zapominanie;
- niski poziom wykształcenia;
- brak zaufania do personelu medycznego;
- ukrywanie problemów sensorycznych;
- dysfonia[24].

Oczywiście właściwe porozumienie wymaga też przyjaznego otoczenia i niektórych przynajmniej trudności w komunikacji udałoby się uniknąć, usuwając bariery zewnętrzne – architektoniczne lub organizacyjne. Zaliczyć do nich można:

- nieliczny personel medyczny – obecność w placówce pacjenta ciężko chorego lub w stanie krytycznym absorbuje cały personel, co uniemożliwia poświęcenie czasu innym chorym;
- hałaśliwe otoczenie;
- nieznajomość szpitalnego otoczenia (np. złe oznaczenia);
- samotność pacjenta, który zdany jest wyłącznie na personel medyczny;
- nieprawidłowo, skąpo oświetlony pokój;
- niekomfortową temperaturę, pogłębiającą złe samopoczucie[25].

Wilma Caris-Verhallen, Ada Kerkstra i Jozien M. Bensing zwracają uwagę, że często problem komunikacji wynika tak naprawdę z zupełnie odmiennych potrzeb osób wchodzących w taką relację. Pacjent, szczególnie w wieku podeszłym, który doświadcza ograniczonych kontaktów społecznych bądź czuje się nieswojo w nowym otoczeniu, chciałby, aby wymiana informacji miała formę pogawędki, tymczasem personel medyczny jest nastawiony na szybkie działanie i realizację celów swojej pracy[26]. Do głównych przyczyn problemów w komuni-

[24] E. Park, M. Song: *Communication Barriers Perceived by Older…*; J. M. Travaline, R. Ruchinskas, G.E. D'Alonzo: *Patient-Physician Communication…*

[25] Ibidem.

[26] W.M. Caris-Verhallen et al.: *Factors Related to Nurse Communication with Elderly People*. „Journal of Advanced Nursing" 1999, vol. 30, issue 5, s. 1106–1117.

kacji personelu medycznego i pacjentów zaliczyć można także różnice płci, różnice rasowe lub kulturowe oraz różnice pokoleń[27]. Problematyka ta jednak rzadko poruszana jest w literaturze polskojęzycznej. Oczywiście, wskazane problemy zgłaszane są przez pacjentów w każdym wieku, jednakże w starszej grupie wiekowej są one szczególnie widoczne.

Przez ostatnie półwiecze zmiany zachodzące w naukach medycznych, zmiany w prawodawstwie, problemy etyczne, poruszane na coraz większą skalę, w zasadniczy sposób ukształtowały nowe podejście do problematyki komunikacji i interakcji personelu medycznego i pacjentów. Zwraca się uwagę, że sposoby komunikowania się i nawiązywania interakcji są istotne z wielu powodów, wpływają między innymi na poziom zadowolenia pacjentów i stan ich zdrowia, efektywność i czas trwania leczenia, jak również na liczbę sporów sądowych i oskarżeń wytaczanych przez pacjentów lekarzom. Podkreśla się przy tym, że właściwy przebieg komunikacji jest szczególnie ważny na poziomie podstawowej opieki lekarskiej. Tu bowiem pomocy szuka pacjent uskarżający się na nieokreślone jeszcze problemy zdrowotne. Ich szybkie i prawidłowe zdiagnozowanie w dużej mierze zależy od prawidłowego przekazu informacji.

Biorąc pod uwagę istotność przebiegu komunikacji i chcąc przyczynić się do jej poprawy, Susan A. Flocke, William L. Miller i Benjamin F. Crabtree przeanalizowali różne aspekty interakcji wymiany informacji między lekarzami a pacjentami i wyodrębnili różne jej typy, na podstawie kilku kryteriów:

1. Punkt skupienia uwagi:
   - lekarz skupiony jest na problemie zdrowotnym zgłaszanym przez pacjenta;
   - lekarz ma podejście holistyczne i zajmuje się szeroko pojętą ochroną zdrowia pacjenta, bierze pod uwagę różne źródła problemów.
2. Zakres uwzględnianych informacji klinicznych:
   - podejście biomedyczne – rozmowa skupia się na informacjach o charakterze biologicznym, rozpoznaniu problemów, diagnozie i leczeniu;
   - biopsychospołeczne – lekarz eksploruje biologiczne, społeczne i psychiczne źródła problemów.
3. Stosunek do pacjenta:
   - lekarz przyjazny, o bezpośrednim nastawieniu do pacjenta;
   - lekarz utrzymujący profesjonalny dystans.
4. Uwzględnianie zamiarów i planów pacjenta:
   - lekarz otwarty na plany pacjenta;
   - lekarz trzymający się swoich założeń.
5. Dominowanie i sprawowanie kontroli nad przebiegiem interakcji:
   - lekarz sprawuje kontrolę nad przebiegiem interakcji;
   - lekarz uwzględnia aktywny udział pacjenta, pozwala mu przejmować inicjatywę.

---

[27] J.M. Travaline, R. Ruchinskas, G.E. D'Alonzo: *Patient-Physician Communication…*

6. Negocjowanie z pacjentem różnych opcji dotyczących na przykład przebiegu leczenia:
   - lekarz nie dopuszczający dyskusji i negocjowania;
   - lekarz, który daje pacjentowi możliwość przedstawienia jego punktu widzenia[28].

Anna Zembala scharakteryzowała trzy główne typy relacji lekarz–pacjent. Dla medycy tradycyjnej charakterystyczny jest model paternalistyczny, w którym lekarz, będący dla pacjenta autorytetem, „dobro definiuje według własnego zdania, ograniczając lub nie zwracając w ogóle uwagi na autonomię chorego"[29] i koncentruje się na chorobie, która sprowadzana jest do wymiaru biologicznego[30]. W modelu tym oczywista jest dominacja lekarza. W modelu kolejnym, partnerskim, pacjent staje się współuczestnikiem procesu leczenia, współodpowiedzialnym za jego skutki[31]. Lekarz uznawany jest tu za doradcę, którego zadaniem jest zaprezentowanie choremu wszystkich możliwych metod diagnostyki i leczenia. Prawa chorego, o których jest on powiadamiany, regulują akty prawne. O ile w modelu pierwszym w relacjach z pacjentem lekarza ogranicza neutralność, o tyle model partnerski wymaga zbliżenia emocjonalnego i empatii wobec problemów chorego i jego rodziny. W modelu systemowo-partnerskim panują „relacje partnerskie, które wchodzą w skład współdziałających ze sobą systemów medycznych, rodzinnych oraz społecznych"[32]. Pacjent jest traktowany indywidualnie, badany jako dynamiczna całość, sam zaś przyjmuje rolę aktywną, współdziałając z lekarzem. Dużą wagę przywiązuje się tu do współpracy z rodziną[33], do wpływów środowiska, stosunków rodzinnych oraz problemów emocjonalnych.

Przyjęto, że w 1956 roku tradycjonalistyczny model relacji lekarza z pacjentem, który można byłoby określić jako „działanie lekarza – bierność pacjenta", zastąpiło podejście, w którym podkreślano aktywny udział chorego. Jednakże model ten pozostawił pewne widoczne skutki. Zdarzają się bowiem przypadki nieprzestrzegania praw pacjenta, czego przykładem może być niedostateczne informowanie go o stanie zdrowia bądź postępowaniu leczniczym[34]. Niestety, zgodnie z danymi literatury przedmiotu w polskim systemie opieki zdrowotnej w obszarze komunikacji lekarz – pacjent częściej występuje model paterna-

---

[28] S.A. Flocke, W.L. Miller, B.F. Crabtree: *Relationships between physician practice style*…

[29] A. Zembala: *Modele komunikacyjne w relacjach lekarz – pacjent*. „Zeszyty Naukowe Towarzystwa Doktorantów UJ. Nauki Ścisłe" 2015, nr 11, s. 36.

[30] A. Osmólska-Bogucka: *W poszukiwaniu uniwersalnego schematu relacji pacjent – lekarz i lekarz – pacjent. Przegląd piśmiennictwa*. „Magazyn Stomatologiczny" 2014, nr 12, s. 128–132.

[31] A. Zembala: *Modele komunikacyjne*…, s. 41.

32 Ibidem, s. 42.

[33] Jest to tym bardziej zasadne, że rodzina ma 75%, a podstawowa opieka zdrowotna jedynie 20% wpływu na zdrowie jednostki (A. Osmólska-Bogucka: *W poszukiwaniu uniwersalnego schematu*…).

[34] A. Zembala: *Modele komunikacyjne*…, s. 41.

listyczny aniżeli model systemowo-partnerski[35]. „We współczesnej medycynie wciąż dominuje punkt widzenia, zgodnie z którym, tak choroba, jak i zdrowie są domeną medycyny[36].

Cel, przedmiot oraz metodologia badań

Celem badań stanowiących podstawę artykułu było poznanie opinii na temat komunikacji lekarz – pacjent wybranej grupy pacjentów Szpitala Klinicznego Uniwersyteckiego Centrum Medycznego w Gdańsku.

W badaniu wzięło udział 52 pacjentów: 32 kobiety i 20 mężczyzn, w wieku od 27 do 75 lat. Średnia wieku badanych osób to 53,7 lat. 21 respondentów miało wykształcenie wyższe, 19 – średnie oraz 12 – zawodowe lub podstawowe. Wszystkie osoby biorące udział w badaniu były obciążone chorobami przewlekłymi, w trakcie leczenia, wielokrotnie hospitalizowane (5 lub więcej razy), pod stałą opieką poradni specjalistycznych (w liczbie od 1 do 3) oraz pod opieką lekarza rodzinnego. Jedna osoba przebyła chorobę nowotworową 12 lat temu, obecnie zakwalifikowana jest do grupy osób wyleczonych, obciążona dodatkowo nadciśnieniem tętniczym, stale leczonym i kontrolowanym. Wszystkie osoby zostały poinformowane o celu pracy, otrzymały zapewnienie o wykorzystaniu wyników badania wyłącznie do celów naukowych i wyraziły zgodę na uczestniczenie w nim. Dane zarejestrowano anonimowo, uwzględniając jedynie wiek, płeć oraz wykształcenie badanej osoby.

Techniką badawczą, którą się posłużono, był wywiad, prowadzony na podstawie opracowanego wcześniej kwestionariusza. Osoba zbierająca materiał badawczy nie była bezpośrednio zaangażowana w proces leczenia indagowanych osób. Średni czas trwania rozmowy wyniósł 57 minut. Wszystkie wywiady przeprowadzono w osobnym pomieszczeniu, bez obecności osób postronnych. Przykładowe pytania, które zadano w wywiadzie, to:

- Czy rozmowa i wynikający z niej dobry kontakt pacjenta i lekarza jest w stanie wpłynąć na proces zdrowienia? Efekty leczenia? Dlaczego?
- Jak lekarz może wyrażać swój szacunek dla pacjenta?
- Co świadczy o braku szacunku dla pacjenta ze strony lekarza?
- Czy kiedykolwiek czuł się Pan/Pani jak „przypadek chorobowy", a nie osoba? Dlaczego? Co się wydarzyło?
- Czy pacjent powinien być partnerem dla lekarza? Czy jest to możliwe? W jaki sposób należy do tego dążyć?

---

[35] Ibidem, s. 49.

[36] M.J. Jarosz, Z. Kawczyńska-Butrym, A. Włoszczak-Szubzda: *Modele komunikacyjne relacji lekarz – pacjent – rodzina*. „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu" 2012, t. 18, nr 3, s. 212.

- Czy podczas rozmowy pacjent – lekarz mogą być poruszane tematy niemedyczne, dotyczące np. spraw osobistych, pracy? Kiedy? Dlaczego?
- Jakie zwroty, zachowania językowe lekarza nie podobają się Pani? Które można ocenić pozytywnie? Proszę podać konkretne przykłady takich zachowań językowych.
- Czy podczas rozmowy pacjent – lekarz lepiej zachować dystans, czy lepsze są zbliżenie, poufałość? W jakiej formie lekarz powinien zwracać się do pacjenta? W jakiej robi to najczęściej?
- W przypadku poważnych lub bardzo poważnych kłopotów zdrowotnych, w jaki sposób, jakimi słowami lekarz powinien przekazywać te informacje pacjentowi?
- Czy studentów rozmawiania z pacjentami powinno się uczyć na specjalnych zajęciach?

Wyniki

Wszyscy respondenci uznali, że właściwy przebieg rozmowy lekarza z pacjentem ma pozytywny wpływ na efekty leczenia. W celu podkreślenia swego stanowiska 16 osób (30,8% badanych) użyło następujących określeń: *bezwzględnie*, *zdecydowanie*, *oczywiście*, *na pewno (tak)*. 21 badanych (40,4%) zauważyło, że dobra rozmowa lekarza z pacjentem sprzyja budowaniu wzajemnego zaufania i wspiera proces leczenia.

Za przejaw szacunku lekarza dla pacjenta badani najczęściej uznali poświęcenie mu przez lekarza odpowiedniego czasu. Czynnik ten uznały za najważniejszy i wymieniły na pierwszym miejscu 34 osoby (65,0%). W pozostałych wypowiedziach pacjentów zarysowały się dwie tendencje do postrzegania szacunku okazywanego przez lekarza jako postawy wyrażającej się przede wszystkim poprzez: 1) służenie odpowiednią wiedzą merytoryczną i zabieganie o największą skuteczność podejmowanych działań oraz 2) odpowiednie, „empatyczne" traktowanie pacjenta ze względu na jego relację zależności od służby zdrowia, wiek, chorobę, poczucie bezradności. Pacjenci młodsi, częściej mężczyźni, jako przejaw szacunku wymieniali zwłaszcza wysoki poziom wiedzy merytorycznej lekarza, natomiast pozostałe osoby podkreślały kwestie związane z empatią, emocjami.

Braku szacunku ze strony lekarza nie doświadczyło 6 respondentów (11,5%). Pozostali spotkali się z zachowaniami lekarzy, które odebrali negatywnie, jako naruszające ich godność. Ich zdaniem mogą się one przejawiać między innymi: pośpiechem podczas badania, ostentacyjnym okazywaniem zniecierpliwienia, wprowadzaniem nerwowej atmosfery, brakiem kontaktu wzrokowego z chorym, niewłaściwym tonem głosu, traktowaniem pacjenta „z góry", jako „mniej mądre-

go", nieudzielaniem odpowiednich, zrozumiałych dla chorego informacji o stanie zdrowia, odbieraniem telefonów w trakcie wizyty. Niektórzy pacjenci podczas kontaktu z lekarzem czuli się jak „przypadek chorobowy", a nie jak konkretna osoba z określonym problemem zdrowotnym.

Często poruszaną kwestią były tzw. obchody lekarskie. W swojej tradycyjnej formie (grupa lekarzy omawia przy łóżku pacjenta wyniki badań i plany leczenia), jak wynika z uzyskanych odpowiedzi, są one dla pacjentów źródłem stresu i wywołują poczucie zagrożenia.

Mimo takich poglądów ponad połowa respondentów (51,9%) uważa, że relacja partnerska między lekarzem a pacjentem jest niemożliwa, a nawet niewskazana. Ich zdaniem to lekarz powinien decydować o sposobie leczenia i nakłaniać pacjenta do wyrażenia na tenże sposób zgody. Ważne jest jednak to, że w opinii prawie połowy badanych (48,1%) dzięki kompetentnym informacjom lekarza, przekazanym w życzliwej atmosferze, pacjent wspólnie z lekarzem może wybrać najodpowiedniejszy sposób leczenia.

Odpowiedzi pacjentów dotyczące poruszania podczas badania podmiotowego kwestii niemedycznych można podzielić na trzy grupy: 34 osoby (65,4%) były przekonane o pozytywnym wpływie tego rodzaju tematyki – głównie w zakresie zdobywania przez lekarza większej wiedzy o pacjencie oraz wytwarzania lepszej więzi komunikacyjnej i emocjonalnej. 8 osób (15,4%) zastrzegło, że poruszane tematy powinny jednak pozostawać w ścisłym związku z kwestiami zdrowotnymi. 10 badanych (19,2%) wolałoby ograniczyć rozmowę do spraw medycznych, godząc się na poruszanie innych kwestii wyjątkowo. W przypadku 1 osoby wypowiedź wyraźnie świadczyła o obawie przed brakiem akceptacji.

Poprawność języka używanego przez lekarza podczas kontaktu z pacjentem nie ma, zdaniem badanych, większego wpływu na jakość kontaktów lekarz – pacjent. W sytuacji choroby, pobytu w szpitalu, kontaktów ze służbą zdrowia kwestia ta jest więc stawiana na dalszym planie. Słowo to przede wszystkim nośnik emocji i informacji – na te jego aspekty pacjenci są bardzo wrażliwi. Przykład potwierdzającym w pewien sposób tę zależność stanowią lekarze obcokrajowcy. Jeżeli przejawiają empatię głęboką wiedzą medyczną, odbierani są bardzo dobrze przez pacjentów, a określenia typu „śmiesznie mówią" nie mają wydźwięku pejoratywnego.

Na lekarzu spoczywa obowiązek przekazania tzw. złych wieści (ang. *bad news*), przez które można rozumieć jakąkolwiek informację, „która w znaczący sposób zmienia wyobrażenie pacjenta o stanie jego zdrowia na gorsze"[37]. Najważniejszą, najbardziej charakterystyczną cechą każdej wypowiedzi pacjentów na ten temat były słowa o konieczności pozostawienia nadziei. Informacja o nadziei powinna zostać przez lekarza zwerbalizowana, nie zaś pozostawać „w domyśle", jako wnio-

[37] B. Kotlinowska, M. Wilus: *Breaking Bad News – Information for Doctors*. „Przegląd Lekarski" 2010, nr 3, s. 228–230.

sek, który pacjent może wyciągnąć z przedstawionych faktów medycznych. Takie jest odczucie wszystkich osób przebadanej grupy. Pacjenci czekają na słowa: „Jest nadzieja". Drugim, równie ważnym elementem wypowiedzi lekarza powinno być według badanych pacjentów równoczesne podanie wszelkich możliwych form pomocy i terapii – planu działania.

Badani są świadomi, że umiejętność komunikowania się lekarza z pacjentem nie jest mu dana „przez naturę". Wszyscy wypowiadający się byli zdania, że w ramach studiów medycznych przyszli lekarze powinni uczyć się dobrej komunikacji z chorymi.

Dyskusja

Na podstawie zaprezentowanych wyników badań można stwierdzić, że wszyscy respondenci uznali więź komunikacyjną pomiędzy pacjentem a lekarzem za bardzo istotną w procesie przywracania zdrowia. Jest to niepodważalny argument przemawiający za koniecznością stałych starań i wysiłku lekarzy w kształtowaniu prawidłowej komunikacji. Na szczęście przekonanie to jest podzielane przynajmniej przez część środowiska lekarskiego. Postawa lekarza, stopień jego troski o pacjenta i zainteresowania nim mają olbrzymi wpływ na samopoczucie chorego. Nadzieja, pozytywne nastawienie i wsparcie mogą wywierać zbawienny wpływ na leczenie[38].

Okazywanie szacunku, należne każdej osobie, nabiera szczególnej wagi i wartości w obliczu choroby. Cierpienie fizyczne i psychiczne może znacząco obniżyć poczucie własnej wartości osoby chorej. Ofiarowanie pacjentowi odpowiedniej ilości czasu, głęboka wiedza merytoryczna, umiejętności medyczne oraz zachowanie spokojne i pełne empatii są w opinii pacjentów wyrazem nie tylko prawidłowej opieki medycznej, ale także szacunku im okazywanego.

Mówiąc o prawidłowej komunikacji nie wolno zapominać, że komunikacja to znacznie więcej niż słowa. Według Alberta Mehrabiana (1967)[39] w procesie komunikowania interpersonalnego jedynie 7% informacji przekazu osoby mówiącej stanowi komunikat werbalny, 38% – to brzmienie głosu (głośność, ton, tempo, barwa, cechy wymowy) i aż 55% – mowa ciała[40]. Nawet jeśli dane te uznamy za

[38] E. Laskowska, M. Tulińska: *Jakość relacji lekarz–pacjent i jej wpływ na proces zdrowienia*. „Neuroskop" 2006, nr 8, s. 163–166.

[39] A. Mehrabian, M. Wiener: *Decoding of Inconsistent Communications*. „Journal of Personality and Social Psychology" 1967, 6 (1), s. 109–114; A. Mehrabian, S.R. Ferris: *Inference of Attitudes from Nonverbal Communication in Two Channels*. „Journal of Consulting Psychology" 1967, 31 (3), s. 248–252.

[40] Za: ibidem.

niewiarygodne, to i tak z najnowszych badań wynika, że około dwóch trzecich komunikowanego znaczenia może zostać przypisanych przekazom niewerbalnym[41].

Na istotną rolę komunikacji niewerbalnej w interakcji lekarz – pacjent zwrócił uwagę Dale G. Leathers[42]. Jego zdaniem „w kontekście medycznym, w którym zachodzi interakcja lekarzy i pacjentów, zachowania czy sygnały niewerbalne mogą służyć pięciu podstawowym funkcjom komunikacyjnym:

1) wymianie emocji,
2) metakomunikacji,
3) obronie poczucia Ja,
4) kształtowaniu i kierowaniu wrażeniem,
5) udzielaniu wsparcia"[43].

Dzięki nim możliwa jest wymiana emocji i rozpoznawanie ich znaczeń. Najbardziej wyrazistymi środkami przekazywania emocji są: mimika twarzy, głos i adekwatny do sytuacji dotyk. Każdy z tych elementów może stać się częścią terapii, lecz, niestety, może również zadziałać jatrogennie[44]. Bardzo istotne jest w tym miejscu podkreślenie wagi spójności komunikatu werbalnego i niewerbalnego, ponieważ niejasność przekazu w tym obszarze może doprowadzić wręcz do wycofania się pacjenta z relacji, której nie rozumie i która z tego powodu powoduje w nim uczucie zagrożenia[45].

Intencją autorów tego artykułu nie jest z pewnością piętnowanie ani osądzanie środowiska lekarskiego. Bez wątpienia wiele nieprawidłowości komunikacyjnych w relacji lekarz – pacjent nie jest wynikiem złej woli lekarzy. Wydaje się, że wśród głównych przyczyn popełnianych błędów znajduje się brak dostatecznej wiedzy dotyczącej komunikacji z pacjentem oraz praca pod presją czasu. Większość lekarzy w kontakcie z pacjentem leczonym ambulatoryjnie ma bardzo mało czasu na rozmowę. Wobec braku możliwości wydłużenia nominalnego czasu poświęcanego jednemu pacjentowi można jedynie starać się nie stwarzać atmosfery nerwowości i pośpiechu, która najczęściej towarzyszy wizycie u lekarza[46].

Odnosząc się do kwestii partnerstwa, uczestnicy badania prezentowali różnice w poglądach oraz pewną kategoryczność wypowiadanych sądów. Prawdopodobnie, przynajmniej częściowo, wynika to z indywidualnego rozumienia i definiowania

---

[41] D.G. Leathers: *Komunikacja niewerbalna. Zasady i zastosowania*. Przeł. M. Trzcińska. Warszawa, Wydaw. Naukowe PWN 2007, s. 20.

[42] Ibidem.

[43] Ibidem, s. 417.

[44] C.S. Lin, M.Y. Hsu, C.F. Chong: *Differences between Emergency Patients and Their Doctors in the Perception of Physician Empathy: Implication for Medical Education*. „Education of Health" 2008, vol. 21, issue 2, s. 144.

[45] I. Stangierska, W. Horst-Sikorska: *Ogólne zasady komunikacji między pacjentem a lekarzem*. „Forum Medycyny Rodzinnej" 2007, nr 1, s. 58–68.

[46] J. Kliszcz, B. Trzeciak: *Komunikacja w relacji lekarz–pacjent*. Gdańsk, Wydaw. Akademii Medycznej w Gdańsku 1991.

wspomnianego pojęcia. Jednym z najistotniejszych elementów określających interakcję lekarz – pacjent jest zakres kontroli. Przez wiele lat w medycynie dominował paternalizm, charakteryzujący się dużym zakresem kontroli ze strony lekarza, a znikomym ze strony pacjenta. Lekarze nie uważali pacjentów za równych sobie, traktowali ich protekcjonalnie i nie wchodzili z nimi w interakcje. Paternalizm przez dziesiątki lat stanowił dominującą formę interakcji lekarz – pacjent. Obecnie obserwuje się korzystną tendencję odchodzenia od paternalizmu w stronę relacji wzajemności, zakładającej duży stopień kontroli zarówno pacjenta, jak i terapeuty[47]. Jak wynika z przeprowadzanych badań, pacjenci uważają, że lekarze nie powinni stosować modelu paternalistycznego[48]. W relacji wzajemności niezbędne jest zaufanie i wspólne zaangażowanie w proces leczenia. Warto zauważyć, że osoby, które nie widzą możliwości stworzenia partnerskiej relacji z lekarzem z powodu niedostatku wiedzy merytorycznej, przynajmniej niektórych terapeutów obdarzają zaufaniem i prowadzą z nimi rozważania dotyczące kwestii zdrowotnych. Sposób postrzegania siebie w relacji z lekarzem wywiera jednak wpływ na zachowanie pacjenta, otwartość w rozmowie, szczerość, domaganie się niezbędnych informacji, chęć stawiania pytań, bardziej świadome uczestniczenie w procesie leczenia.

Podczas zbierania wywiadu lekarskiego stosunkowo łatwo można zorientować się, czy istnieją takie obszary, dziedziny życia, które pacjent stara się omijać w rozmowie. Najczęściej związane są one z dramatycznymi przeżyciami w przeszłości, utratą partnera lub dziecka, odczuwanym brakiem opieki lub zainteresowania ze strony najbliższego otoczenia. Powracającą kwestią w rozmowach z pacjentami są uzależnienia, w szczególności uzależnienie od alkoholu[49]. Istnieją również problemy, których zidentyfikowanie podczas rutynowej opieki lekarskiej jest praktycznie niemożliwe. Należy do nich na przykład wykorzystywanie seksualne w wieku dziecięcym lub inne formy przemocy[50]. W miarę możliwości lekarz lub terapeuta powinien zawsze starać się orientować się w sytuacji rodzinnej, socjalno-bytowej, zawodowej i dotyczącej uzależnień u swojego pacjenta, w celu udzielenia mu wsparcia i pomocy. Informacje te są też częścią prawidłowo prowadzonej dokumentacji medycznej. W przypadku kwestii językowych najbardziej istotna wydaje się opinia pacjentów, którą można ująć w zdaniu: „Nie lubię takich słów, których nie rozumiem". Temat niedostatecznego rozumienia języka medycznego występował w rozmowach z pacjentami wielokrotnie, które wskazywano jako źródło znacznego obciążenia stresem. Język lekarzy, zdaniem badanych, powinien być prosty, pre-

---

[47] W. Sikorski: *Komunikacyjne i terapeutyczne znaczenie zachowań niewerbalnych terapeuty i pacjenta*. „Psychoterapia" 2009, nr 151, s. 17–27.

[48] K. Wroński et al.: *Opinie pacjentów na temat modelu paternalistycznego w relacji lekarz-pacjent*. „Journal of Oncology" 2009, vol. 59, no. 8, s. 266–273.

[49] S. Rollnick, W.R. Miller, C.C. Butle: *Wywiad motywujący w opiece zdrowotnej*. Warszawa, Wydaw. SWPS Academica 2010.

[50] D.A. Drossman et al.: *Sexual and Physical Abuse and Gastrointestinal Illness. Review and Recommendation*. „Annals of Internal Medicine" 1995, vol. 123, no. 10, s. 782–794.

cyzyjny, dostosowany do wieku, poziomu wykształcenia i pochodzenia pacjenta. Problem wynika z tego, że praktycznych sytuacjach klinicznych lekarze posługują się tzw. językiem lekarskim, medomową (ang. *doctor talk*, *medspeak, medicalspeak*), zarówno między sobą, jak i w stosunku do pacjenta. W kontakcie lekarz – lekarz, w warunkach ograniczonego czasu i natłoku pacjentów, ma to z pewnością swoje uzasadnienie, w kontakcie z chorym powoduje jednak, że rozumie on niewiele z przekazanego mu komunikatu. Używanie przez lekarzy specyficznego języka jest z pewnością uwarunkowane wielowiekową tradycją. Język ten od początku nie był przeznaczony dla niewtajemniczonych, podczas konsylium posługiwano się łaciną, zaś pacjent nie odgrywał aktywnej roli podczas terapii, „był leczony"[51].

W kolejnym pytaniu, dotyczącym pożądanego stopnia poufałości w rozmowie pacjent – lekarz, uzyskano zróżnicowane odpowiedzi. Na ich podstawie można sformułować wniosek, że postawa lekarza w tym zakresie, jakakolwiek by była, jest różnie odbierana przez różne osoby. Interesujące uzupełnienie przyniosłoby tu pytanie o ocenę wrażliwości interpersonalnej danego lekarza, ponieważ to właśnie ta cecha osobowa, objawiająca się zwłaszcza w komunikacji niewerbalnej, wywiera wpływ na opinię i poziom satysfakcji pacjentów bądź rodziców leczonych dzieci[52].

Zdecydowanie najtrudniejszą częścią relacji komunikacyjnej lekarz – pacjent jest konieczność przekazania złych wiadomości dotyczących zdrowia, możliwości wyleczenia, prognozowanej długości życia osoby chorej. Z praktyki klinicznej wiadomo i należy liczyć się z tym, że pacjent, po usłyszeniu przygnębiających wiadomości o stanie swego zdrowia, nie zapamięta większości podanych informacji lub nawet będzie protestował przeciwko ich podawaniu, twierdząc słusznie, że w danym momencie nie jest w stanie się na nich skupić[53]. Prawdopodobnie informacje o możliwościach pomocy medycznej będą musiały zostać powtórzone, być może kilkakrotnie, zapisane lub – za zgodą pacjenta – przekazane rodzinie. Bardzo ważne w opisywanej sytuacji jest aktywne słuchanie. Pamiętać należy, że stawiane pytania, werbalizowane obawy są również pośrednio wyrażaną prośbą pacjenta, aby lekarz towarzyszył mu w tej nieznanej, trudnej drodze. Wiedząc, czego w danej chwili pacjent najbardziej się boi, można skupić jego uwagę i nadzie-

---

[51] I. Majewska-Opiełka: *Jak mówić, by nas słuchano*. Gdańsk, Gdańskie Wydaw. Psychologiczne 2009; E. Laskowska, M. Tulińska: *Jakość relacji lekarz–pacjent*…; N. Christy: *English Is Our Second Language*. „New England Journal of Medicine" 1979, vol. 300, no. 17, s. 979–981; A. Barrett: *Our Language. Ourselves*. „The Journal of Medicine Humanities" 1994, vol. 15, no. 1, s. 31–49; A. Alichniewicz, A. Szczęsna: *Drugi język medykalizacji*. W: *Komunikowanie się lekarza z pacjentem*…, s. 194–201.

[52] W. Sikorski: *Komunikacyjne i terapeutyczne*…

[53] „Aż 40% informacji przekazywanych przez lekarza jest zapominana przez pacjenta, a połowa pacjentów modyfikuje zalecenia lekarskie ze względu na napotkaną barierę poznawczą" (M. Błaszczak, A. Zioło, E. Kawiak-Jawor: *Relation Doctor–Patient – from Paternalism to Partnership*. „Zdrowie Publiczne – Polish Journal of Public Health" 2011, vol. 121, no. 1, s. 95–98.

ję na celach, które są w jego zasięgu. Zawsze należy starać się wzbudzić nadzieję w chorym. Takie przywracanie nadziei nie ma nic wspólnego z oszukiwaniem, a słowa otuchy są jednymi z najistotniejszych, które w rozmowie z pacjentem może przekazać lekarz. Nawet jeśli nie ma możliwości wyleczenia lub przedłużenia życia, a co za tym idzie, plany życiowe muszą zostać bardzo zmienione i zredukowane, jakość czasu, która pozostała, może być znacząco lepsza niż w wyobrażeniach chorego. Pacjent musi wiedzieć, że stanowi z lekarzem drużynę, nie jest sam w walce z chorobą, że istnieje plan działania. Musi włączyć się w decydowanie o leczeniu i o dalszym losie. Jednocześnie lekarz nie może bać się milczenia, płaczu, emocji pacjenta, powinien potrafić powiedzieć „nie wiem"[54].

Pewne podstawy umiejętności komunikacyjnych uzyskują przyszli lekarze podczas studiów medycznych, jednak rozwój w tej sferze jest zadaniem na całe zawodowe życie lekarzy, dla których uprawianie medycyny stanowi przede wszystkim przedsięwzięcie moralne. Otwartość, wyczulenie na werbalne i pozawerbalne sygnały oraz umiejętność ich interpretacji są niezbędnym atrybutem kompetencji zawodowych i umożliwiają budowę układu zaufania między lekarzem a pacjentem[55]. Obok kwalifikacji merytorycznych to właśnie umiejętności interpersonalne, wrażliwość i empatia powinny stanowić kryterium zatrudnienia[56].

Podsumowanie

Gwałtowny rozwój technik biomedycznych, a także mechanizmy rynkowe sprawiły, że lekarze mający stały i bezpośredni kontakt z pacjentami oddalili się od nich[57]. Tradycyjne, kanoniczne formy kontaktu z pacjentem, jakimi są słowo i dotyk, zostały w pewien sposób zdeprecjonowane i zredukowane, a przecież słowo w szerokim znaczeniu jest pierwszym, czasem jedynym lekarstwem,

---

[54] J. Kliszcz, B. Trzeciak: *Komunikacja w relacji lekarz–pacjent…*; W.F. Baile et al.: *SPIKES – A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer.* „The Oncologist" 2000 vol. 5, no. 4, s. 302–311; W.F. Baile, A. Baron: *Patient–Physician Communication in Oncology: Past, Present and Future.* „Current Opinion in Oncology" 2005, vol. 17, issue 4, s. 331– 335; B. otlinowska, M. Wilusz: *Breaking Bad News…*; E. Aitini, F. Adami, G.L. Cetto: *End of life in cancer patients: drugs or words?* „Annals of Oncology" 2010, vol. 21, issue 5, s. 914–915; E. Aitini, P. Aleotti: *Breaking Bad News in Oncology: Like Walk in the Twilight*? „Annals of Oncology" 2006, vol. 17, issue 3, s. 359–360; E. Aitini: *Training Young Oncologists in Doctor–Patient Relationships.* „Journal of Cancer Education" 2011, vol. 27, no. 1, s. 186–187.

[55] R. Szulc: *Komunikacja lekarz–pacjent…*

[56] I. Stangierska, W. Horst-Sikorska: *Ogólne zasady komunikacji między pacjentem a lekarzem.* „Forum Medycyny Rodzinnej" 2007, nr 1, s. 58–68.

[57] S. Letkiewicz: *Relacja lekarz – pacjent w dobie komercjalizacji medycyny.* „Przegląd Urologiczny" 2010, nr 64, s. 48–50.

a zawsze pełni funkcje paliatywne. Jeżeli pacjent czuje się opuszczony, skazany na samotność domysłów i podejrzeń, należ uznać, że zostało złamane przyrzeczenie lekarskie[58]. Uniknięcie takich sytuacji nie jest łatwe. Zabiegani, przepracowani, realizujący różne normy i wytyczne lekarze, nie wyposażeni niekiedy w wystarczającą wiedzę z dziedziny komunikacji z pacjentami, nie zawsze potrafią sprostać wymogom konkretnej sytuacji. Co paradoksalne, konieczne stało się formułowanie zaleceń, które powinny być oczywistością. Przykładem mogą być wskazania sformułowane przez radę odpowiedzialną za akredytację większości programów kształcenia wyższego lekarzy w USA – Accreditation Council for Graduate Medical Education, która poleca, aby lekarze byli kompetentni w zakresie pięciu kluczowych umiejętności komunikacyjnych:

1) efektywnego słuchania;
2) zbierania informacji drogą stawiania właściwych pytań;
3) podawania informacji z właściwym ich wyjaśnianiem;
4) udzielania rad i edukowania pacjentów;
5) podejmowania właściwych decyzji, bazujących na informacjach udzielonych przez pacjenta i jego preferencjach.

Kontaktując się z pacjentem, lekarz powinien kierować się wskazówką, którą Roman Tomecki, wybitny polski gastroenterolog, zwykł podsumowywać swoje rozważania: „Najlepszym, pozbawionym działań ubocznych lekiem jest wrażliwy, pełen empatii lekarz”[59]. Jeżeli lekarz obdarzy swoich pacjentów serdecznością, to pomimo braku czasu, niedoskonałości w zakresie komunikacji lub innych trudności – naprawdę staje się lekiem. W relacji lekarz – pacjent, oprócz naczelnej zasady etyki lekarskiej *Primum non nocere*, powinna obowiązywać także zasada *Primum non tacere* (Po pierwsze nie milczeć). Każda forma rozmowy lekarza z pacjentem może mieć bowiem funkcję terapeutyczną[60].

---

[58] R. Szulc: *Komunikacja lekarz–pacjent*.....

[59] R. Tomecki: *Komentarz do artykułu pt.: Rozpoznawanie i leczenie zespołu jelita drażliwego*. „Aktualny stan wiedzy. Medycyna po Dyplomie” 2006, nr 15, s. 42–43.

[60] Józef Porayski-Pomsta wśród funkcji mowy wskazuje na istnienie funkcji terapeutycznej, która związana jest silnie z funkcja fatyczną: „[…] to, że możemy mówiąc coś komuś albo nawet samemu sobie, odreagować stres, wyżalić się na los lub kogoś, że możemy zwyczajnie porozmawiać z drugą osobą, to właśnie przejaw funkcji terapeutycznej mowy” (J. Porayski-Pomsta: *O funkcji terapeutycznej mowy*. W: *Diagnoza i terapia w logopedii*. Red. J. Porayski-Pomsta. Warszawa, Elipsa 2008, s. 23.

Bibliografia

Aitini E.: *Training Young Oncologists in Doctor–Patient Relationships*. „Journal of Cancer Education" 2011, vol. 27, nr 1, s. 186–187.

Aitini E., Aleotti P.: *Breaking Bad News in Oncology: Like Walk in the Twilight*? „Annals of Oncology" 2006, vol. 17, issue 3, s. 359–360.

Aitini E., Adami F., Cetto G.L.: *End of Life in Cancer Patients: Drugs or Words?* „Annals of Oncology" 2010, vol. 21, issue 5, s. 914–915.

Alichniewicz A., Szczęsna A.: *Drugi język medykalizacji*. W: *Komunikowanie się lekarza z pacjentem*. Red. J. Barański, E. Waszyński, A. Steciwko. Wrocław, Astrum 2000, s. 194–201.

Baile W.F., Baron A.: *Patient–Physician Communication in Oncology: Past, Present and Future*. „Current Opinion in Oncology" 2005, vol. 17, issue 4, s. 331–335.

Baile W.F. et al.: *SPIKES – A Six-step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer*

Barrett A.: *Our Language. Ourseleves*. „The Journal of Medicine Humanities" 1994, vol. 15, nr 1, s. 31–49.

Błaszczak M., Zioło A., Kawiak-Jawor E.: *Relation Doctor–Patient – from Paternalism to Partnership*. „Zdrowie Publiczne – Polish Journal of Public Health" 2011, vol. 121, no. 1, s. 95–98.

Borys B.: *Psychologiczne potencjały zdrowia*. „Gazeta AMG" 2008, R. 18, nr 122, s. 19–21.

Broczek K.: *Komunikacja z pacjentami w starszym wieku – klucz do sukcesu w opiece geriatrycznej*. „Postępy Nauk Medycznych" 2015, t. 28, nr 7, s. 444–450.

Burnette D., SUN F.: *Global Aging in the Twenty-First Century: Prospects, Challenges, and Directions for Action*. W: *The Oxford Handbook of Social Work in Health and Aging*. Eds. D.B. Kaplan, B. Berkman. Oxford, Oxford University Press 2016, s. 575–586.

Caris-Verhallen W.M. et al.: *Factors Related to Nurse Communication with Elderly People*. „Journal of Advanced Nursing" 1999, vol. 30, issue 5, s. 1106–1117.

Dibbelt S. et al.: *Patient–Doctor Interaction in Rehabilitation: The Relationship between Perceived Interaction Quality and Long-Term Treatment Results*. „Patient Education and Counseling" 2009, vol. 76, issue 3, s. 328–335.

Drossman D.A. et al.: *Sexual and Physical Abuse and Gastrointestinal Illness. Review and recommendation*. „Annals of Internal Medicine" 1995, vol. 123, nr 10, s. 782–794.

Emanuel J.E., Emanuel L.L.: *Four Models of the Physician – Patient Relationship*. „Journal of the American Medical Association" 1992, vol. 267, no. 16, s. 2221–2226.

Flocke S.A., Miller W.L., Crabtree B.F.: *Relationships between Physician Practice Style, Patient Satisfaction, and Attributes of Primary Care*. „The Journal of Family Practice" 2002, vol. 51, nr 10, s. 835–840.

Grabias S.: *Język w zachowaniach społecznych*. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 2001.

Jarosz M. J., Kawczyńska-Butrym Z., Włoszczak-Szubzda A.: *Modele komunikacyjne relacji lekarz – pacjent – rodzina*. „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu" 2012, t. 18, nr 3, s. 212–218.

Kliszcz J., Trzeciak B.: *Komunikacja w relacji lekarz-pacjent*. Gdańsk, Wydaw. Akademii Medycznej w Gdańsku 1991.

Komp K., Aartsen M.: *Introduction: Older People under Magnifying Glass*. W: *Old Age in Europe: A Textbook of Gerontology*. Eds. K. Komp, M. Aartsen. New York – London, Springer 2013, s. 1–14.

Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia. Dz.U. 1948 nr 61 poz. 477.

Kotlinowska B., Wilusz M.: *Breaking bad news – information for doctors*. „Przegląd Lekarski" 2010, nr 3, s. 228–230.

Laskowska E, Tulińska M.: *Jakość relacji lekarz–pacjent i jej wpływ na proces zdrowienia*. „Neuroskop" 2006, nr 8, s. 163–166.

Leathers D.G.: *Komunikacja niewerbalna. Zasady i zastosowania*. Przeł. M. Trzcińska. Warszawa, Wydaw. Naukowe PWN 2007.

Letkiewicz S.: *Relacja lekarz – pacjent w dobie komercjalizacji medycyny*. „Przegląd Urologiczny" 2010, nr 64, s. 48–50.

Lin C.S., Hsu M.Y., Chong C.F.: *Differences between Emergency Patients and Their Doctors in the Perception of Physician Empathy: Implication for Medical Education*. „Education of Health" 2008, vol. 21, issue 2, s. 144.

Mehrabian A., Ferris S.R.: *Inference of Attitudes from Nonverbal Communication in Two Channels*. „Journal of Consulting Psychology" 1967, 31 (3), s. 248–252.

Mehrabian A., Wiener M.: *Decoding of Inconsistent Communications*. „Journal of Personality and Social Psychology" 1967, 6 (1), s. 109–114.

Milewski S., Kaczorowska-Bray K., Sulkowska A.: *Doctor–Patient Communication – A Patients' Perspective*. „Вестник образования и науки. Педагогика. Психология. Медицина" 2012, выпуск 1 (3), s. 76–82.

Northouse P.G., Northouse L.L.: *Health Communication: Strategies for Health Professionals*. Norwalk, Appleton and Lange 1992.

Ommen O. et al.: *The Relationship between Social Support, Shared Decision-Making and Patient's Trust in Doctors: A Cross-Sectional Survey of 2,197 Inpatients Using the Cologne Patient Questionnaire*. „International Journal of Public Health" 2011, vol. 56, nr 3, 2011, s. 319–327.

Osmólska-Bogucka A.: *W poszukiwaniu uniwersalnego schematu relacji pacjent – lekarz i lekarz – pacjent. Przegląd piśmiennictwa*. „Magazyn Stomatologiczny" 2014, nr 12, s. 128–132.

Ostrowska, A.: *Modele relacji lekarz – pacjent*. W: *Socjologia medycyny. Podejmowane problemy, kategorie, analiz*. Red. A. Ostrowska. Warszawa, Wydaw. Instytutu Filozofii i Socjologii PAN 2009, s. 236–250.

Palacios R.: *The Future of Global Ageing*. „International Journal of Epidemiology" 2002, vol. 31, issue 4, s. 786–791.

Park E., Song M.: *Communication Barriers Perceived by Older Patients and Nurses*. „International Journal of Nursing Studies" 2005, vol. 42, issue 2, s. 159–166.

Porayski-Pomsta J.: *O funkcji terapeutycznej mowy*. W: *Diagnoza i terapia w logopedii*. Red. J. Porayski-Pomsta. Warszawa, Elipsa 2008, s. 13–24.

Ridd M.J. et al.: *Patient-Doctor Depth-of-Relationship Scale: Development and Validation*. „Annals of Family Medicine" 2011, vol. 9, nr 6, s. 538–545.

Rogiewicz M., Buczkowski K.: *Porozumiewanie się lekarza z pacjentem i pacjenta z lekarzem*. W: *Komunikowanie się lekarza z pacjentem*. Red. J. Barański, E. Waszyński., A. Steciwko. Wrocław, Astrum 2000, s. 39–62.

Rollnick S., Miller W.R., Butle C.C.: *Wywiad motywujący w opiece zdrowotnej*. Warszawa, Wydaw. SWPS Academica 2010.

Siejka D.: *Relacja lekarz – pacjent – istotny element specjalizacji nie tylko lekarza rodzinnego*. W: *Porozumiewanie się lekarza z pacjentem i jego rodziną. Wybrane zagadnienia*. Red. A. Steciwko, J. Barański. Wrocław, Elsevier Urban & Partner 2012, s. 69–80.

Sikorski W.: *Komunikacyjne i terapeutyczne znaczenie zachowań niewerbalnych terapeuty i pacjenta*. „Psychoterapia" 2009, nr 151, s. 17–27.

Stangierska I., Horst-Sikorska W.: *Ogólne zasady komunikacji między pacjentem a lekarzem*. „Forum Medycyny Rodzinnej" 2007, nr 1, s. 58–68.

Steuden S.: *Psychologia starzenia się i starości*. Warszawa, Wydaw. Naukowe PWN 2012.

Szukalski P. et al.: *To idzie starość – polityka społeczna a przygotowanie do starzenia się ludności Polsk* [praca naukowo-badawcza przygotowana przez zespół ekspertów Fundacji Instytut

Spraw Publicznych na zlecenie Zakładu Ubezpieczeń Społecznych]. Warszawa, Instytut Spraw Publicznych 2008.

Szulc R.: *Komunikacja lekarz–pacjent. Spojrzenie nauczyciela – klinicysty i pacjenta*. „*Anestezjologia i Ratownictwo*" 2010, nr 4, s. 99–110.

Tlaśka K.: „Psycholingwistyczne aspekty komunikacji lekarz – pacjent". Promotor: E. Łuczyński. Gdańsk, Uniwersytet Gdański 2018.

Thygeson M., Morrisey L., Ulstad V.: *Adaptive Leadership and the Practice of Medicine: A Complexity-Based Approach to Reframing the Doctor–Patient Relationship.* „Journal of Evaluation of Clinical Practice" 2010, vol. 16, issue 5, s. 1009–1015.

Tomecki R.: *Komentarz do artykułu pt.: Rozpoznawanie i leczenie zespołu jelita drażliwego.* „Aktualny stan wiedzy. Medycyna po Dyplomie" 2006, nr 15, s. 42–43.

Travaline J.M., Ruchinskas R., D'Alonzo G.E.: *Patient–Physician Communication: Why and How.* „The Journal of the American Osteopathic Association" 2005, vol. 105, no. 1, s. 13–18.

Waszyński E., Steciwko A., Barański J.: *Od redaktorów.* W: *Komunikowanie się lekarza z pacjentem*. Red. J. Barański, E. Waszyński., A. Steciwko. Wrocław, Astrum 2000, s. 9–10.

Woźniak O.: *Medycyna to sztuka rozmowy. Wywiad z prof. A. Szczeklikiem*. „Gazeta Wyborcza" 2011. http://wyborcza.pl/1,75402,11083642,Prof__Andrzej_Szczeklik__Medycyna_to_sztuka_rozmowy.html [data dostępu: 13.06.2017].

Wroński K. et al.: *Opinie pacjentów na temat modelu paternalistycznego w relacji lekarz–pacjent*. „Journal of Oncology" 2009, vol. 59, nr 8, s. 266–273.

Zembala A.: *Modele komunikacyjne w relacjach lekarz – pacjent.* „Zeszyty Naukowe Towarzystwa Doktorantów UJ. Nauki Ścisłe" 2015, nr 11, s. 35–50.

„Logopedia Silesiana", t. 7, ISSN 2391-4297
DOI 10.31261/LOGOPEDIASILESIANA.2018.07.04
(cc) BY-SA

Urszula Ciszewska-Psujek
Zakład Logopedii i Językoznawstwa Stosowanego, Wydział Humanistyczny,
Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie
0000-0002-8487-0358

Zaburzenia językowe w przebiegu choroby alkoholowej Obraz i dynamika*

Linguistic Disorders in Alcohol Dependence: Representation and Dynamics

Abstract: Alcohol dependence is a chronic disease which damages many systems and organs. The toxic influence of alcohol on the central nervous system leads to the durable reduction of neurons and neural connections in number and size, especially those within the frontal structures, the limbic system, and the cerebellum. These changes result in cognitive impairments, including executive cognitive impairments, memory deficits, and emotional information processing disorder. Cognitive deficits, in turn, affect the way of understanding human reality and the possibility to represent it in language. The diagnosis of speech disorders among alcohol-dependent patients can be accomplished by evaluating their narrative skills. The article contains selected narrative statements of two men maintaining short- and medium-term alcohol abstinence, and the description of the exponents of a particular attitude and neurocompensatory mechanisms.

Key words: language impairments in alcoholism, cognitive and executive functions disorders, narrative efficiency, exponents of a particular attitude, neurocompensatory mechanisms

Choroba alkoholowa w świetle literatury przedmiotu

W literaturze medycznej i psychologicznej wskazuje się na negatywne konsekwencje działania alkoholu dla funkcjonowania całego organizmu człowieka, a przede wszystkim ośrodkowego układu nerwowego (OUN)[1]. Toksyczne

* Tematyka zaburzeń językowych w chorobie alkoholowej została podjęta przeze mnie w trzech innych rozprawach: U. Ciszewska-Psujek: *Sprawność narracyjna w chorobie alkoholowej*. „Logopedia Silesiana", t. 6, 2017, s. 159–188; Eadem: *Zaburzenia językowe w uzależnieniu od alkoholu – w poszukiwaniu metodologii badawczej*. „Logopedia", t. 46, 2017, s. 175–192; Eadem: *Językowe wykładniki poznawczej deterioracji w chorobie alkoholowej* [artykuł w druku; na podstawie referatu przygotowanego na interdyscyplinarną, ogólnopolską konferencję studencko-doktorancką „język – umysł – poznanie", zorganizowaną przez Kieleckie Towarzystwo Naukowe 11–12 października 2017 roku].

[1] A. Ryszkowski et al: *Objawy i skutki nadużywania alkoholu*. „Journal of Clinical Healthcare" 2015, nr 1, s. 2–6; B.T. Woronowicz: *Alkoholizm jest chorobą*. Warszawa, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych 1998; idem: *Bez tajemnic o uzależnieniach i ich lecze-*

oddziaływanie alkoholu na układ nerwowy prowadzi do trwałego zmniejszenia się liczby i rozmiaru neuronów oraz zaniku połączeń neuronalnych, szczególnie w obrębie struktur czołowych, układu limbicznego i móżdżku, a w konsekwencji powoduje: zaburzenia poznawcze (przede wszystkim w zakresie funkcji wykonawczych, czyli procesów poznawczych nadrzędnych związanych z szeroko pojętą kontrolą zachowania i myślenia), zaburzenia pamięci (w tym najbardziej pamięci operacyjnej, czyli krótkotrwałej, pozwalającej na jednoczesne przechowywanie kilku porcji informacji przez krótki okres i wykrywanie związków między nimi), a także zaburzenia w kontroli reakcji emocjonalnych[2]. Do dysfunkcji czołowych wywołanych toksycznym działaniem alkoholu należy zaliczyć także: trudności w rozwiązywaniu problemów złożonych, podejmowaniu decyzji i elastycznej zmianie strategii działania, osłabienie kontroli zachowania oraz zdolności adaptacji psychospołecznej, zaburzenia przetwarzania informacji poznawczych (w tym planowania, nadzoru wykonania i korekty własnych działań, hamowania reakcji automatycznych), zaburzenia elastyczności poznawczej, międzyzadaniowego przełączania uwagi, umiejętności szybkiej adaptacji do zmieniających się sytuacji[3].

Alkohol oddziałuje na mózg poprzez zmiany biochemiczne (aspekt patofizjologiczny)[4], co zakłóca regulację funkcji psychicznych (aspekt psychologiczny) i determinuje społeczne funkcjonowanie człowieka (aspekt socjologiczny). Alko-

---

niu. Warszawa, Instytut Psychiatrii i Neurologii 2001; K. Nowakowska et al.: *Zaburzenia funkcji poznawczych pacjentów uzależnionych od alkoholu*. „Psychiatria Polska" 2007, nr 5 (41), s. 693–703; A. Bechara et al.: *Decision-making deficits, linked to a dysfunctional ventromedial prefrontal cortex, revealed in alcohol and stimulant abusers*. „Neuropsychology" 2001, no. 39, p. 376–389; X. Noël: *Contribution of frontal cerebral blood flow measured by 99mTcbicisate SPECT and executive function deficits to predicting treatment outcome in alcohol-dependent patients*. „Alcohol" 2002, no. 37, s. 347–354; P.J. Cunha, M.A. Novaes: *Neurocognitive assessment in alcohol abuse and dependence: implications for treatment*. „Revista Brasileira de Psiquiatria" 2004, no. 26, s. 23–27; M.H. Dao-Castellana et al.: *Frontal dysfunction in neurologically normal chronic alcoholic subjects: metabolic and neuropsychological findings*. „Psychological Medicine" 1998, no. 28, s. 1039–1048; M.J. Rosenbloom et al.: *Persistent cognitive deficits in community-treated alcoholic men and women volunteering for research: limited contribution from psychiatric comorbidity*. „Journal of Studies on Alcohol and Drugs" 2005, no. 66, s. 254–265; A.W. Blume et al.: *Memory, executive cognitive function, and readiness to change drinking behavior*. „Addictive Behaviors" 2005, no. 30, s. 301–314; M. Lezak: *Neuropsychological assessment*. New York, Oxford University Press 1995.

[2] B.T. Woronowicz: *Alkoholizm jest chorobą*…; A. Ryszkowski et al.: *Objawy i skutki nadużywania alkoholu*…, s. 2–6.

[3] K. Nowakowska et al.: *Zaburzenia funkcji poznawczych*…,; A. Bechara et al.: *Decision-making deficits*…; X. Noël: *Contribution of frontal cerebral blood flow measured*…P.J. Cunha, M.A. Novaes: *Neurocognitive assessment in alcohol abuse and dependence*…; M.H. Dao-Castellana et al.: *Frontal dysfunction*…; M.J. Rosenbloom et al.: *Persistent cognitive deficits*…; A.W. Blume et al.: *Memory, executive cognitive function*…; M. Lezak: *Neuropsychological assessment*…

[4] Alkohol działa na mózg przez swoje właściwości chemiczne. Osłabia działanie związków chemicznych produkowanych przez układ nerwowy (zakłócenie działania neurotransmiterów), uszkadza struktury mózgowe (u alkoholików destrukcji ulega 30% neuronów w płatach czołowych) odpowiadające za zachowania instynktowne i wyższe funkcje psychiczne.

holizm jest chorobą, która istnieje zarówno w stanie intoksykacji (upojenia), jak i w czasie abstynencji[5].

Choroba alkoholowa jest jednostką diagnostyczną. W najnowszej, wydanej w maju 2013 roku. przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (American Psychiatric Association – APA), klasyfikacji chorób psychicznych DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder: Fifth Revision*) „uzależnienie od alkoholu" – obok „nadużywania alkoholu" – zaliczane jest do „zaburzeń spowodowanych nadużywaniem alkoholu", charakteryzujących się różnym stopniem nasilenia[6]. Definiowane jest jako grupa objawów behawioralnych i somatycznych (np. alkoholowy zespół odstawienia, głód alkoholu), które występują u osób spożywających alkohol w dużych ilościach. Jako kryteria rozpoznawania choroby alkoholowej przyjmuje się[7]:

- częste spożywanie alkoholu w dużych ilościach i przez dłuższy czas;
- uporczywe pragnienie picia i nieudane próby jego zaprzestania;
- poświęcanie dużo czasu na działania związane z pozyskiwaniem alkoholu, piciem i usuwaniem poalkoholowych skutków;
- głód alkoholowy;
- spożywanie alkoholu prowadzące do zaniedbywania obowiązków domowych i zawodowych;
- spożywanie alkoholu pomimo powracających problemów interpersonalnych i społecznych, wywołanych przez nadmierne picie alkoholu;
- ograniczenie lub porzucenie na rzecz alkoholu aktywności społecznych, zawodowych lub rekreacyjnych;
- spożywanie alkoholu w sytuacjach zagrożenia i fizycznego niebezpieczeństwa;
- spożywanie alkoholu mimo obecności problemów fizycznych, psychicznych spowodowanych alkoholem;
- większa tolerancja na alkohol;
- pojawienie się objawów zespołu abstynencyjnego[8].

W międzynarodowej klasyfikacji chorób ICD-10 (*International Classification of Diseases and Related Health Problems. Tenth version. ICD-10*) w rozpoznawaniu choroby alkoholowej przyjmuje się podobne kryteria, a mianowicie:

---

[5] B.T. Woronowicz: *Alkoholizm jest chorobą…*; Idem: *Bez tajemnic o uzależnieniach i ich leczeniu…*

[6] W poprzedniej wersji tej klasyfikacji, DSM-IV, uzależnienie od alkoholu opisywane było w grupie uzależnień spowodowanych również przez inne substancje.

[7] O problemie alkoholowym świadczy wystąpienie 2 z 11 kryteriów diagnostycznych, a dokładnie 2–3 w przypadku łagodnego przebiegu zaburzeń spowodowanych nadużywaniem alkoholu (*alcohol use disorders* – AUD), 4–5 – umiarkowanego, powyżej 6 – ciężkiego.

[8] *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Revision. DSM-5*, Washington, American Psychiatric Association 2013; por. A. Samochowiec et al.: *Zaburzenia używania alkoholu: Czy nowe kryteria diagnostyczne implikują zmianę strategii terapeutycznych?* „Alkoholizm i Narkomania" 2015, nr 28, s. 55–63.

- silne poczucie przymusu picia alkoholu;
- trudności w powstrzymywaniu się od spożywania alkoholu, kontrolowaniu długości picia i ilości spożywanego alkoholu;
- obecność fizjologicznych objawów zespołu odstawienia oraz tolerancji na coraz większe dawki alkoholu;
- zaniedbywanie innych sfer życia;
- picie alkoholu mimo jego szkodliwego działania w wymiarze fizycznym, psychicznym i społecznym[9].

W klasyfikacji ICD-11 (*International Classification of Diseases and Related Health Problems. Eleventh version. ICD-11*), która ukazała się w 2018 roku, uzależnienie od alkoholu rozumiane jest jako „przewlekłe zaburzenie regulacji używania alkoholu, wynikające z ciągłego lub powtarzanego używania substancji”[10], do „zaburzeń spowodowanych nadużywaniem alkoholu” zaliczono następujące stany:

- ostre zatrucie alkoholem;
- używanie szkodliwe;
- zespół uzależnienia;
- zespół abstynencyjny;
- zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem alkoholu.

W opisie skutków alkoholizmu badacze posługują się terminem „obkurczenie mózgu”, oznaczającym zmiany ilościowe i jakościowe w obrębie jego struktur, które polegają na zaniku korowo-podkorowym tkanki mózgowej, obejmującym głównie płaty czołowe, skroniowe oraz móżdżek[11]. Są najwyraźniejsze w zespole (psychozie) Korsakowa, występującym zwykle po wielu latach intensywnego picia. Zespół Korsakowa objawia się zaburzeniami pamięci, konfabulacjami, dezorientacją, zafałszowanym rozpoznawaniem osób. Zaobserwowano, że po zaprze-

[9] *Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja dziesiąta. ICD-10*. Przeł. R. Topór-Mądry et al. Kraków, Vesalius, Fundacja Szkoły Zdrowia Publicznego Uniwersytetu Jagiellońskiego 1994; por. A. Samochowiec et al.: *Zaburzenia używania alkoholu*…

[10] Za: A. Samochowiec et al.: *Zaburzenia używania alkoholu*…, s. 58.

[11] Obkurczenie mózgu u osób uzależnionych od alkoholu znajduje potwierdzenie w badaniach neuroobrazowych, takich jak tomografia komputerowa (CT) i rezonans magnetyczny (MRI). Tomografia pozytronowa (PET) i tomografia komputerowa emisji pojedynczych fotonów (SPECT) wskazują miejscowe zmniejszenie przepływu krwi i tempa metabolizmu u osób pijących nałogowo w porównaniu z osobami spożywającymi alkohol w kontrolowany sposób, nawet przy niestwierdzeniu mierzalnego obkurczenia tkanki mózgowej. Uszkodzenia strukturalno-funkjonalne mózgu na skutek długoletniej intoksykacji, potwierdzone w technice spektroskopii rezonansu magnetycznego (MRS) i PET, mogą powstawać w wyniku zmniejszania się liczby neuronów, ich rozmiaru i gęstości połączeń neuronalnych. Omówienie zastosowania technik neuroobrazowania w chorobie alkoholowej prezentuje artykuł *Techniki obrazowania a alkoholizm. Podglądanie pracy mózgu*. Przeł. M. Ślósarska. „Alkohol i Nauka” 2000, nr 9, http://www.psychologia.edu.pl/czytelnia/51-alkohol-i-nauka/263-techniki-obrazowania-a-alkoholizm-podgladanie-pracy-mozgu.html [data dostępu: 2.04.2017]; por. *Imaging and Alcoholism: A Window on the Brain*. „Alcohol Alert” 2000, no. 47, https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/aa47.htm [data dostępu: 2.04.2017].

staniu picia alkoholu zmiany częściowo ustępują[12]. Niektórzy badacze wykazują, że zmiany w OUN wywołane przewlekłą intoksykacją zmniejszają się w czasie abstynencji, ale w niewielkim stopniu, nie następuje powrót do stanu sprzed choroby alkoholowej[13]. Drudzy twierdzą, alkoholicy, którzy zaprzestali spożywania alkoholu, uzyskują pewną poprawę w zakresie funkcji poznawczych i że zależy ona nie tylko od samej abstynencji, lecz również predyspozycji indywidualnych[14] czy stanu funkcjonowania poznawczego przed chorobą[15]. Jeszcze inni zauważają, że dysfunkcje poznawcze u osób utrzymujących abstynencję nie łagodnieją, ale mogą przyjąć postać otępienia[16]. Wciąż brak jednoznacznych wyników badań dotyczących związku pomiędzy czasem utrzymywania abstynencji a poprawą funkcji poznawczych[17].

Wyniki polskich badań[18] pozwalają stwierdzić, że u uzależnionych od alkoholu zaburzenia funkcjonowania poznawczego mają charakter trwały, występują w różnych okresach choroby alkoholowej i nie zmniejszają się w trakcie abstynencji. Wykazano, że osoby z długo trwającym uzależnieniem, a także osoby starsze popełniają więcej błędów perseweracyjnych, co świadczy o sztywności reakcji i myślenia oraz mniejszej plastyczności zachowania. Dowiedziono przy

---

[12] B.T. Woronowicz: *Alkoholizm jest chorobą…*; Idem: *Bez tajemnic o uzależnieniach i ich leczeniu…*

[13] F.T. Crews et al.: *Alcoholic neurobiology: changes in dependence and recovery.* „Alcoholism. Clinical and Experimental Research" 2005, no. 29, s. 1504–1513.

[14] Do predyspozycji indywidualnych należy zaliczyć społeczną charakterystykę badanych osób, czyli wiek, płeć, wykształcenie, wykonywany zawód, stan zdrowia, czas trwania uzależnienia, ilość spożywanego alkoholu, typ spożywanego alkoholu itp. oraz funkcjonowanie mechanizmu neurokompensacji.

[15] E.M. Joyce, T.W. Robbins: *Memory deficits in Korsakoff and non-Korsakoff alcoholics following alcohol withdrawal and the relationship to length of abstinence.* „Alcohol" 1993, no. 2, s. 501–505; J. O'neill, V.A. Cardenas, D.J. Meyerhoff: *Effects of abstinence on the brain: quantitative magnetic resonance imaging and magnetic resonance spectroscopic imaging in chronic alcohol abuse.* „Alcoholism. Clinical and Experimental Research" 2001, no. 25, s. 1673–1682.

[16] A. Pierucci-Lagha, C. Derouesne: *Alcoholism and aging.* 2: *Alcoholic dementia or alcoholic cognitive impairment?* „Psychology. Neuropsychiatry" 2003, no. 1, s. 237–249.

[17] A.I. Drake et al.: *Cognitive recovery with abstinence and its relationship to family history for alcoholism.* „Journal of Studies on Alcohol and Drugs" 1995, no. 56, s. 104–109; H. Bergman et al.: *Alcohol-induced cognitive impairment is reversible. Neuropsychological tests but not MRT show improvement after abstinence.* „Lakartidn" 1998, no. 95, s. 4231–4236; E.V. Sullivan: *Longitudinal changes in cognition, gait, and balance in abstinent and relapsed alcoholic men: relationships to changes in brain structure.* „Neuropsychology" 2000, no. 14, s. 178 –188.

[18] Badania przeprowadzono za pomocą testów neuropsychologicznych (Testu Sortowania Kart Wisconsin, do oceny pamięci operacyjnej i funkcji wykonawczych, oraz Testu N-back, pozwalającego ocenić prostą wzrokową pamięć operacyjną i zdolność koordynacji) w grupie 88 pacjentów (67 mężczyzn i 21 kobiet) z uzależnieniem od alkoholu, w wieku 21–58 lat, w tym 51 osób (38 mężczyzn i 13 kobiet) bezpośrednio po ciągu alkoholowym i 37 osób (29 mężczyzn i 8 kobiet) utrzymujących abstynencję od co najmniej roku. K. Nowakowska i et al.: *Zaburzenia funkcji poznawczych…*

tym, że wykształcenie wyższe może wpływać na złagodzenie objawów zaburzeń poznawczych w przebiegu alkoholizmu[19].

Badacze stwierdzają większą wrażliwość kobiecego mózgu na destrukcyjne działanie alkoholu, objawiające się: zaburzeniami koncentracji, selektywności uwagi, pamięci wzrokowej i funkcji wzrokowo-przestrzennych, zmniejszeniem się tempa przetwarzania informacji, giętkości umysłowej oraz zdolności planowania w sytuacji konieczności rozwiązania nowego bądź złożonego problemu, zanikiem zdolności uczenia się, dysfunkcją pamięci krótkotrwałej[20]. Mimo mniejszej ilości spożywanego alkoholu i krótszego trwania uzależnienia niż w przypadku mężczyzn uwzględnionych w porównaniu, lewy hipokamp jest u kobiet mniejszy, a uogólniony zanik komórek mózgowych jest podobny[21].

Dotychczas nie stwierdzono jednoznacznie, żeby zachowania depresyjne czy lękowe oddziaływały negatywnie na funkcjonowanie poznawcze osób uzależnionych od alkoholu. Wykazano natomiast, że takie oddziaływanie może mieć uszkodzenie wątroby[22] czy palenie tytoniu[23]. Wyniki badań nie przyniosły jednoznacznych wniosków dotyczących wpływu alkoholizmu w rodzinie i wynikającej stąd deprywacji na funkcjonowanie poznawcze osoby uzależnionej [24]. Trudno też określić, jaki wpływ w tym zakresie ma wiek alkoholika, czas uzależnienia, ilość spożywanego alkoholu, ponieważ taka ocena bazuje jedynie na danych retrospek-

---

[19] Ibidem.

[20] M. Lezak: *Neuropsychological assessment…*; za: M. Kopera et al.: *Czynniki wpływające na funkcjonowanie poznawcze u osób uzależnionych od alkoholu*. „Alkoholizm i Narkomania" 2011, nr 1 (24), s. 39–52; por. *Szkodliwy wpływ alkoholu na mózg…*

[21] C. Acker: *Neuropsychological deficits in alcoholics: the relative contributions of genderand drinking history.* „British Journal of Addiction" 1986, no. 81, s. 395–403; N.J. Piazza et al.: *Telescoping of alcoholism in women alcoholics*. „International Journal of the Addictions" 1989, no. 24, s. 19–28; S.W. Glenn: *Sex differences in alcohol-induced brain damage*. W: *Alcohol-Induced Brain Damage*. Eds. W.A. Hunt, S.J. Nixon. W: „National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism Research Monographs" (NIAAA) . No. 22. Rockville, The Institute 1993, s. 195–212; I. Agartz et al.: *Hippocampal volume in patients with alcohol dependence.* „Archives of General Psychiatry" 1999, no. 56, s. 356–363; E.V. Sullivan et al.: *Longitudinal changes in cognition, gait, and balance in abstinent and relapsed alcoholic men: relationships to changes in brain structure*. „Neuropsychology" 2000, no. 14, s. 178–188; K. Mann et al.: *Neuroimaging of gender differences in alcohol dependence: Are women more vulnerable?* „Alcoholism. Clinical and Experimental Research" 2005, no. 29, s. 896–901; B. Flannery et al.: *Gender Differences in Neurocognitive Functioning Among Alcohol-Dependent Russian Patients.* „Alcoholism. Clinical and Experimental Research" 2007, no. 31, s. 745–754; za: M. Kopera et al.: *Czynniki wpływające na funkcjonowanie poznawcze…*

[22] K. Schaeffer et al.: *Cognitive performance of alcoholics: a longitudinal evaluation of the role of drinking history, depression, liver function, nutrition, and family history.* „Alcoholism. Clinical and Experimental Research" 1991, no. 15, s. 653–660; R.E. Tarter et al.: *Hepatic dysfunction and neurological test performance in alcoholics with cirrhosis.* „Journal of Studies on Alcohol" 1986, no. 47, s. 74–77.

[23] J.M. Glass et al.: *Smoking is associated with neurocognitive deficits in alcoholism*. „Drug and Alcohol Dependence" 2006, no. 82, s. 119–126; J.M. Glass et al.: *Effects of alcoholism severity and smoking on executive neurocognitive function*. „Adiction" 2009, no. 104, s. 38–48.

[24] M. Kopera et al.: *Czynniki wpływające na funkcjonowanie poznawcze…*

tywnych. Według jednych do powstania poważnych zmian neuropsychologicznych u osób uzależnionych dochodzi w przypadku nadużywaniu alkoholu przez okres co najmniej 10 lat[25], a według drugich już po 4 latach nałogowego picia alkoholu[26].

Wśród czynników, które wpływają na stopień i rozległość uszkodzeń mózgu pod wpływem toksycznego działania alkoholu, wymienia się: ilość wypijanego alkoholu i częstość picia, wiek inicjacji alkoholowej i czas picia, wiek, wykształcenie i płeć osoby uzależnionej, uwarunkowania genetyczne (dziedziczenie określonej tolerancji na alkohol), rodzinną historię uzależnienia od alkoholu, prenatalną ekspozycję na alkohol, ogólny stan somatyczny[27]. Natomiast za czynnik najistotniejszy w zakresie stanu możliwości poznawczych osób z rozpoznaną chorobą alkoholową, które zaprzestały spożywania alkoholu, uznaje się czas trwania abstynencji.Po kilku pierwszych tygodniach abstynencji u niektórych osób zauważa się nieznaczną poprawę funkcji percepcyjno-motorycznych, wzrokowo-przestrzennych, pamięci, uwagi i zdolności abstrahowania, gdyż ustępują objawy zespołu abstynencyjnego. (za krótki czas trwania abstynencji uznaje się okres do 2 tygodni od zaprzestania spożywania alkoholu, za umiarkowany – do 2 miesięcy, za długi – ponad 2 miesięcy)[28]. W pierwszych 2 tygodniach abstynencji rzetelna ocena funkcji poznawczych jest jednak niemożliwa z powodu utrzymywania się objawów odstawienia alkoholu (np.: drżenie, drażliwość, pobudzenie, zaburzenia snu). W drugim okresie abstynencji utrzymują się zaburzenia poznawcze. W trzecim niewielkiej poprawie ulegają: reakcja, uwaga, uczenie się, zapamiętywanie materiału werbalnego, ale dysfunkcje wzrokowo-przestrzenne, zaburzenia pamięci krótkotrwałej, myślenia, rozwiązywania problemów z wykorzystaniem materiału niewerbalnego utrzymują się nadal. U niektórych pamięć poprawia się umiarkowanie po 6 tygodniach abstynencji[29], u innych nie zauważa się pozytywnych zmian nawet po roku jej trwania. Roczna abstynencja pozwala tylko częściowo poprawić funkcjonowanie poznawcze[30]. W literaturze nie precyzuje się skutków

---

[25] M.E. Eckardt et al.: *Effects of moderate alcohol consumption on the central nervous system*. „Alcoholism. Clinical and Experimental Research" 1998, no. 22, s. 998–1040.

[26] W. Beatty et al.: *Neuropsyhological deficits in sober alcoholics: influences of chronicity and recent alcohol consumption*. „Alcoholism. Clinical and Experimental Research" 2000, no. 24, s. 149–154.

[27] O.A Parsons: *Alcohol abuse and alcoholism*. W: *Neuropsychology for Clinical Practice*. Red. S.J. Nixon. Washington DC, American Psychological Press 1996, s. 175–201; por. M. Kopera et al.: *Czynniki wpływające na funkcjonowanie poznawcze*

[28] J.M. Claiborne, R.L.Greene: *Neuropsychological changes in recovering men alcoholics*. „Journal of Studies on Alcohol" 1981, no. 42, s. 757–765; G.B. Kish: *Alcoholics' recovery from cerebral impairment as a function of duration of abstinence*. „Journal of Clinical Psychology" 1980, no. 36, s. 584–589; G. Fein et al.: *Cognitive impairments in abstinent alcoholics*. „The Western Journal of Medicine" 1980, no. 152, s. 531–537.

[29] M.E. Beates et al.: *Short-term neuropsychological recovery in clients with substance use disorders*. „Alcoholism. Clinical and Experimental Research" 2005, no. 30, s. 1538–1544.

[30] M. Kopera et al.: *Czynniki wpływające na funkcjonowanie poznawcze…*; K. Nowakowska et al.: *Zaburzenia funkcji poznawczych…*

choroby alkoholowej dla funkcjonowania człowieka w sferze językowej, stąd istnieje potrzeba takich badań.

Z danych Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych wynika, że w Polsce problem uzależnienia od alkoholu dotyczy 2% populacji[31], co stanowi około 3 mln osób[32]. Chorych uzależnionych od alkoholu, którzy zostali zdiagnozowani i zarejestrowani w systemie lecznictwa, jest w Polsce około 600–800 tys., co roku rejestruje się około 350 tys. nowych przypadków. W świetle tych danych należy stwierdzić, że alkoholizm jest istotnym problemem społecznym.

Teoretyczne podstawy badań nad zachowaniami językowymi osób uzależnionych od alkoholu

Zgodnie ze stanowiskiem **determinizmu językowego** prezentowanym przez filozofów i lingwistów (Johann G. Herder, Wilhem von Humboldt, Ludwig Wittgenstein, Ernst Cassirer, Jost Trier, Kazimierz Ajdukiewicz, Alfred Korzybski, Edward Sapir, Benjamin Whorf, Stanisław Grabias, Jolanta Panasiuk), myślenie jest nierozerwalnie związane z językiem, a wszystko, o czym myśli człowiek, jest „ujęzykowione". Za zachowania językowe należy uznać dwa rodzaje zjawisk – cerebrację, czyli tzw. mowę wewnętrzną, oraz komunikację pojawiającą się w mowie zewnętrznej[33]. We współczesnej logopedii przyjmuje się, że mowa to „zespół czynności, jakie przy udziale języka wykonuje człowiek, poznając świat i przekazując jego interpretację innym uczestnikom życia społecznego", co znaczy, że pełni ona trzy zasadnicze funkcje: poznawczą, komunikacyjną i socjalizacyjną[34]. W **jednoczynnikowej koncepcji działania mózgu** (koncepcji antylokalizacyjnej) mózg ludzki jest anatomiczną i fizjologiczną całością, a obniżenie jego ogólnego potencjału czynnościowego skutkuje zaburzeniami w przebiegu złożonych czynności psychicznych[35]. Według Johna Hughlinga Jacksona, każda wyższa czynność psychiczna ma

[31] Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych: http://www.parpa.pl/index.php/33-analizy-badania-raporty/132-statystyki [dostęp: 23.12.2017].

[32] PARPA: *Polska w czołówce Europy pod względem spożycia alkoholu*. http://www.pap.pl/aktualnosci/news,1093892,parpa-polska-w-czolowce-europy-pod-wzgledem-spozycia-alkoholu.html [dostęp: 23.12.2017].

[33] S. Grabias: *Język w zachowaniach społecznych*. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 2003; Idem: *Teoria zaburzeń mowy. Perspektywy badań, typologie zaburzeń, procedury postępowania logopedycznego.* W: *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy.* Red. S. Grabias, M. Kurkowski. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 2012, s. 15–72.

[34] Ibidem, s. 15.

[35] B. Kaczmarek: *Mózg, język, zachowanie*. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 1995; za: J. Panasiuk: *Afazja a interakcja. Tekst – metatekst – kontekst*. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 2012, s. 600–601.

różne poziomy swej organizacji, przy czym w przypadku uszkodzeń mózgu lub jego choroby zaburzony zostaje poziom najwyższy[36]. Przyjmując stanowisko zwolenników jednoczynnikowej koncepcji działania mózgu (Pierre'a Marie'ego, Henry'ego Heada, Johna Hughlinga Jacksona, Kurta Goldsteina oraz Diany van Lancker), należy stwierdzić, że konsekwencją uszkodzenia mózgu jest ogólne upośledzenie danej funkcji, bez względu na miejsce uszkodzenia, a powstałe na jego skutek zaburzenia językowe należy interpretować w kontekście zaburzeń poznawczych[37].

Na gruncie teorii antylokalizacyjnej Goldstein sformułował popartą obszernym materiałem klinicznym tezę, że organizm ludzki jest złożonym układem o określonej konfiguracji czynników oraz określił zestawy zachowań charakteryzujących ludzi zdolnych do przyjęcia postawy abstrakcyjnej lub postawy konkretnej.

Do zachowań wyróżniających człowieka o **postawie abstrakcyjnej** (zdolnego do abstrahowania, podejmowania działań dowolnych, planowania i programowania działań w nowych sytuacjach) zaliczył:

- przyjmowanie dowolnego nastawienia umysłowego;
- inicjowanie określonej czynności lub wykonywanie jej na polecenie z zewnątrz;
- dowolne przechodzenie z jednej sfery działania w drugą;
- równoczesne utrzymywanie w umyśle różnych aspektów sytuacji;
- reagowanie na kilka niepowiązanych ze sobą bodźców;
- ujmowanie pewnej całości, wyodrębnianie poszczególnych jej części i ponowne łączenie w całość;
- wyodrębnianie „ja" ze świata zewnętrznego[38].

Na skutek każdego uszkodzenia mózgu nad postawą abstrakcyjną zaczyna dominować **postawa konkretna** (zależność od okoliczności określonej sytuacji – zwykle codziennych, nawykowych czynności – jednostkowego doznania i sensualnego doświadczenia). Wśród charakteryzujących ją zachowań wymienił takie, jak:

- powiązanie reakcji słownych z aktualnie działającymi bodźcami;
- ścisła zależność zachowań językowych od wcześniej wytworzonych reakcji słownych na daną sytuację;
- zbytnia koncentracja wypowiedzi na szczegółach związanych z sytuacją;
- tendencja do opisywania przedmiotów ze względu na ich użyteczność;
- niezdolność do grupowania przedmiotów według jakiejś cechy (forma, materiał, kolor)[39].

Koncepcja Goldsteina może stać się punktem wyjścia do oceny zachowań językowych osób uzależnionych od alkoholu, u których toksyczne działanie alkoholu doprowadziło do uszkodzeń strukturalno-czynnościowych mózgu, a w konsekwencji – do zaburzeń funkcjonowania poznawczego.

---

[36] M. Maruszewski: *Mowa a mózg. Zagadnienia neuropsychologiczne*. Warszawa, Państwowe Wydaw. Naukowe 1970; za: J. Panasiuk: *Afazja a interakcja…*, s. 600–601.

[37] M. Maruszewski: *Mowa a mózg…*; za: J. Panasiuk: *Afazja a interakcja…*, s. 600–601.

[38] Za: J. Panasiuk: *Afazja a interakcja…*, s. 602.

[39] Ibidem, s. 603.

Wypowiedzi osób uzależnionych od alkoholu mogą być też interpretowane w świetle koncepcji **kodów orientacji** przedstawionej przez Kazimierza Obuchowskiego. W psychologii orientacja poznawcza jest podstawową cechą układów żywych, polegającą na wykorzystaniu zmian w otoczeniu jako informacji niezbędnych do życia. Oznacza także aktywne poszukiwanie informacji o konkretnych właściwościach świata zewnętrznego w celu przewidzenia pewnych zdarzeń. Przetwarzaniem informacji zajmuje się mózg, który koduje je według określonych zasad. Ta „pozyskana" przez mózg człowieka wiedza o świecie zostaje ujęta w słowa, które składają się na język. Organizowanie informacji przebiega na podstawie zarówno wytwarzania przez mózg wrażeń i spostrzeżeń, jak i doświadczenia jednostki lub jakiejś grupy ujętego w struktury języka[40].

Organizowanie informacji dokonuje się u człowieka dzięki funkcjonowaniu trzech układów (kodów) orientacji w rzeczywistości zewnętrznej:

- konkretnego;
- hierarchicznego;
- twórczego.

Układ konkretny, wspólny dla ludzi i zwierząt, nastawiony jest na analizę i różnicowanie fragmentów rzeczywistości. W jego obrębie wyróżnia się **układ monokonkretny** – naturalny, pierwotny i najmocniej związany z doświadczeniem zmysłowym, pozwalający rozróżniać bodźce o jednej modalności, oraz **układ polikonkretny** – umożliwiający analizę doświadczeń wielomodalnych. Reakcje słowne powstające na tym poziomie rozumienia bodźców zewnętrznych są związane kontekstowo z zaistniałą sytuacją doświadczaną przez jednostkę. Językowe zachowania występujące w kodzie monokonkretnym mają charakter odruchowo-warunkowy. Funkcjonują jako struktury automatyczne, formuliczne i są wyuczonymi w sposób probabilistyczny (statystyczny) reakcjami słownymi powstałymi dzięki osobistemu doświadczeniu. Zachowania językowe powstałe w kodzie polikonkretnym odnoszą się do pragmatycznych i interakcyjnych aspektów funkcjonowania językowego.

Właściwy jedynie człowiekowi **układ hierarchiczny** pozwala mu dostrzegać cechy zjawisk o różnych poziomach organizacji i przetwarzać je na drodze abstrahowania, uogólniania, analizowania i syntetyzowania, umożliwiając w ten sposób tworzenie związków znaczeniowych między informacjami pozyskanymi w układzie konkretnym. Zachowania językowe nie są w tym układzie wynikiem kontekstowej reakcji na bodziec zewnętrzny, ale stają się symbolami klasy zjawisk i prowadzą do wytwarzania umysłowych modeli reprezentacji rzeczywistości. Najwyższym układem organizacji poznawczej człowieka jest **układ twórczy**, dzięki któremu człowiek w sposób kreatywny przetwarza rzeczywistość za pomocą słów – w przypadku twórczości literackiej, czy też niewerbalnie – w innych formach

[40] K. Obuchowski: *Kody orientacji i struktura procesów emocjonalnych*. Warszawa, Państwowe Wydaw. Naukowe 1970. Por. J. Panasiuk: *Afazja a interakcja*…, s. 627–629.

aktywności artystycznej[41]. Okazuje się, że fundamentem dla posługiwania się kodem twórczym (ponadjęzykowym) jest kod polikonkretny (obrazowy). Zdaniem badaczy, świadczyć to może o niskich zdolnościach językowych (charakterystycznych dla kodu hierarchicznego) ludzi wybitnych[42].

Metodologia badań własnych

Podejmując badania zachowań językowych mężczyzn[43] uzależnionych od alkoholu – pacjentów Oddziału Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych (OLAZA) oraz Całodobowego Oddziału Terapii Uzależnienia od Alkoholu (COTUA) w Szpitalu Neuropsychiatrycznym im. prof. Mieczysława Kaczyńskiego w Lublinie[44], założyłam, że diagnozy zaburzeń mowy osób z chorobą alkoholową można dokonać poprzez **ocenę sprawności narracyjnej**, która odzwierciedla tkwiącą w ludzkim umyśle wiedzę o świecie, czyli sposób poznawczego reprezentowania świata. Opisywane zdarzenia tworzą historię, w której zawsze występuje bohater, prezentowane są pewne wartości, intencje, plany realizacji, pojawia się komplikacja, a wraz z nią szanse przezwyciężenia trudności i realizacje zamierzonych intencji. Narracja jest uniwersalna dla zachowań społecznych, w wymiarze kulturowym jest fundamentem mitów, religii, baśni, legend, ideologii, a także

[41] Ibidem.

[42] R. Jacobson: *W poszukiwaniu istoty języka*. T. 1–2. Przeł. M.R. Mayenowa. Warszawa, Państwowy Instytut Wydawniczy 1989; B. Kaczmarek: *Mózg, język, zachowanie*…; za: J. Panasiuk: *Afazja a interakcja*…, s. 632.

[43] Zrezygnowano z badania kobiet, ponieważ uzależniają się one szybciej, są bardziej wrażliwe na destrukcyjne działanie alkoholu i narażone na szybsze fizjologiczne starzenie się mózgu, częściej występuje u nich problem współuzależnienia od innych substancji.

[44] Badania zachowań językowych mężczyzn uzależnionych od alkoholu były prowadzone od stycznia do lipca 2017 roku. Każde badanie obejmowało: wywiad, służący zebraniu szczegółowych informacji o pacjencie, stanie jego zdrowia, funkcjonowaniu w społeczeństwie, próby eksperymentalno-kliniczne, pozwalające na ocenę rozumienia i budowania kategorii narracyjnych (opowiadanie na podstawie historyjki obrazkowej, przeczytanego tekstu, obejrzanego filmu, opowiadanie autobiograficzne, opis sytuacji, krajobrazu, przedmiotu przedstawionych na zdjęciach, obrazu typu martwa natura, obrazu abstrakcyjnego, kognitywny opis postaci) oraz badanie za pomocą Montrealskiej Skali Oceny Funkcji Poznawczych (MoCa). Badania były prowadzone podczas jednego lub dwóch spotkań z pacjentem i trwały od 1 do 2–3, a nawet 4 godzin. Do grupy badanych osób zastało zakwalifikowanych 30 mężczyzn (15 z oddziału OLAZA i 15 mężczyzn z oddziału COTUA) w wieku 35–65 lat, z wykształceniem podstawowym, średnim zawodowym lub technicznym, deklarujący nadużywanie alkoholu minimum 10 lat, bez zdiagnozowanych chorób psychicznych, ostrych objawów zespołu abstynencyjnego, poważnych chorób somatycznych (neurologicznych, metabolicznych, nowotworowych, układu krążenia, oddechowego, trawiennego), depresji wymagającej leczenia farmakologicznego, nie uzależnionych od narkotyków, leków czy innych substancji chemicznych.

filmów czy seriali telewizyjnych. To najbardziej naturalny sposób przekazywania ludzkiego doświadczenia. Myślenie narracyjne wiąże się z istnieniem pamięci i wiedzy operacyjnej. Istniejące w umyśle schematy narracyjne wpływają także na postrzeganie rzeczywistości[45].

Prowadzone przeze mnie badania dotyczące zachowań językowych mężczyzn uzależnionych od alkoholu, będących w pierwszych dniach abstynencji i przebywających na odtruciu alkoholowym (pacjenci oddziału OLAZA) oraz będących w pierwszych kilku tygodniach abstynencji i poddawanych terapii psychologicznej (pacjenci oddziału COTUA), pozwoliły postawić hipotezę, że w konsekwencji zaistniałych deficytów poznawczych u alkoholików dochodzi do ograniczenia postawy abstrakcyjnej i dominacji postawy konkretnej[46] oraz zaburzeń kodu hierarchicznego, co przejawia się stereotypowością sądów na temat rzeczywistości i trudnościami w racjonalizacji własnych doświadczeń. Do wykładników ukonkretnienia postawy wobec rzeczywistości można zaliczyć również: trudności w planowaniu i budowaniu wypowiedzi, obniżenie sprawności w rozwiązywaniu nowych problemów, automatyzmy, charakterystyczną dla kodu monokonkretnego skłonność do preferowania sformułowań warunkowanych aktualną sytuacją i konkretnym bodźcem. W związku z postępującą neurodegeneracją u osób uzależnionych od alkoholu i pozostających w abstynencji pojawiają się umożliwiające przełamywanie zaistniałych deficytów mechanizmy kompensacyjne, do których należą m.in.: hipermnezja, detalizacja, dygresyjność, konfabulacje, formuliczność wypowiedzi, a także częste bogactwo słów przy faktycznym ubóstwie treści.

Założenie o deterioracji poznawczej osób nadużywających alkoholu skłoniło mnie do stworzenia narzędzia badawczego, które umożliwi pokazanie spektrum zaburzeń językowych w alkoholizmie – ujawniających się w strukturach najdoskonalszej z form językowej ekspresji, jaką jest **sprawność narracyjna** – oraz językoznawczą weryfikację teorii psychologicznych na temat mechanizmu uzależnienia oraz deficytów poznawczo-emocjonalnych.

Odnosząc się do wyników badań neuropsychologicznych[47], dotyczących obrazu i dynamiki zaburzeń poznawczych na poszczególnych etapach choroby alkoholowej, należy stwierdzić, że w przypadku osób poddawanych odtruciu alkoholo-

[45] J. Trzebiński: *Narracyjne konstruowanie rzeczywistości*. W: *Narracja jako sposób rozumienia świata*. Red. J. Trzebiński. Gdańsk, Gdańskie Wydaw. Psychologiczne 2002, s. 17–42.

[46] W charakterystyce funkcjonowania poznawczo-językowego osób uzależnionych od alkoholu odwołuję się do teorii Kurta Goldsteina (za: J. Panasiuk: *Afazja a interakcja…*, s. 602–603), który określił zestawy zachowań charakteryzujących ludzi zdolnych do przyjęcia postawy abstrakcyjnej lub postawy konkretnej, oraz teorii Kazimierza Obuchowskiego dotyczącej kodów orientacji w rzeczywistości stworzoną (K. Obuchowski: *Kody orientacji…*).

[47] J.M. Claiborne, R.L.Greene: *Neuropsychological changes in recovering men alcoholics…*; G.B. Kish: *Alcoholics' recovery from cerebral impairment…*; G. Fein et al.: *Cognitive impairments in abstinent alcoholics…*; M.E. Beates et al.: *Short-term neuropsychological recovery…*; M. Kopera i wsp.: *Czynniki wpływające na funkcjonowanie poznawcze…*; K. Nowakowska et al.: *Zaburzenia funkcji poznawczych…*

wemu oraz osób utrzymujących abstynencję przez kilka tygodni wycofywanie się zaburzeń poznawczych może skutkować zmianami w zachowaniach językowych. Zmiany te mogą się uwidaczniać w sprawnościach językowych badanych osób, na przykład sprawności narracyjnej i sprawności leksykalno-semantycznej. W niniejszym artykule zostaną przedstawione i zanalizowane wypowiedzi narracyjne dwóch mężczyzn uzależnionych od alkoholu. Pierwszy z nich w chwili badania znajdował się w krótkim czasie trwania abstynencji, drugi – w umiarkowanym.

Charakterystyka kliniczna badanych mężczyzn

Osoba 1

Mężczyzna, lat 50, mieszkaniec wsi, z wykształceniem zawodowym (malarz). Nie pracuje, nie ma własnej rodziny. Deklaruje, że od 30 lat spożywa alkohol w nadmiernych ilościach (przede wszystkim wódkę), a od 15 spożywa go bez kontroli. W momencie badania znajduje się w 2. tygodniu abstynencji, 3. raz przebywa na OLAZIE. Nigdy nie podejmował terapii uzależnienia od alkoholu. Zgłasza pojawianie się halucynacji w czasie, gdy zachowywał trzeźwość. Podczas hospitalizacji halucynacje się nie pojawiają. Nie podaje motywów nadmiernego picia. Nie jest aktywny poznawczo, nie ma konkretnych zainteresowań, nie czyta książek, gazet itp., usprawiedliwiając się wzmożoną męczliwością wzroku.

Osoba 2

Mężczyzna, lat 45 z wykształceniem zawodowym (spawacz). Mieszkaniec wsi. Zajmuje się rolnictwem. Nie założył własnej rodziny. Deklaruje, że alkohol (głównie wódkę) pije w nadmiarze od 20 lat, od 10 lat bez kontroli. W czasie upojenia alkoholowego miał halucynacje. Od 6 tygodni zachowuje abstynencję i uczestniczy w terapii uzależnienia od alkoholu. Wcześniej przebywał na OLAZIE w Opolu Lubelskim. W czasie pobytu na odtruciu pojawiły się halucynacje i padaczka alkoholowa. U pacjenta zdiagnozowano zapalenie trzustki i problemy z wątrobą. Jako motywy picia podaje motywy społeczne (towarzystwo pijące) i osobiste (śmierć rodziców). Nie jest aktywny poznawczo, nie ma konkretnych zainteresowań, nie zna języków obcych, nie czyta.

Obraz i dynamika zaburzeń językowych w chorobie alkoholowej Egzemplifikacja

W niniejszym artykule zostaną przedstawione trzy próby eskperymentalno-kliniczne dotyczące opowiadania na podstawie historyjki obrazkowej, opowiadania na podstawie przeczytanego tekstu oraz opisu krajobrazu. Poprzez analizę wypowiedzi narracyjnych badanych mężczyzn zostaną scharakteryzowane wykładniki konkretyzacji postawy wobec rzeczywistości oraz omówione mechanizmy neurokompensacyjne, pojawiające się jako reakcja na postępującą neurodegenerację.

Historyjka obrazkowa

Zadaniem obu mężczyzn było skonstruowanie opowiadania na podstawie historyjki obrazkowej *Ławeczka*. Historyjka obrazkowa przedstawia kilku ludzi siedzących na ławce i spoglądających gdzieś przed siebie. Pośrodku ławki znajduje się czytający książkę i śmiejący się mężczyzna. Do siedzących osób dołącza kobieta, a czytający mężczyzna śmieje się coraz bardziej, czym zwraca uwagę współtowarzyszy. W finale historyjki mężczyzna, który czyta książkę, przestaje się śmiać i czuje się zawstydzony, natomiast śmieją się osoby siedzące wraz z nim na ławce[48]. W tabeli 1 znajdują się zapisy wypowiedzi obu mężczyzn (mogą zawierać błędy fonetyczne, gramatyczne, stylistyczne i leksykalne).

Tabela 1. Opowiadanie na podstawie historyjki obrazkowej *Ławeczka*

Osoba 1	Osoba 2
Tytuł nadany historyjce: *Przystanek*	Tytuł nadany historyjce: *Wesołe przygody jakiegoś podróżnika*
(po dłuższej chwili) *Tu jakby czekali na poczekalni. Siedzą smutni, siedzą, siedzą.* (po chwili) *I ten facet znowu jakiś smutny. Jeszcze coś tam czyta sobie, to fajkę, to. Później coś tam ich ruszyło na faceta, który sobie czyta jakieś tam kawały, śmieje się okropnie. Wszyscy weseli, znowu jakiś smutny, a później wszyscy się zaczęli śmiać z tego wszystkiego.*	***No tu siedzi jakiś pan**, coś ogląda. **Tu dalej siedzi pani** jakaś, coś, no nie wiem, podobna do zakonnicy, czy coś. Jakoś ma tak. **Dalej pan siedzi**, założył nogę na nogę, w kapeluszu, czyta książkę. **I dalej siedzi jakiś pan**, szczupły z laską, z wąsami, z brodą, w kapeluszu. **Obok niego siedzi pan**, tylko troszkę tęższy z fajko. Też czapki, jakiś podobny, marynarz, czy coś koło tego. No i pani przeg… przegl… w sukience w paski, przeglądająca się w jakimś tym razem… No przegląda się, ma takie, w lusterku. Na drugim*

[48] Wykorzystany w badaniu opowiadania na podstawie historyjki obrazkowej komiks autorstwa Herlufa Bidstrupa dostępny jest na stornie internetowej https://qubradar.files.wordpress.com/2015/07/63.jpg [data dostępu: 18.03.2016].

	też jest. Przyszła pani w kapeluszu, z torebką, bardzo tęga. Próbuje usiąść przy panu, przy szczupłym panu. No i ***dalej też tam siedzi ta pani*** *w kapeluszu.* ***Dalej siedzi też grubszy pan****, nogą założoną, czyta książkę, ale chyba coś zabawnego, bo się śmieje.* ***No i tu siedzi szczupły pan****, podparł się laską, w kapeluszu.* ***Obok niego siedzi ten gruby właśnie pan*** *z fajką i też w czapce. No i na końcu też ta pani. Otworzyła puderniczkę, przegląda się i pudruje się, bo są tu smugi pudru. Na następnym już* ***też ta pani siedzi****, ma torebkę, w kapeluszu, obok* ***siedzi też pan****, ale spogląda na tą panią, jakiś nie za bardzo wesoły. I ta pani też spogląda, z torebką, w kapeluszu, na tego pana też grubszego.* ***Ten pan siedzi*** *też w kapeluszu, czyta tą książkę i przytupuje nogą. Tu roześmiany. No i dalej ten starszy pan w kapeluszu z laską, ale już laska nie stoi pionowo, ale coś ją przechylił, coś się na niego patrzy. No i dalej ten grubszy pan tak samo z fajką. No i ta pani przypudrowana, wszyscy się patrzą na tego pana w środku. No i tutaj znów* ***ta pani siedzi*** *z torebką, też w kapeluszu. Ten pan, ta pani, no tutaj, zaczęła się śmiać, no wszyscy się troje uśmiechają. No i ten pan z książką strasznie jest zadowolony. No ten pan w kapelusiku z laską też zadowolony, ten pan grubszy też się uśmiecha. No i ta pani na końcu już też zaczyna się uśmiechać. No i tu na ostatnim to już, pierwsza pani też już jest bardzo zadowolona. Ten pan następnie strasznie jest rozbawiony. No i ta pani następna też już. Musi bardzo. No też jest rozbawiona. Trzyma się tu aż za brzuch. A ten pan, który był wcześniej rozbawiony,* ***teraz siedzi smutny*** *z książką. No, następny pan też jest zadowolony z laseczką, aż mu chyba łzy ciekną, bo ręką sobie obciera. No i ten pan gruby też już jest roześmiany. Wykłada się już na ławce. No i na końcu ta pani też jest bardzo zadowolona.*
Przedstawione alternatywne zakończenie historii: (po dłuższej chwili) *Zamyślenie dalej, co robić.*	*No, tak by może można określić, jakby byli w kinie, bo tu ławka jest, ale… Ten pan najpierw jest poważniejszy, ten w środku, i potem, jak już zaczyna książkę czytać i już się śmieje bardzo, i na końcu jest smutny. On jest smutny, reszta jest wesoła.* (po dłuższej chwili) *Bo to wszystkich na raz to trochę ciężko.*

Oznaczenia: pogrubienie – powtarzające się konstrukcje dotyczące „siedzenia na ławce"; podkreślenie – powtarzające się konstrukcje dotyczące zadowolenia i śmiechu.

Źródło: Opracowanie własne.

W krótkiej wypowiedzi pierwszej osoby zauważa się językowe wykładniki ukonkretnienia postawy wobec rzeczywistości, do których należą problemy organizacji twórczej, objawiające się **trudnościami w planowaniu i budowaniu tekstu oraz dekodowaniu znaczenia** ukrytego w rysunkach historyjki obrazkowej. Mężczyzna nie rozumie sensu wydarzeń przedstawionych w historyjce ani nie potrafi odtworzyć ich w logicznym porządku przyczynowo-skutkowym, pomija niektóre z nich (np. początkowy brak wzajemnego zainteresowania osób siedzących na ławce, pojawienie się na ilustracji 2 nowej postaci – kobiety) lub jakieś dodaje (np. z wypowiedzi wynika, że główny bohater jest smutny, ma fajkę). Przyczyny tych trudności mogą być konsekwencją zaburzeń pamięci operacyjnej, recepcji, percepcji wzrokowej. To, że badany zwraca uwagę na towarzyszący bohaterom historyjki smutek (co nie do końca znajduje swoje odzwierciedlenie w ilustracjach historyjki), może wynikać ze skłonności do **preferowania sformułowań warunkowanych kontekstem i konkretnym bodźcem** oraz do **stereotypowego postrzegania rzeczywistości** (uczucie smutku poprzedza uczucie radości). Innym wykładnikiem postawy konkretnej jest **opisanie miejsca ze względu na jego użyteczność** – bohaterowie historyjki obrazkowej czekali na poczekalni.

W odpowiedzi na postępującą neurodegenerację uruchamiają się mechanizmy kompensacyjne, do których należą: **konfabulacja**, **formuliczność**, **schematyczność** i **szablonowość** wypowiedzi. Zjawiska te potęgują powtórzenia i paralelne konstrukcje składniowe: Siedzą smutni, siedzą, siedzą; Znowu jakiś smutny; Jeszcze coś tam czyta sobie […] który czyta sobie jakieś tam kawały. Mężczyzna ma także **problem z uogólnianiem**, co potwierdza niespójny z treścią tytuł nadany historyjce obrazkowej – Przystanek, przy czym, jak już wskazano, w tekście opowiadania bliżej nieokreśleni przez narratora ludzie czekali na poczekalni. Charakterystyczne dla uszkodzeń płatów czołowych **obniżenie sprawności rozwiązywania nowych problemów** przejawia się trudnościami w sformułowaniu alternatywnego zakończenia historii, co tłumaczy silny związek z jednostkowym doświadczeniem, stereotypem i działaniem schematycznym.

Pole leksykalno-semantyczne wypowiedzi osoby pierwszej jest ubogie i dotyczy uczucia smutku, wyrażania radości poprzez śmiech, czynności siedzenia i czytania. **Ubóstwo treści znaczeniowej** opowiadania jest konsekwencją trudności nominacyjnych.

Opowiadanie osoby drugiej jest bardziej rozbudowane w porównaniu do opowiadania osoby pierwszej. Ma postać wyliczenia postaci i ich obszernego, **detalicznego opisu**, przy czym postać głównego bohatera pojawia się jedynie na początku (*No tu siedzi jakiś pan, coś ogląda*), w środku (*wszyscy się patrzą na tego pana w środku*) i na końcu opowiadania (*ten w środku i potem jak już zaczyna książkę czytać i już się śmieje bardzo i na końcu jest smutny. On jest smutny, reszta jest wesoła*). Główny sens historyjki został wskazany dopiero po pytaniu o alternatywne zakończenie.

Tekst jest bardzo **schematyczny**, **szablonowy**, co uwidacznia się w powtórzeniach, paralelizmach składniowych. Konstrukcje zawierające informacje o „siedzeniu na ławce" poszczególnych bohaterów powtarzają się w opowiadaniu 14 razy (zostały oznaczone w transkrypcji pogrubioną czcionką). Paralelne konstrukcje dotyczące zadowolenia i śmiechu opisywanych postaci występują 13 razy. Obecność powtórzeń potwierdza skłonność do **preferowania sformułowań warunkowanych kontekstem i konkretnym bodźcem** oraz do **automatyzmów**. O ukonkretnieniu postawy wobec rzeczywistości świadczy także jeden z mechanizmów neurokompensacyjnych, którym jest wspomniana **detalizacja**, przejawiająca się w bardzo szczegółowym opisie niektórych postaci (np. *Otworzyła puderniczkę, przegląda się i pudruje się, bo są tu smugi pudru*; *No i dalej ten starszy pan w kapeluszu z laską, ale już laska nie stoi pionowo, ale coś ją przechylił, coś się na niego patrzy*).

Rozbudowany tytuł *Wesołe przygody jakiegoś podróżnika* jest niespójny semantycznie z tekstem opowiadania, z którego treści nie wynika, że główny bohater jest podróżnikiem. W zakończeniu tekstu pojawia się informacja, że bohaterowie opowiadania siedzą na ławce, *jakby byli w kinie*. Niespójność ta świadczy o **trudnościach w uogólnianiu** i może być wynikiem **niesprawnie działającej pamięci operacyjnej** lub **stereotypowego postrzegania rzeczywistości** (być może główny bohater czyta książkę podróżniczą). Alternatywne zakończenie historii sformułowane przez mężczyznę zawiera odniesienie do ostatniej ilustracji historyjki i jest **warunkowane działaniem bodźca wizualnego i zaistniałym już wcześniej kontekstem sytuacyjnym**. Dodatkowo w opowiadaniu mężczyzny można zauważyć **tendencję do opisywania rzeczy ze względu na ich użyteczność**, czego odzwierciedleniem są frazy: *No przegląda się, ma takie, w lusterku*; *pan podparł się laską*; *Otworzyła puderniczkę, przegląda się i pudruje się, bo są tu smugi pudru*.

Pole leksykalno-semantyczne wypowiedzi osoby drugiej jest rozbudowane o atrybuty poszczególnych postaci i ich czynności, ale ze względu na liczne powtórzenia zarówno pojedynczych słów, jak i fraz, nie można stwierdzić bogactwa treściowego opowiadania. W odpowiedzi na postępującą neurodegenerację uruchamia się mechanizm kompensacyjny, którym jest **pozorne bogactwo słów, przy faktycznym ubóstwie treści**.

Opowiadanie na podstawie przeczytanego tekstu

W drugiej próbie badani zostali poproszeni o przeczytanie tekstu i opowiedzenie go. W tabeli 2 znajdują się transkrypcje uzyskanych wypowiedzi (mogą zawierać błędy fonetyczne, gramatyczne, stylistyczne i leksykalne). Mężczyznom przedstawiono następujący tekst[49]:

[49] Przygotowany na potrzeby badania, na podstawie: K. Bonda: *Film może działać jak prawdziwe lekarstwo*. http://www.poradnikzdrowie.pl/psychologia/zrelaksuj-sie/Film-moze-dzialac-jak-prawdziwe-lekarstwo_35136.html [data dostępu: 18.03.2016].

Film jako terapia

Kino wywołuje w nas prawdziwe emocje. Instynktownie wybieramy: romans, kryminał lub thriller. Niektórzy pasjami oglądają komedie romantyczne. To nie przypadek. Film może być lekarstwem na stres, samotność, nudę, zły nastrój.

„Nie pamiętam, by moja mama kiedykolwiek płakała, nawet w dramatycznych chwilach życia zawsze znajdowała wyjście z sytuacji. Natomiast, zawsze płacze, kiedy ogląda wzruszające romanse, denerwuje się dramatami, nie cierpi horrorów. Przeżywa fabułę jak własne życie" – opowiada 27-letnia Kasia – internautka. Ta z kolei jest pasjonatką filmów o poważnych sprawach, uważa tydzień za stracony, jeśli nie obejrzy dobrego filmu, ale niekoniecznie komedii. „Niektórzy ludzie mają potrzebę analizowania trudnych problemów tego świata. Są wrażliwi i dojrzali emocjonalnie. W kinie szukają ważnych przeżyć, nie relaksu" – mówi psycholog z Warszawy.

Zanim kupisz bilet do kina, zastanów się, w jakim jesteś stanie psychicznym. Jeśli źle się czujesz, nie idź na dramat, który cię bardziej zmartwi, ale wybierz raczej komedię.

Niektórzy psychologowie polecają kino. To jedna z metod terapeutycznych. Uświadomienie sobie własnych uczuć to istotny element terapii. „Pacjent ma szansę odkryć to, co jest w nim głęboko ukryte. Czasem tak mocno ukrywa emocje, ale gdy zobaczy, jak je przeżywa bohater filmu, gdy obserwuje jego życie i sposób rozwiązywania problemów, może zrozumieć, że jego sytuacja jest analogiczna. Zdarza się, że kontakt z arcydziełem filmowym pomaga odblokować osoby zamknięte w sobie" – dodaje psychoterapeutka.

Tabela 2. Opowiadanie na podstawie przeczytanego tekstu *Film jako terapia*

Osoba 1	Osoba 2
Tytuł nadany tekstowi: *Kocham kino*	Tytuł nadany tekstowi: nie został sformułowany
(patrzy do tekstu) *Przeważnie o kinie. Często wybieramy kino, różne filmy, przeważnie sensacyjne, horrory czy tam jakieś komedie. No tam później zanim kupisz bilet, zastanów się, w jakim teście psychologicznym jeśli… Jeśli się źle czujesz, a dramat, który cię… No i się często zastanowi, wybierz raczej komedię albo coś innego. Coś tam było. Niektórzy psychologowie* (pauza) *proponują kino. Przeważnie to jest wszystko o kinie.*	*Może, wybierając się tam do kina czy to tam na romans, czy tam na jeszcze jakiś inny film… No nie powiem. Naprawdę nie pamiętam. Tak, jak pani powiedziałem. Przeczytałem, ale… nie pamiętam.*

Źródło: Opracowanie własne.

W swej lakonicznej wypowiedzi osoba pierwsza stereotypowo nawiązuje do tekstu, ale nie oddaje jego sensu. Ma problem z odniesieniem się do treści i ze zrozumieniem znaczeń ukrytych w tekście, co może być wynikiem zaburzeń pamięci operacyjnej i zaburzeń myślenia. W pierwszej części wypowiedzi zostało zawarte wyliczenie typów filmów, które można oglądać w kinie – warunkowane bodźcem słownym, mocno związane z kontekstem sytuacyjnym oraz nawiązujące do własnego doświadczenia. Składa się ono także na pole leksykalno-semantyczne tekstu. Mężczyzna czyta fragmenty tekstu, ale dekodowanie nie zawsze

jest właściwe, co może być konsekwencją nie tyle zaburzeń percepcji, ile recepcji wzrokowej. Może się również wydawać, że mężczyzna nie rozumie nawet tego, co czyta na głos. Wypowiedź zaczyna i kończy ta sama konstrukcja: Przeważnie to jest o kinie; Przeważnie to jest wszystko o kinie. Bardzo stereotypowy tytuł Kocham kino jest także pewnym automatyzmem, który powstał na zasadzie skojarzenia tematyki tekstu z programem telewizyjnym dotyczącym filmów.

Wypowiedź narracyjną osoby drugiej buduje tylko jedna fraza nawiązująca do tematyki tekstu – kina i filmu. Mężczyzna odmawia opowiadania tekstu z powodu zaburzeń pamięci.

Opis krajobrazu

W tej próbie eksperymentalno-klinicznej badani mężczyźni mieli za zadanie opisać przedstawiony na zdjęciu krajobraz pola, z przebiegającą przez nie ścieżką, przy której stoi drzewo. Z jednej strony pole porasta żółty rzepak, z drugiej zielona trawa. W tle widać zboża, na błękitnym niebie – białe obłoki[50]. W tabeli 3 znajdują się wypowiedzi obu badanych (mogą zawierać błędy fonetyczne, gramatyczne, stylistyczne i leksykalne).

Tabela 3. Opis krajobrazu przedstawionego na zdjęciu *Pole*

Osoba 1	Osoba 2
Tytuł nadany zdjęciu: *Wiosna*	Tytuł nadany zdjęciu: *Pejzaż przed żniwami*
(po chwili) *To tak jakby była droga polna, rolnicza. Rolnik zawsze se lubi jeździć drogą, popatrzeć, jak zboże rośnie czy tam rzepak, czy tam co innego. No krajobraz. Każdy z miasta by chciał zobaczyć i drogą tak przejechać piękne górki, jak wszystko się zieleni. Tak jakby była wiosna.*	*No tutej jest droga prowadząca w pole. Zaznaczę, że polna, no bo asfaltu nie ma. Po prawej stronie jest takie zielone zboże, po lewej też jest zboże, ale to wygląda na rzepak, bo żółte. No i w oddali też jest jakieś zboże. Po prawej stronie za zielonym zbożem jest drzewo. Obok niego jest małe drzewko. No i tam w oddali też jest jakieś, prawdopodobnie też zboża, stoją małe drzewka. No tyle chyba.*

Źródło: Opracowanie własne.

Wypowiedź narracyjna osoby pierwszej w rzeczywistości wykracza poza normy opisu, który, zdaniem Grabiasa, powinien spełniać trzy procedury: generalizacji zdarzeń, przestrzenności, prezentatywności zdarzeń[51]. Wypowiedź ta

[50] Zdjęcie wykorzystane w badaniu jest dostępne na stronie internetowej: http://www.ostrowiecnr1.pl/zdjecie/Krajobraz-5/ [data dostępu: 18.03.2016].

[51] **Generalizacja zdarzeń** to procedura zakładająca istnienie formuł pozwalających rozpocząć opis i prezentować treść opowiadania. **Przestrzenność opisu** świadczy o umiejętności ułożenia zdarzeń w hierarchiczne plany. Umiejętność **prezentowania zdarzeń** w określonych planach przestrzeni jest zgodna z doświadczeniem mówiącego. S. Grabias: *Teoria zaburzeń mowy…*

przyjmuje postać **dygresyjnego** opowiadania związanego z **jednostkowymi doświadczeniami** osoby mówiącej, mieszkającej od urodzenia na wsi. W tekście narracyjnym mężczyzny pojawia się **stereotypowe** odniesienie do życia na znajdującej się blisko natury, pięknej i zielonej wsi, skontrastowanej z miastem, w którym nie można zobaczyć takiego krajobrazu. W tekście opowiadania pojawia się **konfabulacja** – wzmianka o „pięknych górkach", które nie mają swojego odniesienia w prezentowanym na zdjęciu krajobrazie. Zauważa się tu także inny wykładnik ukonkretnienia postawy, jakim jest **opisanie obiektu ze względu na jego użyteczność**, które ujawnia się we frazach: *Rolnik zawsze se lubi jeździć drogą, i drogą tak przejechać*. Tytuł zdjęcia powstał na zasadzie skojarzenia krajobrazu z porą roku. W polu leksykalno-semantycznym wypowiedzi mężczyzny znajdują się rzeczowniki, przymiotniki i czasowniki nazywające elementy pejzażu i zjawiska z nim związane: *droga polna*, *rolnicza*, *zboże rośnie*, *rzepak*, *przejechać piękne górki*, *wiosna*, *zieleni się*.

Wypowiedź narracyjna osoby drugiej spełnia procedury opisu i jest **reakcją słowną, kontekstową powstałą w wyniku działania bodźca konkretnego (wizualnego)**. Tytuł zdjęcia został sformułowany na drodze skojarzenia elementów krajobrazu z czynnościami rolniczymi. Pole semantyczno-leksykalne opisu odnosi się do elementów krajobrazu na zdjęciu.

Podsumowanie

Odnosząc się do literatury przedmiotu w zakresie szkodliwego działania alkoholu dla ośrodkowego układu nerwowego, teoretycznych założeń dotyczących konkretyzacji postawy wobec rzeczywistości jako konsekwencji chorób i uszkodzeń mózgu oraz wyników badania sprawności narracyjnej osób uzależnionych od alkoholu, należy stwierdzić, że alkohol działa destrukcyjnie na funkcjonowanie poznawcze, a w konsekwencji także językowe. Zmiana systemu poznawczego badanych mężczyzn uzależnionych od alkoholu uwidoczniła się obniżeniem sprawności narracyjnej i konkretyzacją postawy wobec rzeczywistości. Spośród wykładników postawy konkretnej odnotowano: trudności w dekodowaniu znaczenia, planowaniu i budowaniu wypowiedzi, obniżenie sprawności rozwiązywania nowych problemów, zaburzenia uogólniania, silny związek z jednostkowym doświadczeniem, stereotypem i działaniem schematycznym, tendencja do opisywania przedmiotów, obiektów i miejsc ze względu na ich użyteczność. W odpowiedzi na postępującą neurodegenerację zadziałały mechanizmy kompensacji, takie jak: konfabulacja, formuliczność wypowiedzi, dygresyjność, detalizacja, a także częste bogactwo słów przy faktycznym ubóstwie treści. Na obniżenie sprawności narracyjnej wpłynęły także zaburzenia pamięci operacyjnej, recepcji

i percepcji wzrokowej. Dane zgromadzone w tabeli 4 odnoszą się do występowania wykładników konkretnej postawy wobec rzeczywistości oraz mechanizmów neurokompensacyjnych w poszczególnych typach wypowiedzi narracyjnych badanych mężczyzn.

Tabela 4. Wykładniki postawy konkretnej i mechanizmy nerokompensacji w wypowiedziach narracyjnych badanych mężczyzn*

Wykładnik postawy konkretnej / mechanizm neurokompensacji	Opowiadanie na podstawie historyjki obrazkowej		Opowiadanie na podstawie przeczytanego tekstu		Opis krajobrazu	
	osoba 1	osoba 2	osoba 1	osoba 2	osoba 1	osoba 2
Problemy w dekodowaniu znaczenia	+	–	+	+	–	–
Zaburzenia planowania i budowania wypowiedzi	+	–	+	+	–	–
Związek z aktualnie działającym bodźcem i kontekstem sytuacyjnym	+	+	+	+	+	+
Tendencja do opisywania rzeczy ze względu na ich użyteczność	+	+	–	–	+	–
Problemy w uogólnianiu (tytuł)	+	+	+	+	–	–
Trudności w rozwiązywaniu nowych problemów (alternatywne zakończenie historii)	+	+	nie dotyczy	nie dotyczy	nie dotyczy	nie dotyczy
Schematyczność wypowiedzi	+	+	+	–	–	+
Stereotypowość wypowiedzi	+	–	+	–	+	–
Związek z jednostkowym doświadczeniem	+	–	+	–	+	–
Automatyzmy	–	+	+	–	+	–
Konfabulacje	+	–	–	–	+	–
Detalizacja	–	+	–	–	-	–
Dygresyjność	–	–	–	–	+	–
Ubóstwo treści	+	+	+	+	–	–

* Obecność danego wykładnika postawy konkretnej lub/i mechanizmu neurokompensacji została oznaczona plusem (+), natomiast brak minusem (–).

Źródło: Opracowanie własne.

Scharakteryzowani w artykule mężczyźni zostali dobrani ze względu na podobną charakterystykę społeczną: czas i intensywność spożywania alkoholu i jego rodzaj, wiek, wykształcenie, funkcjonowanie społeczne. Należy podkreślić, że mimo zaburzeń pamięci krótkotrwałej, mniej wykładników konkretnej postawy wobec rzeczywistości i zdecydowanie lepsze sprawności językowe odnotowano w przypadku drugiego z badanych mężczyzn (osoba 2), kilka lat młodszy, deklarujący trochę krótszy czas spożywania alkoholu bez kontroli oraz dłużej utrzymujący abstynencję (6 tygodni). Wiek i krótszy czas choroby alkoholowej mogą więc być czynnikami protekcyjnymi, podtrzymującymi sprawności językowe, a zachowanie abstynencji może poprawić funkcje wzrokowo-przestrzenne, myślenie, dekodowanie znaczenia, budowanie i planowanie wypowiedzi, rozwiązywanie problemów z wykorzystaniem materiału niewerbalnego. Uczestnictwo w terapii psychologicznej także może przyczyniać się do poprawy funkcjonowania poznawczego oraz sprawności językowych.

Biorąc pod uwagę utrzymywanie się zaburzeń poznawczych w pierwszym i drugim okresie abstynencji, obserwuje się znaczne trudności obu mężczyzn w konstruowaniu wypowiedzi narracyjnej na podstawie bodźca abstrakcyjnego, czyli słów (tekstu) w porównaniu do budowania opowiadania czy opisu na podstawie bodźców konkretnych (wizualnych)[52], czyli na podstawie historyjki obrazkowej czy zdjęcia przedstawiającego krajobraz. Najlepiej zrealizowaną wypowiedzią narracyjną pod względem formy i treści jest opis krajobrazu ze zdjęcia sformułowany przez drugiego mężczyznę.

Uzależnienie od alkoholu i jego skutki dla poznawczego funkcjonowania człowieka wpływają na przebieg terapii psychologicznej i proces społecznej reintegracji osób dotkniętych chorobą. Mam nadzieję, że rezultaty podjętych przeze mnie badań przyczynią się do pogłębienia wiedzy o możliwościach osób uzależnionych od alkoholu i pozwolą wyznaczyć optymalne strategie usprawniania w sferze poznawczej i językowej, a przez to przyspieszyć zdrowienie osób zachowujących abstynencję.

[52] Iwan Pawłow zakłada istnienie dwóch układów sygnałowych, w pozyskiwaniu materiału językowego zastosowano: bodźce konkretne (sensoryczne), stymulujące pierwszy układ, oraz działanie konkretne i bodźce abstrakcyjne (słowa), pobudzające myślenie abstrakcyjne, pojęciowe. I.P. Pawłow: *Wykłady o czynności mózgu*. Przeł. S. Miller. Oprac. J. Konorski. Warszawa, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich 1952; za: J. Panasiuk: *Afazja a interakcja…*, s. 628.

Bibliografia

Acker C.: *Neuropsychological deficits in alcoholics: the relative contributions of genderand drinking history*. „British Journal of Addiction" 1986, no. 81, s. 395–403.

Agartz I. et al.: *Hippocampal volume in patients with alcohol dependence*, „Archives of General Psychiatry" 1999, no. 56, s. 356–363.*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth edition. Text revision. DSM-IV*. Washington, American Psychiatric Association 1994.

Beatty W.W. et al.: *Neuropsychological deficits in sober alcoholics: influences of chronicity and recent alcohol consumption*. „Alcoholism, Clinical and Experimental Research" 2000, no. 24, s. 149–154.

Bechara A. et al.: *Decision-making deficits, linked to a dysfunctional ventromedial prefrontal cortex, revealed in alcohol and stimulant abusers*. „Neuropsychology" 2001, no. 39, s. 376–389.

Bergman H. et al.: *Alcohol-induced cognitive impairment is reversible. Neuropsychological tests but not MRT show improvement after abstinence*. „Lakartidn" 1998, no. 95, s. 4231–4236.

Blume A.W., Schmaling K.B., Marlatt G.A.: *Memory, executive cognitive function, and readiness to change drinking behavior*. „Addictive Behaviors" 2005, no. 30, s. 301–314.

Ciszewska-Psujek U.: *Językowe wykładniki poznawczej deterioracji w chorobie alkoholowej* [artykuł w druku; na podstawie referatu przygotowanego na interdyscyplinarną, ogólnopolską konferencję studencko-doktorancką „Język – umysł – poznanie", Kieleckie Towarzystwo Naukowe, 11–12 października 2017 roku].

Ciszewska-Psujek U.: *Sprawność narracyjna w chorobie*. „Logopedia Silesiana" 2017, t. 6, s. 159–188.

Ciszewska-Psujek U.: *Zaburzenia językowe w uzależnieniu od alkoholu – w poszukiwaniu metodologii badawczej*. „Logopedia" 2017, t. 46, s. 175–192

Claiborne J.M., Greene R.L.: *Neuropsychological changes in recovering men alcoholics*. „Journal of Studies on Alcohol" 1981, no. 42, s. 757–765.

Crews F.T. et al.: *Alcoholic neurobiology: changes in dependence and recovery*. „Alcoholism: Clinical and Experimental Research" 2005, no. 29, s. 1504–1513.

Cunha P.J., Novaes M.A.: *Neurocognitive assessment in alcohol abuse and dependence: implications for treatment*. „Revista Brasileira de Psiquiatria" 2004, no. 26, s. 23–27.

D'Angelo E., Casali S.: *Seeking a unified framework for cerebellar function and dysfunction: from circuit operations to cognition*. „Front Neural Circuits" 2012, no. 6, s. 116.

Dao-Castellana M.H. et al.: *Frontal dysfunction in neurologically normal chronic alcoholic subjects: metabolic and neuropsychological findings*. „Psychological Medicine" 1998, no. 28, s. 1039–1048.

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Revision. DSM-5. Washington, American Psychiatric Association 2013.

Drake A.I. et al.: *Cognitive recovery with abstinence and its relationship to family history for alcoholism*. „Journal of Studies on Alcohol and Drugs" 1995, no. 56, s. 104–109.

Eckardt M.E. et al.: *Effects of moderate alcohol consumption on the central nervous system*. „Alcoholism. Clinical and Experimental Research" 1998, no. 22, s. 998–1040.

Fein G. et al.: *Cognitive impairments in abstinent alcoholics*. „The Western Journal of Medicine" 1980, no. 152, s. 531–537.

Flannery B. et al.: *Gender Differences in Neurocognitive Functioning Among Alcohol-Dependent Russian Patients*. „Alcoholism. Clinical and Experimental Research" 2007, no. 31, s. 745–754.

Glass J.M. et al.: *Effects of alcoholism severity and smoking on executive neurocognitive function*. „Adiction" 2009, no. 104, s. 38–48.

Glass J.M. et al.: *Smoking is associated with neurocognitive deficits in alcoholism*. „Drug and Alcohol Dependence" 2006, no. 82, s. 119–126.

Glenn S.W.: *Sex differences in alcohol-induced brain damage*. W: *Alcohol-Induced Brain Damage*. Eds. W.A. Hunt, S.J. Nixon. W: „Rockville National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism Research Monographs" (NIAAA). No. 22. Rockville, The Institute 1993, s. 195–212.

Goldstein K.: *Language and Language Disturbances*. New York, Ronald Press 1948.

Grabias S.: *Język w zachowaniach społecznych*. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 2003.

Grabias S.: *Teoria zaburzeń mowy. Perspektywy badań, typologie zaburzeń, procedury postępowania logopedycznego*. W: *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy*. Red. S. Grabias, M. Kurkowski. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 2012, s. 15–72.

Imaging and Alcoholism: A Window on the Brain. „Alcohol Alert" 2000, no. 47, https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/aa47.htm [data dostępu: 2.04.2017].Jacobson R.: *W poszukiwaniu istoty języka*. T. 1–2. Przeł. M.R. Mayenowa. Warszawa, Państwowy Instytut Wydawniczy 1989.

Joyce E.M., Robbins T.W.: *Memory deficits in Korsakoff and non-Korsakoff alcoholics following alcohol withdrawal and the relationship to length of abstinence*. „Alcohol" 1993, no. 2, s. 501–505.

Kish G.B. et al.: *Alcoholics' recovery from cerebral impairment as a function of duration of abstinence*. „Journal of Clinical Psychology" 1980, no. 36, s. 584–589.

Kaczmarek B.: *Mózg, język, zachowanie*. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 1995.

Kopera M., Wojnar M., Szelenberger W.: *Czynniki wpływające na funkcjonowanie poznawcze u osób uzależnionych od alkoholu*. „Alkoholizm i Narkomania" 2011, nr 1 (24), s. 39–52.

Lezak M.: *Neuropsychological assessment*. New York, Oxford University Press 1995.

Mann K. et al.: *Neuroimaging of gender differences in alcohol dependence: Are women more vulnerable?* „Alcoholism. Clinical and Experimental Research" 2005, no. 29, s. 896–901.

Maruszewski M.: *Mowa a mózg. Zagadnienia neuropsychologiczne*. Warszawa, Państwowe Wydaw. Naukowe 1970.

Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja dziesiąta. ICD-10. Przeł. R. Topór-Mądry et al. Kraków, Vesalius, Fundacja Szkoły Zdrowia Publicznego Uniwersytetu Jagiellońskiego 1994.

Noël X. et al.: *Contribution of frontal cerebral blood flow measured by 99mTcbicisate SPECT and executive function deficits to predicting treatment outcome in alcohol-dependent patients*. „Alcohol" 2002, no. 37, s. 347–354.

Nowakowska K., Jabłkowska K., Borkowska A.: *Zaburzenia funkcji poznawczych pacjentów uzależnionych od alkoholu*. „Psychiatria Polska" 2007, nr 5 (41), s. 693–703.

Obuchowski K.: *Kody orientacji i struktura procesów emocjonalnych*. Warszawa, Państwowe Wydaw. Naukowe 1970.

O'Neill J., Cardenas V.A., Meyerhoff D.J.: *Effects of abstinence on the brain: quantitative magnetic resonance imaging and magnetic resonance spectroscopic imaging in chronic alcohol abuse*. „Alcoholism. Clinical and Experimental Research" 2001, no. 25, s. 1673–1682.

Panasiuk J.: *Afazja a interakcja. Tekst – metatekst – kontekst*. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 2012.

Parsons, O.A.: *Alcohol abuse and alcoholism*. W: *Neuropsychology for Clinical Practice*. Ed. S.J. Nixon. Washington DC, American Psychological Press 1996, s. 175–201.

Parsons O.A.: *Neurocognitive deficits in alcoholics and social drinkers: A continuum?* „Alcoholism. Clinical and Experimental Research" 1998, no. 22, s. 954–961.

Pawłow I.P.: *Wykłady o czynności mózgu*. Przeł. S. Miller. Oprac. J. Konorski, Warszawa, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich 1952.

Pfefferbaum A., Desmond J.E., Galloway C.: *Reorganization of frontal systems used by alcoholics for spatial working memory: An fMRI study*. „Neuroimage" 2001, no. 13, s. 1–14.

Piazza N.J., Vrbka J.L., Yeager R.D.: *Telescoping of alcoholism in women alcoholics*. „International Journal of the Addictions" 1989, no. 24, s. 19–28.

Pierucci-Lagha A., Derouesne C.: *Alcoholism and aging. 2: Alcoholic dementia or alcoholic cognitive impairment?* „Psychology. Neuropsychiatry" 2001, no. 1, s. 237–249.

Ryszkowski A. et al.: *Objawy i skutki nadużywania alkoholu*. „Journal of Clinical Healthcare" 2015, nr 1, s. 2–6.

Samochowiec A. et al.: *Zaburzenia używania alkoholu: Czy nowe kryteria diagnostyczne implikują zmianę strategii terapeutycznych?* „Alkoholizm i Narkomania" 2015, nr 28, s. 55–63.

Schaeffer K. et al.: *Cognitive performance of alcoholics: a longitudinal evaluation of the role of drinking history, depression, liver function, nutrition, and family history*. „Alcoholism. Clinical and Experimental Research" 1991, no. 15, s. 653–660.

Sullivan E.V. et al.: *Longitudinal changes in cognition, gait, and balance in abstinent and relapsed alcoholic men: relationships to changes in brain structure*. „Neuropsychology" 2000, no. 14, s. 178–188.

Tarter R.E. et al.: *Hepatic dysfunction and neurological test performance in alcoholics with cirrhosis*. „Journal of Studies on Alcohol", no. 47, 1986, s. 74–77.

Techniki obrazowania a alkoholizm. Podglądanie pracy mózgu. Przeł. M. Ślósarska. „Alkohol i Nauka" 2000, nr 9. http://www.psychologia.edu.pl/czytelnia/51-alkohol-i-nauka/263-techniki-obrazowania-a-alkoholizm-podgladanie-pracy-mozgu.html [data dostępu: 2.04.2017].

Trzebiński J.: *Narracyjne konstruowanie rzeczywistości*. W: *Narracja jako sposób rozumienia świata*. Red. J. Trzebiński, Gdańsk, Gdańskie Wydaw. Psychologiczne 2002, s. 17–42.

Woronowicz B.T.: *Alkoholizm jest chorobą*. Warszawa, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych 1998.

Woronowicz B.T.: *Bez tajemnic o uzależnieniach i ich leczeniu*. Warszawa, Instytut Psychiatrii i Neurologii 2001.

„Logopedia Silesiana", t. 7, ISSN 2391-4297
DOI 10.31261/LOGOPEDIASILESIANA.2018.07.05
(cc) BY-SA

Ewa Binkuńska
Katedra Logopedii, Wydział Filologiczny, Uniwersytet Gdański
0000-0002-3901-7024

Analiza ilościowa grup spółgłoskowych w logopedycznych narzędziach do badania zaburzeń artykulacji

The Quantitative Analysis of Consonant Groups in Speech Therapy Diagnosis of Articulation Disorders

Abstract: In the research on children's articulation, several types of attempts to assess the implementation of phonemes are usually taken into account. An image questionnaire is a tool allowing us to study articulation. The purpose of using this kind of aid is to either indicate or exclude a speech disorder – in this case, for example, regarding the faulty implementation of individual phonemes. The article analyses quantitatively one of the phonological aspects of the lexical content of ten selected diagnostic tests used to study the articulation of children between the ages of three and seven. The studies include the occurrence of consonant groups, the attention to the position of the appearance of consonant clusters, their number in the lexical unit, and the quantity of consonant elements adjacent to each other.

Key words: consonant groups, speech therapy diagnosis, articulation research

Genezy logopedycznych badań nad realizacją grup spółgłoskowych należy upatrywać w językoznawczej analizie występowania zbitek spółgłoskowych w różnych rodzajach tekstów, w stylach oraz socjolektach języka polskiego. Podjęte po drugiej wojnie światowej badania nad grupami spółgłoskowymi w języku polskim objęły teksty pisane[1] oraz mowę mieszkańców określonych regionów[2]. Ana-

[1] M. Bargiełówna: *Grupy fonemów spółgłoskowych współczesnej polszczyzny kulturalnej*. „Biuletyn Polskiego Towarzystwa Językoznawczego" 1950, nr 10, s. 1–25; K. Dobrogowska: *Word Internal Consonant Clusters in Polish Artistic Prose*. „Studia Phonetica Posnaniensia" 1991, vol. 2, s. 43–67; Eadem: *Śródgłosowe grupy spółgłosek w polskich tekstach popularnonaukowych*. „Polonica" 1984, R. 10, s. 15–34; L. Dukiewicz: *Rodzaje i częstość występowania nagłosowych grup fonemów typu CC/V/-, CCC/V/-, CCCC/V/-, w polskich tekstach prasowych*. „Lětopis Instituta za serbski ludospyt" 1980, A, 27/2, s. 142–157; D. Śledziński: *Podział korpusu tekstów na sylaby – analiza polskich grup spółgłoskowych*. „Kwartalnik Językoznawczy" 2013, nr 3, s. 48–100; Idem: *Analiza struktury grup spółgłoskowych w nagłosie oraz w wygłosie wyrazów w języku polskim*. „Kwartalnik Językoznawczy" 2010, nr 3–4, s. 61–83.

[2] B. Dunaj: *Grupy spółgłoskowe współczesnej polszczyzny mówionej (w języku mieszkańców Krakowa)*. W: „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Jagiellońskiego. Prace Językoznawcze". Z. 83. Warszawa, Państwowe Wydaw. Naukowe 1985.

liza zbitek konsonantycznych została przeprowadzona z uwzględnieniem nagrań radiowych[3] oraz języka kierowanego do dzieci[4].

W ujęciu logopedycznym zainteresowanie realizacją grup spółgłoskowych odnosi się zarówno do aspektu jej poprawności, stąd stanowi ona jedno z kryteriów, na podstawie którego dokonuje się oceny przynależności wymowy do danego stylu, jak i do procesów zachodzących w jej obrębie w przypadku zaburzeń mowy. Sposób wymowy połączeń konsonantycznych jest więc zagadnieniem między innymi z zakresu praktyki logopedycznej[5]. Określone sposoby ich realizacji są przedstawiane w opracowaniach dotyczących logopedii artystycznej[6]. Jednocześnie grupy spółgłoskowe, ze względu na możliwość ich nienormatywnej realizacji, należą do zjawisk, na które zwraca się uwagę w ramach badań i postępowania diagnostycznego dotyczących zaburzeń mowy o różnej etiologii, na przykład afazji[7], dyzartrii[8], czy – w przypadku dzieci – zaburzeń artykulacji, opóźnienia

---

[3] W. Jassem, P. Łobacz: *Analiza fonotaktyczna tekstu polskiego*. „Prace IPPT". [Nr] 63. Warszawa, Instytut Podstawowych Problemów Techniki 1971, s. 1–30.

[4] S. Milewski: *Mowa dorosłych kierowana do niemowląt. Studium fonostatyczno-fonotaktyczne*, Gdańsk, Wydaw. Uniwersytetu Gdańskiego 2004.

[5] B. Kamińska: *Jak uczyć dykcji przyszłych logopedów*. W: *Afazja i autyzm. Zaburzenia mowy oraz myślenia*. Red. M. Młynarska, T. Smereka. Wrocław, Wrocławskie Towarzystwo Naukowe Wydaw. 2007, s. 329–333; J. Wójtowiczowa: *Bilans fonetyczny*. „Język Polski" 1993, z. 1–2. s. 88–91. Janina Wójtowiczowa dokonała również próby uporządkowania grup spółgłoskowych, biorąc pod uwagę aspekt terapii logopedycznej (zob. Eadem: *Logopedyczny zbiór wyrazów*. Warszawa, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne 1993). W postępowaniu terapeutycznym dobór wyrazów do ćwiczeń na podstawie sąsiedztwa fonetycznego, określonego na podstawie kryterium, czy ćwiczona głoska sąsiaduje w danym kontekście fonetycznym z samogłoską czy ze spółgłoską, stanowi podstawę selekcji materiału leksykalnego (H. Rodak: *Terapia dziecka z wadą wymowy*. Warszawa, Wydaw. Uniwersytetu Warszawskiego, 1994; Idem: *Uczymy się poprawnie mówić. Poradnik logopedyczny z ćwiczeniami r.* Warszawa, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne 1998; E.M. Skorek: *Reranie. Profilaktyka, diagnoza, korekcja*. Kraków, Impuls 2003).

[6] B. Kamińska B: *Kilka uwag o wymowie dziennikarzy radiowych*. W: *Afazja i autyzm…*, s. 335–341; S. Milewski, B. Kamińska: *Grupy spółgłoskowe współczesnej polszczyzny w aspekcie normatywnym*. W: *Logopedia artystyczna*. Red. B. Kamińska, S. Milewski. Gdańsk, Harmonia Universalis 2016, s. 194–211; B. Toczyska: *Zacznij od samogłoski. Samogłoska w logopedii artystycznej*. Gdańsk, Harmonia Universalis 2016, s. 238–246; Eadem: *Dotkliwa artykulacja – korekcja głosek ć, dź, ś, ź*. Gdańsk, Harmonia 2010; Eadem: *Elementarne ćwiczenia dykcji*. Gdańsk, Gdańskie Wydaw. Oświatowe 2007, s 19; Eadem: *Głośno i wyraźnie. 9 lekcji dobrego mówienia*. Gdańsk, Gdańskie Wydaw. Psychologiczne 2007, s. 277–293; Eadem: *Łamańce z dedykacją, czyli makaka ma Kama*. Gdańsk, Podkowa 1998, s. 18–20.

[7] J.T. Kania: *Dezintegracja systemu fonologicznego w afazji (na materiale języka polskiego)*. Wrocław, Ossolineum 1976, s. 71–90; M. Przybysz-Piwko: *Realizacja nagłosowych grup spółgłoskowych u osób z afazją (na materiale wyrazów polskich)*. W: *Badania lingwistyczne nad afazją*. Red. H. Mierzejewska. Warszawa, Ossolineum 1978, s. 167–177; Eadem: *Stabilizowanie grup spółgłoskowych w wyrazach*. W: *Badania lingwistyczne nad afazją…*, s. 247–253.

[8] U. Mirecka: *Dyzartria w mózgowym porażeniu dziecięcym. Segmentalna i suprasegmentalna specyfika ciągu fonicznego a zrozumiałość wypowiedzi w przypadkach dyzartrii w mpd*. Lublin,

w rozwoju mowy[9] oraz specyficznych zaburzeń językowych (SLI)[10]. Zjawisko wymowy połączeń konsonantycznych analizowane jest również w kontekście rozwoju mowy dzieci w wieku przedszkolnym[11].

Podstawy metodologii prezentowanych badań

Celem prezentowanych badań jest odpowiedź na pytanie, jakie rodzaje grup spółgłoskowych występują w wybranych logopedycznych próbach diagnostycznych, na podstawie których dokonuje się oceny artykulacji u dzieci w wieku od 3 do 7 lat? W niniejszym opracowaniu określenie „rodzaj grup spółgłoskowych" odnosi się do liczby sąsiadujących z sobą konsonantów. Kryterium wyodrębnienia grup ma zatem charakter ilościowy, nie uwzględniono aspektu jakościowego połączeń spółgłoskowych. Pod uwagę wzięto liczbę fonemów tworzących nagłosowe, śródgłosowe i wygłosowe zbitki konsonantyczne oraz liczbę grup spółgłoskowych występujących w wyrazie. Pytania szczegółowe brzmią: Czy grupy spółgłoskowe w ogóle występują w logopedycznych próbach diagnostycznych, które mają służyć ocenie realizacji poszczególnych fonemów? Jak często występują one w materiale wyrazowym wspomnianych prób oraz jak często występują w poszczególnych pozycjach – nagłos, śródgłos, wygłos? Czy w analizowanych leksemach występuje więcej niż jedna grupa spółgłoskowa?

Przedmiotem prezentowanych badań są zatem grupy spółgłoskowe występujące w materiale wyrazowym prób diagnostycznych stanowiących narzędzie do oceny artykulacji dzieci we wspomnianej grupie wiekowej. Do analizy wybrano dziesięć narzędzi, które logopedzi wykorzystują w postępowaniu diagnostycznym dotyczącym dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym. Są to:

Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 2013, s. 82–83; U. Mirecka, K. Gustaw: *Skala dyzartrii. Wersja dla dzieci*. Wrocław, Continuo 2006, s. 10.

[9] J.T. Kania: *Szkice logopedyczne*. Warszawa, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne 1982, s. 187; O. Przybyla: *Motoryczne zdolności koordynacyjne w świetle badań nad mową*. W: *Metodologia badań logopedycznych*. Red. K. Kaczorowska-Bray, S. Milewski. Gdańsk, Harmonia Universalis 2015, s. 322–363; Eadem: *Analiza dźwiękowej realizacji mowy w antropomotorycznej w perspektywie opisu*. „Forum Logopedyczne" 2013, nr 21, s. 63–79.

[10] E. Czaplewska: *Rozumienie pragmatycznych aspektów wypowiedzi przez dzieci ze Specyficznym zaburzeniem językowym SLI*. Gdańsk, Harmonia Universalis 2012.

[11] S. Milewski: *Nagłosowe grupy spółgłoskowe w tekstach mówionych dzieci w wieku przedszkolnym*. W: *Logopedia jako nauka interdyscyplinarna – teoretyczna i stosowana*. Red. I. Nowakowska-Kempna. Katowice, Wydaw. Uniwersytetu Śląskiego 1998, s. 175–211; Idem: *Śródgłosowe grupy spółgłoskowe w tekstach mówionych dzieci w wieku przedszkolnym*. W: *Zaburzenia mowy*. T. 1. Red. S. Grabias. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 2001, s. 216–253; Idem: *Grupy spółgłoskowe w języku mówionym dzieci przedszkolnych*. „Logopeda. Czasopismo Internetowe" 2005, 1 (1), s. 5–32. https://logopeda.org.pl/resources/pliki/64_logopeda___nr_1.pdf .

- kwestionariusz obrazkowy znajdujący się w książce: *Jak usuwać seplenienie i inne wady wymowy* (Danuta Antos, Genowefa Demel, Irena Styczek, 1971)[12];
- kwestionariusz obrazkowy dołączony do książki *Minimum logopedyczne nauczyciela przedszkola* (Genowefa Demel, 1996)[13];
- *Gramy w słowa. Loteryjka obrazkowa* (Janina Wójtowiczowa, 1996)[14];
- *Próby do badania kompetencji językowej dzieci 6–8 letnich z uszkodzeniami słuchu* (Marianna Krawiec, 2003)[15];
- *Test nazywania. Diagnoza i terapia osób z zaburzeniami mowy* (Antoni Balejko, 2005)[16];
- *100-wyrazowy test artykulacyjny* (Ewa Krajna, 2008)[17];
- *Kwestionariusz obrazkowy do badania artykulacji* (Katarzyna Bieńkowska, 2012)[18];
- *Test do badań przesiewowych mowy dla dzieci w wieku przedszkolnym* (Iwona Michalak-Widera, Katarzyna Węsierska, 2012)[19];
- *Całościowe badanie logopedyczne z materiałem obrazkowym* (Danuta Emiluta-Rozya, 2013)[20];
- *Kwestionariusz badania mowy* (Grażyna Billewicz, Brygida Zioło, 2015)[21].

Doboru testów dokonano na podstawie wstępnego sondażu dotyczącego materiałów wykorzystywanych przez logopedów pracujących w poradniach psychologiczno-pedagogicznych, szkołach podstawowych, przedszkolach, przychodniach, placówkach specjalistycznych oraz gabinetach prywatnych, w których praktyki odbywają studenci kierunku lub specjalności logopedia studiów licencjackich oraz magisterskich, zlokalizowanych przede wszystkim w województwie kujawsko-pomorskim, pomorskim i warmińsko-mazurskim. W celu przeprowadzenia

---

[12] D. Antos, G. Demel, I. Styczek: *Jak usuwać seplenienie i inne wady wymowy*. Warszawa, Państwowe Zakłady Wydawnictw Szkolnych 1971.

[13] G. Demel: *Minimum logopedyczne nauczyciela przedszkola*. Warszawa, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne 1996.

[14] J. Wójtowiczowa: *Gramy w słowa. Loteryjka obrazkowa*. 1996. Loteryjka ta wykorzystywana jest przez logopedów między innymi jako narzędzie do badania artykulacji dzieci.

[15] M. Krawiec: *Próby do badania kompetencji językowej dzieci 6–8-letnich z uszkodzeniami słuchu*. Radom, SODiR PZG 2003. Próba dotycząca badania artykulacji stanowi jedno z narzędzi oceny kompetencji językowej dzieci z uszkodzeniem słuchu.

[16] A. Balejko: *Test nazywania. Diagnoza i terapia osób z zaburzeniami*. Białystok, Wydaw. Akademickie 2005.

[17] E. Krajna: *100-wyrazowy test artykulacyjny. Podręcznik*. Gliwice, „Komlogo" Piotr Gruba 2008.

[18] K. Bieńkowska: *Kwestionariusz obrazkowy do badania artykulacji*. Radom, Wydaw. Naukowe Instytutu Technologii Eksploatacji – BIP 2012.

[19] I. Michalak-Widera, K. Węsierska: *Test do badań przesiewowych mowy dla dzieci w wieku przedszkolnym*. Katowice, Unikat 2 2012.

[20] D. Emiluta-Rozya: *Całościowe badanie logopedyczne z materiałem obrazkowym*. Warszawa, Wydaw. Akademii Pedagogiki Specjalnej 2013.

[21] G. Billewicz, B. Zioło: *Kwestionariusz badania mowy*. Kraków, Impuls 2015.

analizy jednostek leksykalnych występujących we wspomnianych testach transkrypcją objęto 611 wyrazów. Zastosowano systemem fonologiczny zaproponowany w 1985 roku przez Bronisława Rocławskiego[22].

Grupy spółgłoskowe o strukturze dwu-, trzy- i wieloelementowej w logopedycznych narzędziach do badania artykulacji

Analiza opracowań metodycznych odnoszących się do postępowania diagnostycznego w zakresie badania artykulacji dowodzi, że status grup spółgłoskowych w procesie weryfikacji wymowy u dzieci nie jest jasny. O tym, czy zbitki konsonantyczne w ogóle są uwzględniane w procesie diagnostycznym decyduje z pewnością rodzaj próby badawczej. Diagnostyka artykulacji opiera się na ocenie wymowy w zróżnicowanych sytuacjach nadawczych, takich jak mowa potoczna, powtarzanie zdań i połączeń dwuwyrazowych, pojedynczych wyrazów, sylab i logatomów, a także głosek w izolacji[23]. W ocenie wymowy oprócz prób obejmujących dłuższe wypowiedzi oraz powtarzanie uwzględnia się więc również próby, w których wykorzystuje się kwestionariusze obrazkowe[24]. Cel posługiwania się kwestionariuszami obrazkowymi jest dwojaki. Dzięki nim, z jednej strony, w badaniu uwzględnia się wszystkie oceniane głoski, z drugiej, zostają one zaprezentowane w różnych pozycjach w wyrazie. Zaletą kwestionariusza obrazkowego jest możliwość systemowego uporządkowania materiału leksykalnego.

Samego procesu oceny realizacji poszczególnych fonemów spółgłoskowych dokonuje się przede wszystkim na podstawie połączeń typu CV-, -VCV- oraz

[22] B. Rocławski: *Podstawy wiedzy o języku polskim dla glottodydaktyków, pedagogów, psychologów i logopedów*. Gdańsk, Glottispol 2010; Idem: *Poradnik fonetyczny dla nauczycieli*. Warszawa, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne 1986, s. 23–24; Idem: *Zarys fonologii, fonetyki, fonotaktyki i fonostatystyki współczesnego języka polskiego*. Gdańsk, Wydaw. Uczelniane Uniwersytetu Gdańskiego 1986, s. 85–86.

[23] E. Czaplewska: *Diagnoza zaburzeń rozwoju artykulacji*. W: *Diagnoza logopedyczna. Podręcznik akademicki*. Red. E. Czaplewska, S. Milewski. Sopot, Gdańskie Wydaw. Psychologiczne 2012, s. 104.

[24] A. Sołtys-Chmielowicz: *Standard postępowania logopedycznego w przypadku dyslalii*. W: *Standardy postępowania logopedycznego*. „Logopedia" 2008, t. 37, s. 60; Eadem: *Zaburzenia artykulacji*. W: *Podstawy neurologopedii. Podręcznik akademicki*. Red. T. Gałkowski, E. Szeląg, G. Jastrzębowska. Opole, Wydaw. Uniwersytetu Opolskiego 2005, s. 434; Eadem: *Problem zrozumiałości wypowiedzi w przypadkach dyslalii*. „Logopedia" 2003, t. 32, s. 163; Eadem: *Wady wymowy i ich korygowanie*. „Logopedia" 2002, t. 31, s. 63; D. Emiluta-Rozya: *Uwagi do narzędzi diagnostycznych mojego autorstwa i współautorstwa*. W: *Metody i narzędzia diagnostyczne w logopedii*. W: „Z Prac Towarzystwa Kultury Języka". T. 12. Warszawa, Elipsa 2015, s. 34–41; D. Pluta-Wojciechowska: *Analityczno-fonetyczna metoda oceny realizacji fonemów*. W: *Metody i narzędzia diagnostyczne w logopedii…*, s. 74.

-VC[25]. Realizacja konsonantów jest zatem weryfikowana zwykle w sąsiedztwie z samogłoskami w nagłosie, śródgłosie, a także, o ile weryfikowana spółgłoska należy do fonemów bezdźwięcznych bądź jest głoską sonorną, w wygłosie wyrazów. Zdarza się również, że w doborze jednostek leksykalnych dąży się do ograniczenia – uważanych za trudniejsze w realizacji – grup spółgłoskowych[26]. Jednocześnie zwraca się uwagę na występowanie badanych głosek w zróżnicowanych kontekstach fonetycznych[27].

Celem w przedstawionej poniżej analizie materiału leksykalnego wybranych prób diagnostycznych jest oszacowanie występowania grup spółgłoskowych w testach obrazkowych wykorzystywanych w procesie oceny artykulacji dzieci w wieku od 3 do 7 lat. Tabela 1. zawiera dane dotyczące liczby oraz procentowego występowania grup spółgłoskowych w wybranych próbach logopedycznych.

Tabela 1. Występowanie wyrazów z sąsiedztwem konsonantycznym oraz grup spółgłoskowych w wybranych logopedycznych próbach diagnostycznych

Próba diagnostyczna	Wszystkie wyrazy		Wyrazy zawierające grupy spółgłoskowe		Grupy spółgłoskowe	
Kwestionariusz w książce: *Jak usuwać seplenienie i inne wady wymowy* (D. Antos, G. Demel, I. Styczek, 1971)	218	100%	123	56,42%	154	70,64%
Kwestionariusz w książce: *Minimum logopedyczne nauczyciela przedszkola* (G. Demel, 1996)	144	100%	81	56,25%	102	70,83%
Gramy w słowa. Loteryjka obrazkowa (J. Wójtowiczowa, 1996)	96	100%	56	58,33%	66	68,75%
Próby do badania kompetencji językowej dzieci 6–8-letnich z uszkodzeniami słuchu (M. Krawiec, 2003)	107	100%	53	49,53%	62	57,94%

[25] K. Bieńkowska: *Kwestionariusz obrazkowy…* s. 5; E. Krajna: *100-wyrazowy test artykulacyjny*, s. 15; G. Jastrzębowska, O. Pelc-Pękala: *Diagnoza i terapia zaburzeń artykulacji* (*dyslalii*). W: *Logopedia – pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki*. T. 2: *Zaburzenia komunikacji językowej u dzieci i osób dorosłych*. Red. T. Gałkowski, G. Jastrzębowska. Opole, Wydaw. Uniwersytetu Opolskiego 2003, s. 405.

[26] K. Bieńkowska: *Kwestionariusz obrazkowy…*, s. 5; E. Krajna: *100-wyrazowy test…*, s. 15.

[27] A. Sołtys-Chmielowicz: *Standard postępowania…*, s. 60; G. Jastrzębowska, O. Pelc-Pękala: *Metodyka ogólna diagnozy i terapii logopedycznej*. W: *Logopedia – pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki*. T. 2…, s. 321; M. Bryndal: *Fonologiczna interpretacja procesów doskonalenia wymowy dziecięcej na tle współczesnych teorii fonologicznych*. Gliwice, „Komlogo" Piotr Gruba 2015, s. 85.

Test nazywania. Diagnoza i terapia osób z zaburzeniami mowy (A. Balejko, 2005)	44	100%	29	65,91%	35	79,55%
100-wyrazowy test artykulacyjny (E. Krajna, 2008)	95	100%	32	33,68%	36	37,89%
Kwestionariusz obrazkowy do badania artykulacji (K. Bieńkowska, 2012)	337	100%	135	40,06%	161	47,77%
Test do badań przesiewowych mowy dla dzieci w wieku przedszkolnym (I. Michalak-Widera, K. Węsierska, 2012)	44	100%	19	43,18%	22	50,00%
Całościowe badanie logopedyczne z materiałem obrazkowym (D. Emiluta-Rozya, 2013)	55	100%	29	52,73%	36	65,45%
Kwestionariusz badania mowy (G. Billewicz, B. Zioło, 2015)	100	100%	55	55,00%	62	62,00%
Suma	1240	100%	612	49,35%	736	59,35%

Źródło: Opracowanie własne.

Wyniki podane w tabeli 1. pokazują, że średnia występowania zbitek konsonantycznych we wszystkich dziesięciu analizowanych próbach wynosi 59,35%, z kolei biorąc pod uwagę liczbę wyrazów, w których pojawiły się grupy spółgłoskowe – leksemy te stanowią 49,35% wszystkich rzeczowników użytych w testach[28].

Jak wcześniej wspomniano, w opracowaniach z zakresu metodyki postępowania logopedycznego w przypadku oceny artykulacji przyjmuje się założenie, że nieodzownym, a jednocześnie optymalnym i wystarczającym sposobem przeprowadzenia badania wymowy jest uwzględnienie badanej głoski w sąsiedztwie CV-, -VCV- oraz -VC. Dlatego też niezwykle rzadko poddaje się analizie wymowę połączeń typu -CC-, -CCC- itd.[29], nie weryfikuje się również zbitek spółgłoskowych występujących w poszczególnych próbach diagnostycznych pod względem liczby spółgłosek tworzących daną grupę ani pod względem jej miejsca w wyrazie, ani też pod kątem cech spółgłosek takich jak miejsce czy sposób realizacji. Niektórzy badacze zauważają, że pewne konteksty fonetyczne – dotyczy to między innymi realizacji fonemów w grupach spółgłoskowych – pojawiają się dopiero w trakcie terapii i wtedy dopiero następuje weryfikacja ich wymowy[30].

[28] W niniejszym opracowaniu wzięto pod uwagę słownictwo zawarte w dziesięciu próbach diagnostycznych. W ośmiu występują wyłącznie rzeczowniki, w *100-wyrazowym teście artykulacyjnym* Ewy Krajny został podany jeden przymiotnik (*fioletowy*), natomiast *Całościowe badanie logopedyczne z materiałem obrazkowym* Danuty Emiluty-Rozyi zawiera różne części mowy. W celu porównawczym uwzględniono wyłącznie próbę dotyczącą wymowy rzeczowników.

[29] S. Milewski: *Nagłosowe grupy spółgłoskowe…*, s. 175–211; Idem: *Śródgłosowe grupy spółgłoskowe…*, s. 216–253; Idem: *Grupy spółgłoskowe w języku mówionym…*, s. 5–32.

[30] A. Sołtys-Chmielowicz: *Standard postępowania…*, s. 61.

Struktura grup spółgłoskowych w pozycji nagłosowej, śródgłosowej oraz wygłosowej wyrazów

Biorąc pod uwagę miejsce występowania grupy spółgłoskowej, nagłos oraz śródgłos to pozycje, w których zbitki konsonantyczne występują najczęściej. Dane dotyczące liczby i procentowego występowania jednostek leksykalnych zawierających połączenia spółgłoskowe w poszczególnych pozycjach w wyrazie zawierają tabele 2., 3. i 4.

Tabela 2. Występowanie nagłosowych grup spółgłoskowych w wybranych logopedycznych próbach diagnostycznych

Próba diagnostyczna	Wszystkie wyrazy		Grupy spółgłoskowe CC-		Grupy spółgłoskowe CCC-		Grupy spółgłoskowe w nagłosie wyrazów łącznie	
Kwestionariusz w książce: *Jak usuwać seplenienie i inne wady wymowy* (D. Antos, G. Demel, I. Styczek, 1971)	218	100%	41	18,81%	4	1,83%	45	20,64%
Kwestionariusz w książce: *Minimum logopedyczne nauczyciela przedszkola* (G. Demel, 1996)	144	100%	30	20,83%	3	2,08%	33	22,92%
Gramy w słowa. Loteryjka obrazkowa (J. Wójtowiczowa, 1996)	96	100%	14	14,58%	1	1,04%	15	15,63%
Próby do badania kompetencji językowej dzieci 6–8-letnich z uszkodzeniami słuchu (M. Krawiec, 2003)	107	100%	21	19,63%	1	0,93%	22	20,56%
Test nazywania. Diagnoza i terapia osób z zaburzeniami mowy (A. Balejko, 2005)	44	100%	7	15,91%	1	2,27%	8	18,18%
100-wyrazowy test artykulacyjny (E. Krajna, 2008)	95	100%	15	15,79%	1	1,05%	16	16,84%
Kwestionariusz obrazkowy do badania artykulacji (K. Bieńkowska, 2012)	337	100%	52	15,43%	6	1,78%	58	17,21%

Test do badań przesiewowych mowy dla dzieci w wieku przedszkolnym (I. Michalak-Widera, K. Węsierska, 2012)	44	100%	4	9,09%	0	–	4	9,09%
Całościowe badanie logopedyczne z materiałem obrazkowym (D. Emiluta-Rozya, 2013)	55	100%	16	29,09%	1	1,82%	17	30,91%
Kwestionariusz badania mowy (G. Billewicz, B. Zioło, 2015)	100	100%	20	20,00%	1	1,00%	21	21,00%
Suma	1240	100%	220	17,74%	19	1,53%	239	19,27%

Źródło: Opracowanie własne.

Tabela 3. Występowanie śródgłosowych grup spółgłoskowych w wybranych logopedycznych próbach diagnostycznych

Próba diagnostyczna	Wszystkie wyrazy		Grupy spółgłoskowe -CC-		Grupy spółgłoskowe -CCC-		Grupy spółgłoskowe w śródgłosie wyrazów łącznie	
Kwestionariusz w książce: *Jak usuwać seplenienie i inne wady wymowy* (D. Antos, G. Demel, I. Styczek, 1971)	218	100%	93	42,66%	6	2,75%	99	45,41%
Kwestionariusz w książce: *Minimum logopedyczne nauczyciela przedszkola* (G. Demel, 1996)	144	100%	64	44,44%	3	2,08%	67	46,53%
Gramy w słowa. Loteryjka obrazkowa (J. Wójtowiczowa, 1996)	96	100%	47	48,96%	3	3,13%	50	52,08%
Próby do badania kompetencji językowej dzieci 6–8-letnich z uszkodzeniami słuchu (M. Krawiec, 2003)	107	100%	35	32,71%	2	1,87%	37	34,58%
Test nazywania. Diagnoza i terapia osób z zaburzeniami mowy (A. Balejko, 2005)	44	100%	22	50,00%	2	4,55%	24	54,55%
100-wyrazowy test artykulacyjny (E. Krajna, 2008)	95	100%	16	16,84%	1	1,05%	17	17,89%

cd. tabeli 3

Kwestionariusz obrazkowy do badania artykulacji (K. Bieńkowska, 2012)	337	100%	94	27,89%	2	0,59%	96	28,49%
Test do badań przesiewowych mowy dla dzieci w wieku przedszkolnym (I. Michalak-Widera, K. Węsierska, 2012)	44	100%	14	31,82%	2	4,55%	16	36,36%
Całościowe badanie logopedyczne z materiałem obrazkowym (D. Emiluta-Rozya, 2013)	55	100%	19	34,55%	–	–	19	34,55%
Kwestionariusz badania mowy (G. Billewicz, B. Zioło, 2015)	100	100%	39	39,00%	3	3,00%	42	42,00%
Suma	1240	100%	443	35,73%	24	1,94%	467	37,66%

Źródło: Opracowanie własne.

Tabela 4. Występowanie wygłosowych grup spółgłoskowych w wybranych logopedycznych próbach diagnostycznych

Próba diagnostyczna	Wszystkie wyrazy		Grupy spółgłoskowe -CC		Grupy spółgłoskowe -CCC		Grupy spółgłoskowe w wygłosie wyrazów łącznie	
Kwestionariusz w książce: *Jak usuwać seplenienie i inne wady wymowy* (D. Antos, G. Demel, I. Styczek, 1971)	218	100%	10	4,59%	–	–	10	4,59%
Kwestionariusz w książce: *Minimum logopedyczne nauczyciela przedszkola* (G. Demel, 1996)	144	100%	2	1,39%	–	–	2	1,39%
Gramy w słowa. Loteryjka obrazkowa (J. Wójtowiczowa, 1996)	96	100%	1	1,04%	–	–	1	1,04%
Próby do badania kompetencji językowej dzieci 6–8-letnich z uszkodzeniami słuchu (M. Krawiec, 2003)	107	100%	3	2,80%	–	–	3	2,80%
Test nazywania. Diagnoza i terapia osób z zaburzeniami mowy (A. Balejko, 2005)	44	100%	2	4,55%	–	–	2	4,55%

100-wyrazowy test artykulacyjny (E. Krajna, 2008)	95	100%	3	3,16%	–	–	3	3,16%
Kwestionariusz obrazkowy do badania artykulacji (K. Bieńkowska, 2012)	337	100%	7	2,08%	–	–	7	2,08%
Test do badań przesiewowych mowy dla dzieci w wieku przedszkolnym (I. Michalak-Widera, K. Węsierska, 2012)	44	100%	2	4,55%	–	–	2	4,55%
Całościowe badanie logopedyczne z materiałem obrazkowym (D. Emiluta-Rozya, 2013)	55	100%	–	–	–	–	–	–
Kwestionariusz badania mowy (G. Billewicz, B. Zioło, 2015)	100	100%	–	–	–	–	–	–
Suma	1240	100%	30	2,42%	–	–	30	2,42%

Źródło: Opracowanie własne.

Analizując przedstawione w tabelach wyniki, należy wziąć pod uwagę nie tylko deklarowane przez wybranych autorów dążenie do unikania jednostek leksykalnych, w których występują grupy spółgłoskowe[31], ale również to, że materiał wyrazowy uwzględniony w niniejszym opracowaniu stanowią nazwy – rzeczowniki. Właśnie te leksemy można najłatwiej w sposób jednoznaczny przedstawić w postaci rysunku w kwestionariuszu obrazkowym[32]. Tego rodzaju rozwiązanie stanowi rozpowszechniony sposób postępowania. Należy jednak pamiętać, że pomija się w ten sposób pozostałe części mowy, takie między innymi, jak czasowniki, przymiotniki itd. oraz ich formy gramatyczne, nie otrzymując zatem pełnego obrazu języka potocznego.

[31] Por. E. Krajna: *100-wyrazowy test*…, s. 15.

[32] Por. N. Siudzińska, M. Stępień M.: *Czy i w jakim stopniu narzędzia służące do diagnozy logopedycznej odzwierciedlają strukturę języka?* W: *Język i logopedia*. Red. Z. Zaron, J. Porayski-Pomsta. Warszawa, BEL Studio 2013, s. 150–151.

Struktura dwu-, trzy- i wieloelementowych grup spółgłoskowych w testach stosowanych do badania artykulacji

W analizie wybranych kwestionariuszy należy także zwrócić uwagę na liczbę grup spółgłoskowych występujących w jednym wyrazie. Tego rodzaju dane zawierają tabele 5. i 6.

Tabela 5. Występowanie grup spółgłoskowych w strukturze wyrazów w poszczególnych próbach diagnostycznych

Próba diagnostyczna	Wszystkie wyrazy		Wyrazy z jedną grupą spółgłoskową		Wyrazy z dwiema grupami spółgłoskowymi		Wyrazy z trzema grupami spółgłoskowymi	
Kwestionariusz w książce: *Jak usuwać seplenienie i inne wady wymowy* (D. Antos, G. Demel, I. Styczek, 1971)	218	100%	94	43,12%	11	5,05%	2	0,92%
Kwestionariusz w książce: *Minimum logopedyczne nauczyciela przedszkola* (G. Demel, 1996)	144	100%	61	42,36%	19	13,19%	1	0,69%
Gramy w słowa. Loteryjka obrazkowa (J. Wójtowiczowa, 1996)	96	100%	46	47,92%	10	10,42%	–	–
Próby do badania kompetencji językowej dzieci 6–8-letnich z uszkodzeniami słuchu (M. Krawiec, 2003)	107	100%	46	42,99%	5	4,67%	2	1,87%
Test nazywania. Diagnoza i terapia osób z zaburzeniami mowy (A. Balejko, 2005)	44	100%	24	54,55%	5	11,36%	–	–
100-wyrazowy test artykulacyjny (E. Krajna, 2008)	95	100%	28	29,47%	3	3,16%	–	–
Kwestionariusz obrazkowy do badania artykulacji (K. Bieńkowska, 2012)	337	100%	110	32,64%	24	7,12%	1	0,30%
Test do badań przesiewowych mowy dla dzieci w wieku przedszkolnym (I. Michalak-Widera, K. Węsierska, 2012)	44	100%	16	36,36%	3	6,82%	–	–

Całościowe badanie logopedyczne z materiałem obrazkowym (D. Emiluta-Rozya, 2013)	55	100%	22	40,00%	7	12,73%	–	–
Kwestionariusz badania mowy (G. Billewicz, B. Zioło, 2015)	100	100%	48	48,00%	6	6,00%	1	1,00%
Suma	1240	100%	495	39,92%	93	7,50%	7	0,56%

Źródło: Opracowanie własne.

Wybór określonych wyrazów zamieszczanych w testach przeznaczonych do badania artykulacji może być różnie umotywowany. Z jednej strony użyte jednostki leksykalne mogą być postrzegane jako takie, które powinny być dziecku znane, zatem rysunki zawarte w narzędziach diagnostycznych przedstawiają przedmioty, które potencjalnie będzie ono umiało nazwać. Z drugiej – wchodzą w zakres wyobrażenia dorosłych użytkowników języka na temat języka trzy-, cztero-, pięcio-, sześcio- czy siedmiolatka.

Istotnym kryterium doboru jednostek leksykalnych wskazywanym przez autorów analizowanych prób diagnostycznych jest łatwość artykulacyjna. Wspomina się w tym kontekście również o unikaniu grup spółgłoskowych. W tej sytuacji zastanawiają jednostki leksykalne mające w swojej strukturze dwie lub trzy grupy spółgłoskowe. Dane dotyczące liczby i odsetka grup spółgłoskowych, a także elementów konsonantycznych sąsiadujących ze sobą w strukturze wyrazu w poszczególnych próbach diagnostycznych zawiera tabela 6.

W badanym materiale występują wyłącznie grupy spółgłoskowe dwu- i trzyelementowe. Wśród zawartych w tabeli zbitek spółgłoskowych nie ma struktur CCCC- ani więcejelementowych. Są z kolei leksemy mające w swojej strukturze więcej niż jedną grupę spółgłoskową lub jednocześnie dwu- lub trzyelementową zbitkę konsonantyczną. Analizując strukturę wyrazów pod kątem liczby grup spółgłoskowych w wyrazie, należy wskazać, że wśród jednostek leksykalnych zawartych w tabeli nie znajdują się konfiguracje typu: CC-CC-CC, CC-CCC, -CC-CCC, CCC-CC, CCC-CCC, -CCC, -CCC-CCC. Warto natomiast zastanowić się nad grupą wyrazów (mimo że nie jest ona liczna), w których strukturze zbitki konsonantyczne występują dwu- lub trzykrotnie. Wyrazy o strukturze z kilkoma grupami spółgłoskowymi mogą być uważane za trudne realizacyjnie, należałoby wobec tego odpowiedzieć na pytania, jakie są to jednostki leksykalne oraz czy te same wyrazy zawierające więcej niż jedną grupę spółgłoskową powtarzają się w różnych próbach przeznaczonych do diagnozy artykulacji u dzieci. Stanowi to interesujący problem szczególnie wtedy, gdy weźmie się pod uwagę, że struktury typu CC-CC-CC- czy CCC-CC- występują w różnych testach.

Tabela 6. Liczba i odsetek wyrazów z uwzględnieniem grup spółgłoskowych w jednostce leksykalnej oraz liczba elementów konsonantycznych sąsiadujących ze sobą w strukturze wyrazów w poszczególnych próbach diagnostycznych

Próba diagnostyczna	Wszystkie wyrazy		Wyrazy z CC-		Grupy spółgłoskowe o strukturze -CC-		Wyrazy zawierające…						
							-CC		CC-CC-		CC-CC		
Kwestionariusz w książce: *Jak usuwać seplenienie i inne wady wymowy* (D. Antos, G. Demel, I. Styczek, 1971)	218	100%	20	9,17%	61	27,98%	9	4,13%	16	7,34%	–	–	
Kwestionariusz w książce: *Minimum logopedyczne nauczyciela przedszkola* (G. Demel, 1996)	144	100%	15	10,42%	39	27,08%	2	1,39%	14	9,72%	–	–	
Gramy w słowa. Loteryjka obrazkowa (J. Wójtowiczowa, 1996)	96	100%	8	8,33%	33	34,38%	1	1,04%	6	6,25%	–	–	
Próby do badania kompetencji językowej dzieci 6–8-letnich z uszkodzeniami słuchu (M. Krawiec, 2003)	107	100%	14	13,08%	26	24,30%	3	2,80%	5	4,67%	–	–	
Test nazywania. Diagnoza i terapia osób z zaburzeniami mowy (A. Balejko, 2005)	44	100%	3	6,82%	16	36,36%	2	4,55%	4	9,09%	–	–	

…strukturę spółgłoskową / struktury spółgłoskowe																
	CC-CC-CC-		CC-CCC-		-CC-CC-		-CC-CC		CCC-		CCC-CC-		CCC-CCC-		-CCC-	
	2	0,92%	3	1,38%	5	2,29%	1	0,46%	2	0,92%	1	0,46%	1	0,46%	2	0,92%
	1	0,69%	–	–	4	2,78%	–	–	2	1,39%	1	0,69%	–	–	3	2,08%
	–	–	–	–	4	4,17%	–	–	1	1,04%	–	–	–	–	3	3,13%
	2	1,87%	–	–	–	–	–	–	1	0,93%	–	–	–	–	2	1,87%
	–	–	–	–	1	2,27%	–	–	1	2,27%	–	–	–	–	2	4,55%

cd. tabeli 6

Próba diagnostyczna	Wszystkie wyrazy		Wyrazy z CC-		Grupy spółgłoskowe o strukturze -CC-		Wyrazy zawierające…						
							-CC		CC-CC-		CC-CC		
Kwestionariusz obrazkowy do badania artykulacji (K. Bieńkowska, 2012)	337	100%	34	10,09%	64	18,99%	6	1,78%	16	4,75%	1	0,30%	
Test do badań przesiewowych mowy dla dzieci w wieku przedszkolnym (I. Michalak-Widera, K. Węsierska, 2012)	44	100%	2	4,55%	10	22,73%	2	4,55%	2	4,55%	–	–	
Całościowe badanie logopedyczne z materiałem obrazkowym (D. Emiluta-Rozya, 2013)	55	100%	9	16,36%	12	21,82%	–	–	7	12,73%	–	–	
Kwestionariusz badania mowy (G. Billewicz, B. Zioło, 2015)	100	100%	15	15,00%	29	29,00%	–	–	4	4,00%	–	–	
Suma	1240	100%	132	10,65%	302	24,35%	27	2,18%	76	6,13%	2	0,16%	

Źródło: Opracowanie własne.

	…strukturę spółgłoskową / struktury spółgłoskowe															
	CC-CC-CC-		CC-CCC-		-CC-CC-		-CC-CC		CCC-		CCC-CC-		CCC-CCC-		-CCC-	
	1	0,30%	–	–	5	1,48%	–	–	4	1,19%	2	0,59%	–	–	2	0,59%
	–	–	–	–	1	2,27%	–	–	–	–	–	–	–	–	2	4,55%
	–	–	–	–	–	–	–	–	1	1,82%	–	–	–	–	–	–
	1	1,00%	–	–	2	2,00%	–	–	1	1,00%	–	–	–	–	3	3,00%
	7	0,56%	3	0,24%	23	1,85%	1	0,08%	14	1,13%	4	0,32%	1	0,08%	20	1,61%

Uwzględniając mogące pojawić się u dzieci trudności realizacyjne towarzyszące wymowie grup spółgłoskowych, należy przyjrzeć się jednostkom leksykalnym zawierających więcej niż jedno sąsiedztwo konsonantyczne – a zatem dwa lub nawet trzy – zarówno dwu-, jak i trzyelementowe. Wśród wyrazów o najliczniejszym występowaniu grup spółgłoskowych znalazły się takie leksemy, jak /bi̯edronka/ i /vi̯evi̯urka/. Pierwszy z nich w próbach diagnostycznych wystąpił cztery razy, drugi – trzykrotnie. Wyrazy o strukturze CCC-CC- to: /šklanka/ – leksem pojawił się dwa razy oraz /gvi̯azda/ i /stšelba/. Jednostki leksykalne zawierające trójelementową grupę konsonantyczną w nagłosie to: czterokrotnie występujące wyrazy /džvi/ i /šfi̯eca/, dwukrotnie – /sklep/ oraz po jednym razie – /strax/, /kfi̯at/, /pščo̯a/; w śródgłosie: /i̯apu̯ko/ – leksem pojawił się pięć razy, dwukrotnie wystąpiły /xoi̯nka/, /ćastko/, /lustro/, /pompka/, po jednym razie /xustka/, /gompka/, /indi̯anin/, /iskry/, /ńeʒvi̯eć/, /rai̯stopy/ oraz w nagłosie i śródgłosie – /gvi̯astka/.

Wnioski

Wyrazy, w których występują grupy spółgłoskowe dwu- oraz trójelementowe, stanowią liczną grupę jednostek leksykalnych uwzględnionych w logopedycznych próbach diagnostycznych przeznaczonych do oceny artykulacji. Liczna jest również grupa wyrazów zawierających dwie lub nawet trzy zbitki konsonantyczne. Znajdują się wśród nich leksemy o różnym stopniu trudności realizacyjnej. Do trudniejszych artykulacyjnie należy na przykład zawierający trójelementową grupę spółgłoskową w nagłosie wyraz /pščo̯a/, w którym występuje sąsiedztwo głoski wybuchowej oraz szczelinowej i zwarto-szczelinowej[33]. Analiza materiału wyrazowego kwestionariuszy obrazkowych wykorzystywanych w ocenie artykulacji, w których występują grupy spółgłoskowe, pomaga w usystematyzowaniu wyrazów i pozwala się odnieść do ich konkretnych realizacji oraz do etapów ontogenezy mowy. Z kolei uwzględnienie zjawiska powtarzania się w analizowanym materiale wyrazowym licznych jednostek leksykalnych pozwala na wysunięcie hipotezy, że oprócz aspektu fonologicznego, będącego niewątpliwie podstawą doboru wielu leksemów, drugim istotnym czynnikiem mającym znaczenie dla doboru wyrazów jest ich wartość semantyczna, a w tym zakresie dominującym kryterium wydaje się przynależność do kręgu nazw tworzących zasób leksykalny języka dziecka[34]. Stanowi to istotne uzasadnienie występowania w próbach diagnostycznych przeznaczonych do badania artykulacji u dzieci jednostek wyrazowych, które w swo-

[33] S. Milewski, B. Kamińska: *Grupy spółgłoskowe współczesnej…*, s. 194–211.

[34] E. Krajna: *Doskonalenie artykulacji u dzieci przedszkolnych – wybrane zagadnienia*. „Logopedia" 2002, t. 31, s. 43–44.

jej strukturze posiadają liczne połączenia konsonantyczne. Do takich wyrazów należą na przykład /bi̯edronka/, /vi̯evi̯urka/, /stšelba/ czy /šklanka/.

Realizacja grup spółgłoskowych nie należy do aspektów wymowy, które stanowią podstawowy przedmiot badań z wykorzystaniem wymienionych w niniejszym opracowaniu prób diagnostycznych. Z kolei brak narzędzia pozwalającego na ocenę wymowy właśnie zbitek konsonantycznych stanowi istotną lukę, jeśli wziąć pod uwagę możliwości oceny artykulacji. Istniejące narzędzia pozwalają przede wszystkim na weryfikację spółgłosek w sąsiedztwie samogłoskowym, natomiast obserwacja wymowy zarówno spontanicznej, jak i na przykład reprezentowanej pod czas ćwiczeń – również powtarzania za wzorcem – w grupie dzieci z niektórymi zaburzeniami mowy[35] wskazuje na istnienie problemów objawiających się między innymi pewnymi naruszeniami właśnie w obrębie realizacji połączeń konsonantycznych.

Bibliografia

Antos D., Demel G., Styczek I.: *Jak usuwać seplenienie i inne wady wymowy*. Warszawa, Państwowe Zakłady Wydawnictw Szkolnych, 1971.

Balejko A.: *Test nazywania. Diagnoza i terapia osób z zaburzeniami mowy*. Białystok, Wydaw. Akademickie 2005, s. 3–24.

Bieńkowska K.: *Kwestionariusz obrazkowy do badania artykulacji*. Radom, Wydaw. Naukowe Instytutu Technologii Eksploatacji – BIP 2012.

Billewicz G., Zioło B.: *Kwestionariusz badania mowy*. Kraków, Impuls 2015.

Bargiełówna M.: *Grupy fonemów spółgłoskowych współczesnej polszczyzny kulturalnej*. „Biuletyn Polskiego Towarzystwa Językoznawczego" 1950, nr 10, s. 1–25.

Bryndal M.: *Fonologiczna interpretacja procesów doskonalenia wymowy dziecięcej na tle współczesnych teorii fonologicznych*. Gliwice, „Komlogo" Piotr Gruba 2015, s. 85.

Czaplewska E.: *Diagnoza zaburzeń rozwoju artykulacji*. W: *Diagnoza logopedyczna. Podręcznik akademicki*. Red. E. Czaplewska, S. Milewski. Sopot, Gdańskie Wydaw. Psychologiczne 2012, s. 65–120.

Czaplewska E.: *Rozumienie pragmatycznych aspektów wypowiedzi przez dzieci ze Specyficznym zaburzeniem językowym SLI*. Gdańsk, Harmonia Universalis 2012.

Demel G.: *Minimum logopedyczne nauczyciela przedszkola*. Warszawa, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, 1996.

Dobrogowska K.: *Śródgłosowe grupy spółgłosek w polskich tekstach popularnonaukowych*. „Polonica" 1984, R. 10, s. 15–34.

Dobrogowska K.: *Word Internal Consonant Clusters in Polish Artistic Prose*. "Studia Phonetica Posnaniensia" 1991, vol. 2, s. 43–67.

Dukiewicz L.: *Rodzaje i częstość występowania nagłosowych grup fonemów typu CC/V/-, CCC/V/-, CCCC/V/-, w polskich tekstach prasowych*. „Lětopis Instituta za serbski ludospyt" 1980, A, 27/2, s. 142–157.

Dunaj B.: *Grupy spółgłoskowe współczesnej polszczyzny mówionej (w języku mieszkańców Krakowa)*. W: „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Jagiellońskiego. Prace Językoznawcze". Z. 83. Warszawa, Państwowe Wydaw. Naukowe, 1985.

[35] Do tego rodzaju zaburzeń należy między innymi SLI.

Dunaj B.: *Zasady poprawnej wymowy polskiej*. „Język Polski. Organ Towarzystwa Miłośników Języka Polskiego" 2006, R. 86, z. 3, s. 161–172.

Emiluta-Rozya D.: *Całościowe badanie logopedyczne z materiałem obrazkowym*. Warszawa, Wydaw. Akademii Pedagogiki Specjalnej 2013.

Emiluta-Rozya D.: *Uwagi do narzędzi diagnostycznych mojego autorstwa i współautorstwa*. W: *Metody i narzędzia diagnostyczne w logopedii*. W: „Z Prac Towarzystwa Kultury Języka". T. 12. Warszawa, Elipsa 2015, s. 32–48.

Jassem W., Łobacz P.: *Analiza fonotaktyczna tekstu polskiego*. „Prace IPPT". [Nr] 63. Warszawa, Instytut Podstawowych Problemów Techniki, 1971, s. 1–30.

Jastrzębowska G., Pelc-Pękala O.: *Diagnoza i terapia zaburzeń artykulacji (dyslalii)*. W: *Logopedia – pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki*, Tom 2 *Zaburzenia komunikacji językowej u dzieci i osób dorosłych*. Red. T. Gałkowski, G. Jastrzębowska. Opole, Wydaw. Uniwersytetu Opolskiego 2003, s. 403–429.

Jastrzębowska G., Pelc-Pękala O.: *Metodyka ogólna diagnozy i terapii logopedycznej*. W: *Logopedia – pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki*. T. 2: *Zaburzenia komunikacji językowej u dzieci i osób*. Red. T. Gałkowski, G. Jastrzębowska. Opole, Wydaw. Uniwersytetu Opolskiego 2003, s. 309–345.

Kania J.T.: *Dezintegracja systemu fonologicznego w afazji (na materiale języka polskiego)*. Wrocław, Ossolineum, 1976, s. 71–90.

Kania J.T.: *Szkice logopedyczne*. Warszawa, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, 1982, s. 187.

Kamińska B.: *Jak uczyć dykcji przyszłych logopedów*. W: *Afazja i autyzm. Zaburzenia mowy oraz myślenia*. Red. M. Młynarska, T. Smereka. Wrocław, Wrocławskie Towarzystwo Naukowe Wydaw. 2007, s. 329–333.

Kamińska B.: *Kilka uwag o wymowie dziennikarzy radiowych*. W: *Afazja i autyzm. Zaburzenia mowy oraz myślenia*; Red. M. Młynarska, T. Smereka. Wrocław, Wrocławskie Towarzystwo Naukowe Wydaw. 2007, s. 335–341.

Krajna E.: *Doskonalenie artykulacji u dzieci przedszkolnych – wybrane zagadnienia*. „Logopedia" 2002, t. 31, s. 27–52.

Krajna E.: *100-wyrazowy test artykulacyjny. Podręcznik*. Gliwice, „Komlogo" Piotr Gruba 2008.

Krawiec M.: *Próby do badania kompetencji językowej dzieci 6–8-letnich z uszkodzeniami słuchu*. Radom, SODiR PZG 2003.

Michalak-Widera I., Węsierska K.: *Test do badań przesiewowych mowy dla dzieci w wieku przedszkolnym*. Katowice, Unikat 2 2012.

Milewski S.: *Grupy spółgłoskowe w języku mówionym dzieci przedszkolnych*. „Logopeda. Czasopismo Internetowe" 2005, 1 (1). https://logopeda.org.pl/resources/pliki/64_logopeda___nr_1.pdf, s. 5–32.

Milewski S.: *Mowa dorosłych kierowana do niemowląt. Studium fonostatyczno-fonotaktyczne*. Gdańsk, Wydaw. Uniwersytetu Gdańskiego 2004.

Milewski S.: *Nagłosowe grupy spółgłoskowe w tekstach mówionych dzieci w wieku przedszkolnym*. W: *Logopedia jako nauka interdyscyplinarna – teoretyczna i stosowana*. Red. I. Nowakowska-Kempna. Katowice, Wydaw. Uniwersytetu Śląskiego 1998, s. 175–211.

Milewski S.: *Śródgłosowe grupy spółgłoskowe w tekstach mówionych dzieci w wieku przedszkolnym*. W: *Zaburzenia mowy*. T. 1. Red. S. Grabias, Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 2001, s. 216–253.

Milewski S., Kamińska B.: *Grupy spółgłoskowe współczesnej polszczyzny w aspekcie normatywnym*. W: *Logopedia artystyczna*. Red. B. Kamińska, S. Milewski. Gdańsk, Harmonia Universalis 2016, s. 194–211.

Mirecka U.: *Dyzartria w mózgowym porażeniu dziecięcym. Segmentalna i suprasegmentalna specyfika ciągu fonicznego a zrozumiałość wypowiedzi w przypadkach dyzartrii w mpd.,* Lublin. Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 2013, s. 82–83.

Mirecka U., Gustaw K.: *Skala dyzartrii. Wersja dla dzieci*. Wrocław, Continuo 2006, s. 10.
Pluta-Wojciechowska D.: *Analityczno-fonetyczna metoda oceny realizacji fonemów*. W: *Metody i narzędzia diagnostyczne w logopedii*. W: „Z Prac Towarzystwa Kultury Języka". T. 12. Warszawa, Elipsa 2015, s. 64–78.
Przybyla O.: *Analiza dźwiękowej realizacji mowy w antropomotorycznej w perspektywie opisu*. „Forum Logopedyczne" 2013, nr 21, s. 63–79.
Przybyla O.: *Motoryczne zdolności koordynacyjne w świetle badań nad mową*. W: *Metodologia badań logopedycznych*. Red. K. Kaczorowska-Bray, S. Milewski. Gdańsk, Harmonia Universalis 2015, s. 322–363.
Przybysz-Piwko M.: *Realizacja nagłosowych grup spółgłoskowych u osób z afazją (na materiale wyrazów polskich)*. W: *Badania lingwistyczne nad afazją*. Red. H. Mierzejewska. Warszawa, Ossolineum 1978, s. 167–177.
Przybysz-Piwko M.: *Stabilizowanie grup spółgłoskowych w wyrazach*. W: *Badania lingwistyczne nad afazją*. Red. H. Mierzejewska. Warszawa, Ossolineum 1978, s. 247–253.
Rocławski B.: *Podstawy wiedzy o języku polskim dla glottodydaktyków, pedagogów, psychologów i logopedów*. Gdańsk, Glottispol 2010.
Rocławski B.: *Poradnik fonetyczny dla nauczycieli*. Warszawa, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne 1986, s. 23–24.
Rocławski B.: *Zarys fonologii, fonetyki, fonotaktyki i fonostatystyki współczesnego języka polskiego*. Gdańsk, Wydaw. Uczelniane Uniwersytetu Gdańskiego 1986, s. 85–86.
Rodak H.: *Terapia dziecka z wadą wymowy*. Warszawa, Wydaw. Uniwersytetu Gdańskiego 1994.
Rodak H.: *Uczymy się poprawnie mówić. Poradnik logopedyczny z ćwiczeniami r.* Warszawa, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne 1998.
Siudzińska N., Stępień M.: *Czy i w jakim stopniu narzędzia służące do diagnozy logopedycznej odzwierciedlają strukturę języka?* W: *Język i logopedia*. Red. Z. Zaron, J. Porayski-Pomsta. Warszawa, BEL Studio 2013, s. 149–166.
Skorek E.M.: *Reranie. Profilaktyka, diagnoza, korekcja.* Kraków, Impuls 2003.
Sołtys-Chmielowicz A.: *Problem zrozumiałości wypowiedzi w przypadkach dyslalii*. „Logopedia" 2003, t. 32, s. 157–165.
Sołtys-Chmielowicz A.: *Standard postępowania logopedycznego w przypadku dyslalii*. W: *Standardy postępowania logopedycznego*. „Logopedia" 2008, t. 37, s. 59–67.
Sołtys-Chmielowicz A.: *Wady wymowy i ich korygowanie*. „Logopedia" 2002, t. 31, s. 53–93.
Sołtys-Chmielowicz A.: *Zaburzenia artykulacji.* W: *Podstawy neurologopedii. Podręcznik akademicki*. Red. T. Gałkowski, E. Szeląg, G. Jastrzębowska. Opole, Wydaw. Uniwersytet Opolski 2005, s. 421–474.
Śledziński D.: *Analiza struktury grup spółgłoskowych w nagłosie oraz w wygłosie wyrazów w języku polskim*. „Kwartalnik Językoznawczy" 2010, nr 3–4, s. 61–83.
Śledziński D.: *Podział korpusu tekstów na sylaby – analiza polskich grup spółgłoskowych*. „Kwartalnik Językoznawczy" 2013, nr 3, s. 48–100.
Toczyska B.: *Dotkliwa artykulacja – korekcja głosek ć, dź, ś, ź*. Gdańsk, Harmonia 2010.
Toczyska B.: *Elementarne ćwiczenia dykcji*. Gdańsk, Gdańskie Wydaw. Oświatowe 2007, s 19.
Toczyska B.: *Głośno i wyraźnie. 9 lekcji dobrego mówienia*. Gdańsk, GWP 2007b, s. 277–293.
Toczyska B.: *Łamańce z dedykacją, czyli makaka ma Kama*. Gdańsk, Podkowa 1998, s. 18–20.
Toczyska B.: *Zacznij od samogłoski. Samogłoska w logopedii artystycznej*. Gdańsk, Harmonia Universalis 2016, s. 238–246.
Wójtowiczowa J.: *Bilans fonetyczny.* „Język Polski" 1993, z. 1–2. s. 88–91.
Wójtowiczowa J.: *Gramy w słowa. Loteryjka obrazkowa*. 1996.
Wójtowiczowa J.: *Logopedyczny zbiór wyrazów*. Warszawa, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne 1993.

CZĘŚĆ DRUGA

Studia z praktyki logopedycznej

Logopedia Silesiana
7

„Logopedia Silesiana", t. 7, ISSN 2391-4297
DOI 10.31261/LOGOPEDIASILESIANA.2018.07.06
(cc) BY-SA

Jolanta Panasiuk
Zakład Logopedii i Językoznawstwa Stosowanego, Wydział Humanistyczny,
Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie
0000-0002-5666-4899

Padaczka w diagnozie i terapii logopedycznej Studium przypadku

Epilepsy in Diagnosis and Logopaedic Therapy: A Case Study

Abstract: Epilepsy in children leads to disorders in their psychomotor development or the loss of their acquired skills. Successful pharmacological treatment of epilepsy provides grounds for effective therapeutic measures. The goal of this article is to present the dynamics of neurodevelopmental disorders in the course of the severe symptomatic epilepsy with status epileptici which affected a 10-year-old girl. As a result of longitudinal studies, four stages were distinguished which determined the dynamics of development of the disease: 1) up to the age of 10, when the child's psychomotor development proceeded correctly, 2) between the ages of 10 and 15, when, because of epilepsy, the disorders in the cognitive, linguistic, emotional, behavioural, motor, and vegetative spheres occurred, which assumed the form of profound dementia, 3) between the ages of 16 and 17, when the balance of the bioelectric activity of the brain was achieved owing to the optimisation of pharmacological treatment, 4) between the ages of 17 and 25, when, after the multi-specialist therapy, there was a significant improvement in the functioning of all the disordered spheres, which enabled the patient to finish junior and senior high school, apply to a university, obtain very good results in learning, and to achieve spectacular successes in sport.

Key words: dementia, agnosia, apraxia, amnesia, neurodegeneration, compensation

Padaczka jako problem logopedyczny

Padaczka to jedna najczęstszych chorób neurologicznych trapiących ludzkość od początków jej udokumentowanej historii[1]. Współcześnie diagnozuje się

[1] Najstarszy zachowany opis napadu padaczkowego powstał ponad 4000 lat temu. W tekście z około 2000 roku p.n.e. pochodzącym z rejonu Mezopotamii opisane zostały objawy odpowiadające napadowi padaczkowemu: „jego głowa zwróciła się w lewo, ręce oraz stopy są napięte, oczy szeroko otwarte, a z ust wydobywa się spieniona ślina bez żadnej świadomości" (zob. E. Magiorkinis, K. Sidiropoulou, A. Diamantis: *Hallmarks in the History of Epilepsy: From Antiquity Till the Twentieth Century.* W: *Novel Aspects on Epilepsy.* Red. H. Foyaca-Sibat. Rijeka, InTech 2011, s. 131). Autor tego opisu określił to schorzenie jako *antasubbu* (*the hand of sin* – ręka grzechu), a jego

ją u około 1–3% populacji ogólnej, w tym u 1 na 200 dzieci[2]. W ciągu wieków zmieniało się postrzeganie padaczki: począwszy od wierzeń, że jest ona karą od bogów lub opętaniem przez złe duchy, co doprowadzało do społecznej dyskryminacji osób z padaczką, przez odkrycie w wieku XX wieku pierwszej generacji leków przeciwpadaczkowych i wzorców napadów w badaniu elektroencefalograficznym aż do współczesnych, zaawansowanych badań molekularnych nad epileptogenezą[3]. Wraz z rozwojem epileptologii[4] postawały nowe definicje padaczki, kolejne kryteria jej diagnozowania oraz coraz skuteczniejsze metody leczenia. Pomimo wdrażania nowych generacji leków przeciwpadaczkowych, aż u jednej trzeciej chorych wciąż nie udaje się osiągnąć remisji napadów, co w przypadku małych dzieci doprowadza do encefalopatii padaczkowych, a u starszych powoduje narastające zaburzenia w sferze wegetatywnej, motorycznej, emocjonalnej, poznawczej i komunikacyjnej. Nadzieję na poprawę tego stanu należy wiązać z odkrywaniem wczesnych biomarkerów padaczki i opracowaniem jeszcze bardziej skutecznych strategii jej zapobiegania, zatrzymywania i leczenia[5], a także z coraz częściej podejmowaną, również przez neurologopedów, terapią ukierunkowaną na przełamywanie skutków encefalopatii padaczkowych u dzieci oraz deficytów poznawczych i językowych nabytych przez dzieci w późniejszym okresie rozwoju[6].

Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia (ang. *World Health Organization* – WHO) za padaczkę uznaje się przewlekłe zaburzenia mózgowe o różnej etiologii cechujące się nawracającymi napadami ruchowymi, czuciowymi, wegetatywnymi i psychosensorycznymi, będącymi następstwem nadmiernych

---

przyczyny upatrywał w działaniu boga księżyca (ibidem). Współcześnie szacuje się, że padaczka dotyczy około 50–70 mln ludzi na świecie, a roczne koszty opieki i leczenia pacjentów z objawami padaczki w Unii Europejskiej sięgają blisko 20 bln euro. Skala zjawiska sprawia, że padaczka jest jednym z największych współczesnych problemów klinicznych i socjoekonomicznych (por. D.J. Thurman et. al.: *ILAE Commission on, Epidemiology. Standards for epidemiologic studies and surveillance of epilepsy*. „Epilepsia" 2011, no. 52, Supplement 7, s. 2–26; M. Słowińska, S. Jóźwiak: *Postępy w rozpoznawaniu i leczeniu padaczki w przeszłości oraz wyzwania współczesnej epileptologii*. „Neurologia Dziecięca" 2017, vol. 26, nr 53, s. 11–17; A. Zając et al.: *Symptomatologia padaczki częściowej u dzieci*. „Epileptologia" 2005, no. 13, s. 199–213).

[2] D. Hoffman-Zacharska: *Encefalopatie padaczkowe – diagnostyka następnej generacji*. „Neurologia Dziecięca" 2017, vol. 26, nr 52, s. 75–83.

[3] M. Słowińska, S. Jóźwiak: *Postępy w rozpoznawaniu i leczeniu*…

[4] W 1909 roku, podczas konferencji medycznej w Budapeszcie, założono Międzynarodową Ligę Przeciwpadaczkową (ang. International League Against Epilepsy – ILAE), do której należą lekarze i naukowcy z całego świata zaangażowani w walce z padaczką.

[5] M. Słowińska, S. Jóźwiak: *Postępy w rozpoznawaniu*…

[6] W 2015 roku Magdalena Kozłowska opracowała procedury diagnozy i terapii zaburzeń mowy w przypadku padaczki wieku rozwojowego, por. M. Kozłowska: *Standard postępowania logopedycznego w przypadku dzieci z padaczką*. Red. S. Grabias, J. Panasiuk, T. Woźniak. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 2015, s. 347–362.

wyładowań neuronów w mózgu[7]. W świetle definicji klinicznej padaczka nie jest schorzeniem mózgowym (ang. *disorder*), lecz chorobą mózgu (ang. *disease*), którą diagnozuje się na podstawie przynajmniej 2 nieprowokowanych (lub odruchowych) napadów występujących w odstępie mniejszym niż 24 godziny lub w przypadku jednego nieprowokowanego (lub odruchowego) napadu przy prawdopodobieństwie wystąpienia kolejnych napadów w czasie kolejnych 10 lat i ryzyku ich wystąpienia większym niż 60%, bądź też w przypadku rozpoznania zespołu padaczkowego[8].

Padaczka u dzieci różni się od padaczki u dorosłych. W wieku rozwojowym występują napady i zespoły padaczkowe o zmieniającej się z wiekiem morfologii, przechodzące w inne typy napadów i nie mające odpowiedników w wieku dorosłym. Wiąże się to z zachodzącym u dzieci procesem dojrzewania mózgu oraz zwiększoną podatnością reagowania napadami na czynniki uszkadzające lub zaburzające czynność neuronów. Ponadto dzieci z padaczką wykazują zwiększone ryzyko rozwoju innych chorób i zaburzeń obniżających jakość ich życia, jak np. depresja, urazy głowy, zaburzenia ze spektrum autyzmu, niepełnosprawność intelektualna, ADHD. Padaczka wiąże się też z większym ryzykiem przedwczesnego zgonu lub krótszą od oczekiwanej długością życia (o czas od 2 do 10 lat)[9].

Rozwojowe możliwości dziecka chorego na padaczkę są wypadkową tego, na jakim etapie jego życia zadziałał czynnik patologiczny, w jakich psychospołecznych uwarunkowaniach przebiega jego rozwój oraz jaki model leczenia i terapii w jego przypadku został zastosowany[10]. Objawy zaburzeń rozwojowych będących następstwem padaczki mogą wystąpić bardzo wcześnie, często zanim pojawią się napady[11]. Nieprawdziwe jest stwierdzenie, że zaburzenia rozwojowe są wyłącznie konsekwencją padaczki. Aż u 80% dzieci z padaczką przed wystąpieniem u nich pierwszego napadu zaobserwowano zaburzenia rozwoju, zmniejszoną odporność

---

[7] R. Fisher et. al.: *Epileptic seizures and epilepsy: definitions proposed by the International League Against Epilepsy (ILAE) and the International Bureau for Epilepsy (IBE).* „Epilepsia" 2005, no. 46 (4), s. 470–472; C.P. Panayiotopoulos: *The new ILAE report on terminology and concepts for organization of epileptic seizures: a clinician's critical view and contribution.* „Epilepsia" 2011, no. 52 (12), s. 2155–2160; R.S. Fisher et al.: *ILAE official report: a practical clinical definition of epilepsy.* „Epilepsia" 2014, no. 55 (4), s. 475–482.

[8] D.J. Thurman et al.: *ILAE Commission on, Epidemiology…*

[9] A. Popielarska, Szczepanik E.: *Zaburzenia psychiczne w padaczce.* W: *Psychiatria wieku rozwojowego.* Red. A. Popielarska, M. Popielarska. Warszawa, Wydaw. Lekarskie PZWL 2000, s. 301–308; L. Forsgren et al.: *The epidemiology of epilepsy in Europe – a systematic review.* "European Journal of Neurology" 2005, no. 12 (4), s. 245–253; M. Baulac et al.: *Epilepsy priorities in Europe: A report of the ILAE–IBE Epilepsy Advocacy Europe Task Force*. "Epilepsia" 2015, no. 56 (11), s. 1687–1695.

[10] R. Michałowicz, S. Jóźwiak: *Okres niemowlęcy i wczesnodziecięcy (poniemowlęcy).* W: *Padaczka i inne stany napadowe u dzieci.* Red. R. Michałowicz. Warszawa, Wydaw. Lekarskie PZWL 2001, s. 88–102.

[11] A. Popielarska, E. Szczepanik: *Zaburzenia psychiczne w padaczce…*

na infekcje, zaburzenia czynności wegetatywnych (np. moczenie się, anoreksję, zaburzenia snu) jako reakcję na napięcia psychiczne, trudności w zakresie analizy i syntezy wzrokowej oraz słuchowej, opóźniony rozwój mowy bądź wady wymowy. Występowanie tych objawów mogło być związane z dysfunkcjami lub uszkodzeniami ośrodkowego układu nerwowego, które w późniejszym czasie, na skutek kolejnych negatywnych oddziaływań, stały się przyczyną napadów padaczkowych[12].

Encefalopatie padaczkowe są następstwem wczesnego zachorowania dziecka na padaczkę. Zgodnie z definicją przyjętą przez Międzynarodową Ligę Przeciwpadaczkową (ang. International League Against Epilepsy – ILAE) encefalopatie padaczkowe są to zespoły, „w przypadku których aktywność napadowa przyczynia się do wystąpienia zaburzeń poznawczych i behawioralnych, mogących się z czasem pogłębiać, w stopniu większym, niż należy się tego spodziewać na podstawie samej patologii"[13]. Ta szczególna grupa lekoopornych lub trudnych do opanowania napadów padaczkowych występuje już w niemowlęctwie, należy do niej aż 40% przypadków padaczek, które ujawniają się przed 3. rokiem życia. Czynnikami warunkującymi dalszy rozwój dziecka z encefalopatią padaczkową jest rozległość i lokalizacja patologii mózgowej, dynamika czynności napadowej, a także oddziaływania farmakologiczne, dieta, neurostymulacja bądź leczenie operacyjne[14].

Encefalopatię padaczkową rozpoznaje się na podstawie określonego obrazu klinicznego, charakterystycznego zapisu EEG oraz nieprawidłowego rozwoju psychoruchowego dziecka. Zakładając istnienie dwóch potencjalnych mechanizmów patogennych: 1) niezależnego rozwoju fenotypu lub 2) wpływu napadów padaczkowych na wystąpienie zaburzeń neurorozwojowych, dokonuje się współcześnie podziału na encefalopatię padaczkową i padaczkę z encefalopatią. Takie rozróżnienie wskazuje na różne powiązanie dwóch głównych objawów, czyli padaczki i zaburzeń kognitywnych[15].

Dotychczas brak pełnych badań nad zależnością pomiędzy padaczką a zaburzeniami wyższych czynności poznawczych w przebiegu padaczki wieku rozwojowego, wskazano jednak na przejawy regresu w rozwoju dziecka z padaczką[16]. Prezentuje je tabela 1.

---

[12] Ibidem.

[13] A.T. Berg et al.: *Revised terminology and concepts for organization of seizures and epilepsies: report of the ILAE Commission on Classification and Terminology, 2005–2009.* "Epilepsia" 2010, no. 51 (4), s. 676 -685. Tłumaczenie własne – J.P.

[14] J. S. Duncan: *Epilepsy surgery.* „Clinical Medicine" 2007, no. 7 (2), s. 137–142; G.L. Birbeck et al.: *Seizure reduction and quality of life improvements in people with epilepsy.* „Epilepsia" 2002, no. 43 (5), s. 535–538; G.K. Bergey: *Neurostimulation in the treatment of epilepsy.* "Experimental Neurology" 2013, no. 244, s. 87–95.

[15] D. Hoffman-Zacharska: *Encefalopatie padaczkowe – diagnostyka…*

[16] Por. M. Kozłowska, M. Chrościńska-Krawczyk: *Padaczka. Zaburzenia językowe u dzieci z padaczką.* W: *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy.* Red. S. Grabias, Z.M. Kurkowski. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 2012, s. 397–411.

Tabela 1. Objawy regresu w rozwoju dziecka z padaczką

Sfera	Objawy
Poznawcza	▪ osłabienie aktywności poznawczej, zubożenie zainteresowań ▪ ograniczenia pamięci długoterminowej, pamięci operacyjnej, pamięci wzrokowej i słuchowej, mała podzielność uwagi ▪ zaburzenia percepcji słuchowej, wzrokowej ▪ słaba koordynacja wzrokowo-ruchowa, obniżona kinesteza i kineza, spowolnienie tempa uczenia się wzrokowo-ruchowego ▪ spowolnienie toku myślenia, trudności w zmianie porządku myślowego ▪ trudności w samodzielnym rozumowaniu, powierzchowność sądów ▪ obniżona zdolność rozumienia i tworzenia pojęć ▪ mała zdolność planowania działań i przewidywania skutków ▪ zahamowanie rozwoju umysłowego z tendencją do dezintegracji, zanikanie nabytych umiejętności
Komunikacyjna	▪ zwolnione tempo mowy, ociężałość słowna ▪ ograniczenia leksykalno-semantyczne, ubogi zasób słów, pojęć i wiadomości ▪ redukcja długości wypowiedzi, trudności w rozumieniu i tworzeniu tekstów narracyjnych, gubienie wątku myślowego, dygresyjność ▪ obniżenie sprawności organizowania elementów w logiczną całość ▪ ograniczenia sprawności artykulacyjnej ▪ niedostatki kompetencji i sprawności komunikacyjnych ▪ niedostosowanie do norm społeczno-moralnych
Emocjonalno--motywacyjna	▪ nadwrażliwość lub niedowrażliwość emocjonalna ▪ ograniczenie zdolności do kontroli reakcji emocjonalnych ▪ zmniejszenie odporności na działanie bodźców silnych i długotrwałych ▪ zwiększona męczliwość i słaba odporność na stres ▪ zaburzone tempo działania, brak elastyczności zachowania ▪ wahania nastroju, nieadekwatnie reakcje emocjonalne ▪ zubożenie ogólnej aktywności życiowej
Motoryczna	▪ obniżenie sprawności w zakresie motoryki dużej i małej ▪ niezgrabność i dyskoordynacja ruchowa ▪ trudności grafomotoryczne

Źródło: Opracowanie własne na podstawie M. Kozłowska, J. Panasiuk: *Zaburzenia rozwoju ruchowego, poznawczego i komunikacyjnego u dzieci z padaczką*. W: *Innowacje w fizjoterapii*. Red. M. Olszówka, R. Karpiński. Tom 1. Lublin, Wydaw. Fundacji TYGIEL 2015, s. 120-135.

Diagnozowanie osób z padaczką powinno obejmować, prócz standardowych procedur klinicznych, również ocenę sprawności językowych i wyższych funkcji poznawczych. U dzieci mogą wystąpić postępujące zaburzenia mowy wynikające zarówno z funkcjonalnych, jak też organicznych zmian w centralnym układzie nerwowym powodowanych przez napady i stany padaczkowe.

Czynniki warunkujące obraz zaburzeń rozwojowych w przypadku padaczki

Ryzyko zaburzeń psychicznych w przebiegu padaczki pediatrycznej jest 3–6 razy większe niż w ogólnej populacji, statystycznie jest też większe niż w grupie dzieci z innymi zaburzeniami somatycznymi[17]. Stan rozwoju sprawności motorycznych, kompetencji językowej oraz umiejętności komunikacyjnych u dzieci z padaczką uwarunkowany jest wieloma czynnikami. Pierwszą grupę stanowią czynniki biologiczne: wiek, w którym wystąpiły pierwsze napady, postać napadów, lokalizacja zaburzeń aktywności bioelektrycznej mózgu, częstotliwość epizodów padaczkowych. Do drugiej grupy należą czynniki terapeutyczne (farmakologiczne), tzw. objawy polekowe. Leki, z jednej strony, zatrzymują napady, zapobiegając dalszym ich konsekwencjom (istnieje bowiem wyraźna korelacja między liczbą przebytych napadów a nasileniem deficytów poznawczych). Z drugiej strony, mogą mieć charakter neurotoksyczny i negatywnie wpływać na funkcjonowanie układu nerwowego. Trzecia grupa czynników obejmuje zmienne środowiskowe związane ze stosunkiem rodziny i środowiska szkolnego do choroby dziecka. Odrzucająca lub nadmiernie opiekuńcza postawa rodziców i najbliższego otoczenia, napiętnowanie dziecka w szkole i niemożność pełnego uczestnictwa w grupie rówieśniczej zakłócają rozwój dziecka w sferze zarówno społeczno-emocjonalnej, jak i psychofizycznej. Czynniki warunkujące rozwój dziecka z padaczką prezentuje tabela 2.

Tabela 2. Zmienne warunkujące obraz zaburzeń rozwojowych u dzieci z padaczką

Grupa czynników	Czynnik	Skutki działania czynnika
Biologiczne	Czas wystąpienia pierwszego napadu	Im wcześniej wystąpi pierwszy napad, tym negatywne konsekwencje dla rozwoju dziecka są większe
	Postać napadów	Od łagodnych objawów mioklonicznych (skurcze najczęściej w obrębie kończyn i twarzy), poprzez występujące nawet kilkanaście razy dziennie napady nieświadomości, do najbardziej niepokojących, dużych napadów toniczno-klonicznych
	Lokalizacja ogniska padaczkowego w mózgu	Najpoważniejsze są konsekwencje napadów zlokalizowanych w płatach skroniowych i czołowych mózgu

[17] J.K. Austin, D.W. Dunn: *Progressive behavioral changes in children with epilepsy*. "Progress in Brain Research" 2002, vol. 135, s. 419–427; S. Davies, I. Heyman, R. Goodman: *A population survey of mental health problems in children with epilepsy*. "Developmental Medicine & Child Neurology" 2003, no. 45 (5), s. 292–295.

cd.	Częstotliwość występowania napadów	Każdy kolejny napad zwiększa ryzyko wystąpienia otępienia
	Występowanie stanu padaczkowego	Utrzymująca się ponad 30 minut utrata przytomności, a w konsekwencji niedotlenienie mózgu, które może prowadzić do nieodwracalnych uszkodzeń
	Czas trwania choroby	Długotrwałe działanie czynników patologicznych powoduje narastanie deficytów rozwojowych
Farmakologiczne	Leczenie farmakologiczne	Może mieć charakter neurotoksyczny – negatywnie wpływać na funkcjonowanie układu nerwowego; leki przeciwpadaczkowe wyciszają pobudliwość neuronalną i, w konsekwencji, napady, jednak ten wpływ ma charakter globalny, przez co wyciszeniu ulegać mogą też układy neuronalne zaangażowane w rozwój i podtrzymywanie funkcjonowania poznawczego
Środowiskowe	Nadmiernie opiekuńcza postawa rodziców i najbliższego otoczenia	Ograniczanie dziecku aktywności fizycznej i kontaktu z rówieśnikami
	Brak wiedzy o chorobie w otoczeniu dziecka, lęk otoczenia	Niezrozumienie i napiętnowanie dziecka przez wychowawców i środowisko szkolne, odrzucenie przez rówieśników

Źródło: Opracowanie własne na podstawie M. Kozłowska, J. Panasiuk: *Zaburzenia rozwoju ruchowego, poznawczego i komunikacyjnego u dzieci z padaczką*. W: *Innowacje w fizjoterapii*. T. 1. Red. M. Olszówka, R. Karpiński. Lublin, Wydaw. Fundacji TYGIEL 2015, s. 120–135.

Czynniki biologiczne, farmakologiczne i środowiskowe mogą w znacznym stopniu zakłócić społeczno-emocjonalny, psychiczny i fizyczny rozwój dziecka z padaczką. Zróżnicowany charakter tych czynników i rozmaity przebieg choroby warunkują ogromną różnorodność w rozwoju dzieci z padaczką. Niektóre dzieci, pomimo choroby, mogą osiągać normę rozwoju, u innych mogą wystąpić parcjalne deficyty rozwojowe, a jeszcze u innych globalne zaburzenia rozwoju, począwszy od upośledzenia umysłowego czy spektrum zaburzeń autystycznych, aż po narastające zaburzenia poznawcze w przebiegu procesu otępiennego[18].

Łagodny przebieg padaczki, jej podatność na terapię farmakologiczną i odpowiednia stymulacja w środowisku rodzinnym i szkolnym dają pomyślne roko-

[18] A. Popielarska, E. Szczepanik: *Zaburzenia psychiczne w padaczce…*

wanie[19]. Natomiast padaczka o ciężkim przebiegu, przebyte stany padaczkowe oraz oporność na leczenie przeciwpadaczkowe mogą doprowadzić do pogorszenia funkcjonowania w różnych sferach, utraty nabytych wcześniej umiejętności, a nawet zagrażać życiu pacjenta[20].

Dynamika zaburzeń w przebiegu padaczki

Zaburzenia poznawcze w przebiegu padaczki zwykle tworzą spektra objawów zmieniających się w czasie. Padaczka pediatryczna zakłóca rozwój psychomotoryczny dzieci, a wraz z nasileniem się napadów może doprowadzić do pogłębiania się istniejących zaburzeń i pojawienia się kolejnych objawów patologii mózgowej, rzadziej stwierdza się wyrównanie rozwoju i osiągnięcie norm właściwych dla wieku dziecka[21]. Wśród przewlekłych zaburzeń psychicznych współwystępujących z padaczką wskazuje się na zaburzenia sprawności ruchowych, funkcji poznawczych oraz zakłócenia w rozwoju osobowości[22].

Zaburzenia rozwoju ruchowego mogą objawiać się ogólnym spowolnieniem w kształtowaniu się sprawności w zakresie motoryki dużej, małej i funkcji oralnych, niedowładem połowiczym a także trudnościami w koordynacji ruchowej[23].

Zaburzenia rozwoju funkcji poznawczych są zwykle diagnozowane jako niepełnosprawność intelektualna. Taka sytuacja dotyczy aż 20–30% dzieci z padaczką do 15. roku życia[24], w tym nawet tych, u których napady występują sporadycznie bądź też zostały wyeliminowane[25]. Stopień zaburzeń w zakresie rozwoju poszczególnych funkcji psychicznych może być zróżnicowany. U niektórych dzieci z padaczką zaburzenia rozwojowe mają charakter całościowy i przyjmują postać spektrum zaburzeń autystycznych[26], u innych mogą dotyczyć jedynie osłabienia funkcji poznawczych, a w wielu przypadkach (70–80%), chociaż rozwój intelektualny pozostaje w normie wiekowej, występują parcjalne deficyty rozwojowe, które

---

[19] M.J. Eadie: *Shortcomings in the current treatment of epilepsy.* "Expert Review of Neurotherapeutics" 2012, no. 12 (12), s. 1419–1427.

[20] N. Hitiris et al.: *Mortality in epilepsy.* "Epilepsy Behavior" 2007, no. 10 (3), s. 363–376.

[21] M. Kościelska: *Psychologiczne problemy padaczki u dzieci*. Warszawa, Wydaw. PWN 1976.

[22] A. Popielarska, E. Szczepanik*: Zaburzenia psychiczne w padaczce…*

[23] M. Kościelska: *Psychologiczne problemy padaczki…*

[24] Padaczka osób dorosłych może wiązać się z powolnie postępującą deterioracją intelektualną. U pacjentów z długotrwałą, trwającą ponad trzydzieści lat padaczką obserwuje się istotnie niższy wskaźnik ilorazu inteligencji niż u osób z krótszym czasem choroby. (Por. G. Vingerhoets: *Cognitive effects of seizures*. "Seizure" 2006, no. 15, s. 221–226).

[25] A. Popielarska, E. Szczepanik: *Zaburzenia psychiczne w padaczce…*

[26] P.M. Levisohn: *The autism-epilepsy connection.* "Epilepsia" 2007, no. 48, Supplement 9, s. 33–35.

dotyczą zwykle percepcji słuchowej, wzrokowej bądź kinestetyczno-ruchowej. Ten rodzaj zaburzeń na ogół rozpoznawany jest dopiero w wieku szkolnym, kiedy dziecko wykazuje szczególne trudności w nauce czytania i pisania. Nierzadko takie dziecko otrzymuje diagnozę dysleksji i dysgrafii[27].

Padaczka o wczesnym początku może mieć istotny wpływ na kształtowanie się osobowości dziecka. Zaburzeniu może ulec tworzenie obrazu świata i własnej osoby (np. tendencja do zaniżonej lub zawyżonej samooceny). Nieprawidłowości w obszarze kształtowania własnych potrzeb i motywacji działania mogą objawiać się wzmożoną aktywnością psychosensoryczną, rozładowywaniem napięcia w ryzykownych działaniach, nasiloną potrzebą akceptacji ze strony otoczenia i chęcią wyróżnienia się pośród innych poprzez osiągnięcia szkolne bądź dominację w grupie rówieśniczej. Dziecko może mieć trudności w rozumieniu zjawisk społecznych, zasad moralnych i reguł zachowania. W sytuacjach trudnych mogą ujawnić się zachowania opozycyjne, buntownicze, a nawet agresywne. Reakcja chorego na życiowe trudności może być zróżnicowana i wyrażać się np. w biernej postawie wobec problemów i powierzchownych kontaktach z otoczeniem, w zaburzeniach lękowych, z tendencją do reagowania na sytuacje trudne zahamowaniem ruchowym i mutyzmem[28] .

Zaburzenia behawioralne mogą wynikać z nieuznawania autorytetów, lekceważenia reguł w kontaktach społecznych, nadwrażliwości w poczuciu osobistej godności, nieadekwatnej oceny swojego stanu zdrowia, graniczącej czasem z hipochondrią. Poważne zaburzenia w rozwoju osobowości mogą współwystępować z objawami neurodynamicznymi[29].

Zaburzenia neurodynamiczne wynikają z patologicznych zmian w przebiegu procesów nerwowych i ujawniają się w sferze behawioralnej, emocjonalnej i poznawczej. Zaburzenia te polegać mogą zarówno na patologicznym nasileniu, jak i osłabieniu pewnych cech, co zwykle koreluje z lokalizacją ogniska padaczkowego w mózgu. Zaburzenie aktywności bioelektrycznej w obrębie płata skroniowego aż w 66% przypadków doprowadza do zaburzeń w zachowaniu. Jeśli ognisko padaczki umiejscowione jest w części przedniej i przyśrodkowej części lewego płata skroniowego, u dziecka mogą pojawić się wybuchy złości i zachowania agresywne, a także zaburzenia w przetwarzaniu bodźców akustycznych, trudności w zakresie pamięci słownej i zaburzenia w rozumieniu wypowiedzi werbalnych. Zmiany czynnościowe w obrębie prawego płata skroniowego skutkują nadwrażliwością, labilnością afektywną i depresją. U pacjentów z wyładowaniami w płacie czołowym mogą wystąpić: spowolnienie lub nadpobudliwość psychoruchowa, ograniczenie w przetwarzaniu informacji w związku z trudnościami w zakresie

[27] M. Kościelska: *Psychologiczne problemy padaczki…*

[28] R. Michałowicz: *Padaczka i inne stany napadowe u dzieci*. Warszawa, Wydaw. Lekarskie PZWL 2001.

[29] M. Kościelska: *Psychologiczne problemy padaczki…*

ukierunkowania i podzielności uwagi, zaburzenia pamięci operacyjnej i funkcji wykonawczych oraz motorycznego aspektu mowy[30]. Wynikiem zlokalizowania ogniska padaczkowego w płatach czołowych mogą być też: zanik uczuciowości wyższej, odhamowanie, niedostatek krytycyzmu, euforia i gadulstwo bądź zanik inicjatywy, apatia, ograniczenie logicznego porządkowania informacji i niedostatki myślenia abstrakcyjnego.

U dzieci młodszych, u których przed chorobą nie doszło jeszcze do funkcjonalnej organizacji struktur mózgowych, lokalizacja ogniska padaczkowego nie wiąże się z tak wyraźnym zróżnicowaniem objawów psychopatologicznych, a zaburzenia rozwoju psychicznego objawiają się zwykle w sferze emocjonalno-popędowej, m.in. impulsywnością, drażliwością, wybuchowością, labilnością emocjonalną[31].

Z klinicznego punktu widzenia o zachowaniu dziecka chorego na padaczkę decydują określone układy cech, m.in.: nadwrażliwość steniczna, nadwrażliwość asteniczna, epileptoidalność. Nadwrażliwość steniczna cechuje się wzmożoną pobudliwością emocjonalną przy normalnej lub zwiększonej odporności na zmęczenie, nadwrażliwość asteniczna natomiast wiąże się z nadmierną emocjonalnością przy małej wydolności fizycznej i intelektualnej, epileptoidalność zaś cechuje spowolnienie, bierność oraz niski poziom wydolności i aktywności psychomotorycznej[32]. Dodatkowo na obraz zaburzeń zachowania dziecka z padaczką może wpływać nadpobudliwość emocjonalna lub apatia, zaburzenie kontroli zachowania oraz chwiejność reakcji. Zmiany w zachowaniu są względnie trwałe, mogą nasilać się w okresach okołonapadowych, tworząc postać aury. Powtarzające się napady i stany padaczkowe, następujące w ich wyniku urazy głowy, a także prowadzone leczenie farmakologiczne mogą nasilać objawy patologii i doprowadzać do postępującej utraty sprawności intelektualnej, pogłębiania się zaburzeń zachowania i dezintegracji osobowości.

Ponadto negatywny wpływ środowiska społecznego, nadopiekuńczość rodziców, brak konsekwencji w wychowaniu lub emocjonalne odrzucenie czy izolacja społeczna, wywołujące u dziecka obniżenie poczucia własnej wartości, mogą nasilać psychopatologiczne objawy, przyjmujące z czasem postać np. zespołu hipochondryczno-depresyjnego z tendencjami samobójczymi. Dlatego tak istotne są działania społeczne ukierunkowane na wsparcie osób z padaczką i ich rodzin oraz upowszechnienie w społeczeństwie wiedzy na temat padaczki, a także informacji o możliwościach i ograniczeniach osób dotkniętych tą chorobą[33].

---

[30] G. Vingerhoets: *Cognitive effects…*

[31] A. Popielarska, E. Szczepanik: *Zaburzenia psychiczne w padaczce…*

[32] Ibidem.

[33] Na świecie organizuje się wiele kampanii, których celem jest wspieranie osób z padaczką i ich rodzin oraz upowszechnianie w społeczeństwie wiedzy o tej chorobie. Jedną z nich jest wspólna akcja zainicjowana wspólnie przez Światową Organizację Zdrowia (WHO), Międzynarodową Ligę Przeciwpadaczkową (ILAE) oraz Międzynarodowe Biura ds. Padaczki (IBE) i organizowana

Zaburzenia mowy u dzieci z padaczką

Zaburzenia mowy u dzieci z padaczką stanowią w logopedii problem wciąż niedostatecznie opracowany, z czego wynikają znaczne trudności we właściwej interpretacji przyczyn językowych niedostatków dziecka z padaczką, postawieniu prawidłowego rozpoznania i dobraniu optymalnych form terapii. W badaniach empirycznych wskazano, że u 18,7% badanych dzieci z padaczką zostały zaobserwowane zniekształcenia artykulacji, a w grupie dzieci z upośledzeniem umysłowym w stopniu lekkim wszystkie z wyjątkiem jednego dziecka miały wady wymowy. Jedynie w dwóch przypadkach przyczyną nieprawidłowej artykulacji były wady zgryzu, w pozostałych – dysfunkcje ośrodkowego układu nerwowego. U jednego dziecka zauważono zaburzenia toru oddechowego, u pięciorga – jąkanie. Ponadto u badanych dzieci występowały zaburzenia w rozwoju mowy pod postacią agramatyzmów oraz zbyt ubogiego w stosunku do wieku zasobu słów[34].

W kontekście wyników takich badań nasuwa się wątpliwość, jakie były rzeczywiste mechanizmy rozpoznanych zaburzeń mowy. Warto mieć na uwadze to, że interpretacja zaburzeń rozwojowych u dzieci, zwłaszcza w przypadku złożonych patomechanizmów i w okresie, gdy funkcjonalnie a także do pewnego stopnia strukturalnie kształtuje się mózg, jest zadaniem bardzo trudnym. W sytuacji patologii rozwoju zwykle dochodzi bowiem do sprzężenia mechanizmów rozwojowych, nakładania się objawów patologicznych pierwotnych i wtórnych, a także działania strategii adaptacyjnych. Wszystkie te uwarunkowania doprowadzają do powstania u dzieci z padaczką złożonego obrazu zaburzeń i powodują jego zmienność w czasie. W takich przypadkach zadaniem logopedy jest określenie dominujących objawów zaburzeń mowy oraz wskazanie na ich rzeczywiste patomechanizmy[35].

W powszechnie stosowanych procedurach logopedycznego diagnozowania dziecka, skoncentrowanych na ocenie stanu rozwoju kompetencji i sprawności językowych (rozumienia i mówienia), pomijane są często dane dotyczące stanu rozwoju kompetencji i sprawności interakcyjnych, leżących przecież u podłoża rozwoju językowego i komunikacyjnego. W konsekwencji powstają ogromne trudności w różnicowaniu jednostek patologii mowy okresu rozwojowego i ustalaniu

---

pod hasłem „Wyjść z cienia" (ang. „Out of the Shadows"). Od 2008 roku 26 marca obchodzony jest Lawendowy Dzień (ang. Purple Day), czyli Międzynarodowy Dzień Epilepsji, który został pomyślany jako akcja rozwijania społecznej świadomości na temat padaczki. Patronem chorych na padaczkę jest św. Walenty, dlatego 14 lutego każdego roku, w dniu imienin Świętego, obchodzony jest Dzień Chorego na Padaczkę.

[34] M. Kościelska: *Psychologiczne problemy padaczki…*, s. 110-111.

[35] J. Panasiuk: *Neurologiczne uwarunkowania rozwoju mowy*. W: *Wczesna interwencja logopedyczna*. Red. K. Kaczorowska-Bray, S. Milewski. Gdańsk, Harmonia Universalis 2016, s. 36–53.

właściwego rozpoznania logopedycznego, a przez to niedostosowanie przyjętych procedur terapeutycznych do rzeczywistych mechanizmów powodujących zaburzenia w rozwoju dziecka. Dzieci z przemijającymi zaburzeniami mowy wynikającymi z napadów padaczkowych bywają niesłusznie postrzegane jako upośledzone umysłowo, autystyczne, głuche, niegrzeczne, leniwe lub obojętne.

W logopedycznej klasyfikacji zaburzenia mowy są podzielone według trzech zalecanych procedur postępowania, którymi są: 1) budowanie kompetencji, 2) przełamywanie rozpadu i 3) usprawnianie realizacji[36]. Przyjąć zatem należy, że w przypadku padaczki wieku rozwojowego zaburzenia mowy mogą być spowodowane trudnościami w opanowaniu kompetencji i sprawności językowych, wówczas powinny być diagnozowane jako alalia prolongata, niedokształcenie mowy o typie afazji lub alalia[37] (w terminologii medycznej oznacza to afazję dziecięcą)[38]; w przypadku zaburzeń językowych ograniczonych do sfery fonologiczno-fonetycznej – jako dyslalia. Niektóre dzieci z padaczką, zwłaszcza o wczesnym początku i dużej częstotliwości napadów bądź z określonymi zespołami padaczkowymi, mogą przejawiać zaburzenia rozwoju intelektualnego, w takich sytuacjach diagnoza logopedyczna wskazuje zwykle na oligofazję. Jeszcze w innych przypadkach padaczka może wystąpić w przebiegu całościowych zaburzeń rozwojowych i wówczas zaburzenia rozwoju mowy będą się mieścić w spektrum zaburzeń autystycznych. W sytuacji, gdy u dziecka nastąpił regres zdolności językowych, doprowadzając do specyficznych ograniczeń w czynnościach rozumienia i budowania wypowiedzi słownych, rozpoznaje się afazję dziecięcą, a kiedy u dziecka, które rozwijało się prawidłowo w sferze intelektualnej, na skutek padaczki dochodzi do neurodegeneracji i w związku z tym do narastania wielu zaburzeń poznawczych – rozpoznaje się otępienie wieku rozwojowego, a w skrajnych przypadkach również mutyzm akinetyczny. U dzieci z padaczką, w wyniku nasilania

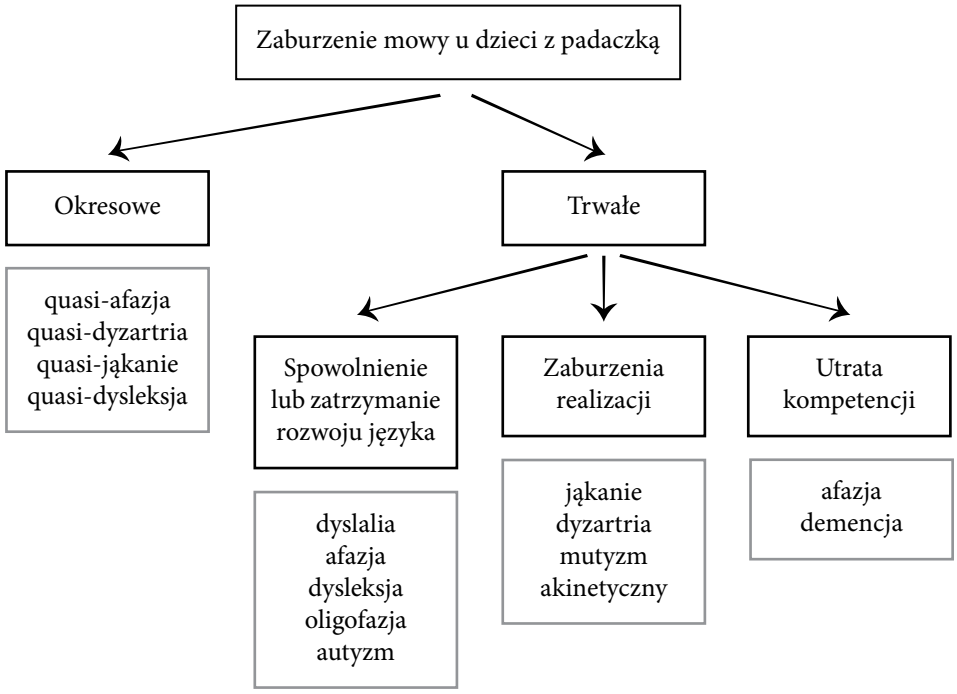
[36] Por. S. Grabias: *Logopedia – nauka o biologicznych uwarunkowaniach języka i zachowaniach językowych*. „Logopedia" 2010/2011, t. 39/40, s. 9–34. Należy zwrócić uwagę, że w swej autorskiej propozycji logopedycznej klasyfikacji zaburzeń mowy Stanisław Grabias pisze o „stabilizacji rozpadu", co ma uzasadnienie w odniesieniu do procesów neurodegeneracyjnych i wynikających stąd zaburzeń mowy wieku senioralnego, jednak przypadku dzieci, ze względu na aktywne mechanizmy neuroplastyczności i neurokompensacji, celem terapii logopedycznej powinno być „przełamywanie rozpadu".

[37] J. Panasiuk: *Postępowanie logopedyczne w przypadku alalii i niedokształcenia mowy o typie afazji*. W: *Logopedia. Standardy postępowania*. Red. S. Grabias, J. Panasiuk, T. Woźniak. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 2015, s. 309–345.

[38] W medycznych klasyfikacjach zaburzeń psychicznych alalia oraz niedokształcenie mowy o typie afazji nie są różnicowane i ujęte są łącznie z alalią prolongatą i afazją. W Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10) wśród zaburzeń ekspresji mowy wynikających z patologii rozwoju lub uszkodzeń mózgu wymienia się rozwojową dysfazję lub afazję, typ ekspresyjny (F80.1). Określenie zaburzenia rozumienia mowy obejmuje: rozwojową afazję lub dysfazję typ recepcyjny, rozwojową afazję Wernickego, głuchotę słów i wrodzone zaburzenia percepcji słuchowej, którym prawie zawsze towarzyszą zaburzenia ekspresji mowy (F80.2). Por. ICD-10, *Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja dziesiąta*. Kraków, Vesalius 1994.

się procesu chorobowego (np. powtarzających się stanów padaczkowych), może też dojść do uszkodzenia nerwów obwodowych, co może objawiać się pod postacią zaburzeń dyzartrycznych, bądź też mogą wystąpić ogniskowe uszkodzenia w obrębie struktur ośrodkowego układu nerwowego i objawić się jako jąkanie lub inna niepłynność mówienia[39].

Istotną trudnością w logopedycznej diagnozie jest dziecka z padaczką jest zmienność obrazku klinicznego, wynikająca z procesów rozwojowych, jak też związana z nakładaniem się dwu mechanizmów patologii mózgowej – pierwotnego (napady padaczkowe) i wtórnego (np. farmakoterapia). Ponadto w trakcie napadu u dziecka mogą pojawić się przejściowe zaburzenia mowy, które przemijają wraz z ustąpieniem napadu. Główne rodzaje zaburzeń mowy w przebiegu padaczki pediatrycznej przedstawia rysunek 1.



Rysunek 1. Zaburzenia mowy u dzieci z padaczką

Źródło: opracowanie własne na podstawie: M. Kozłowska, M. Chrościńska-Krawczyk: *Padaczka. Zaburzenia językowe u dzieci z padaczką*. w: *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy*. Red. S. Grabias, Z.M. Kurkowski. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 2012, s. 409.

[39] M. Kozłowska, M. Chrościńska-Krawczyk: *Padaczka. Zaburzenia językowe u dzieci z padaczką*. W: *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy*. Red. S. Grabias, Z.M. Kurkowski. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 2012, s. 409.

Postępowanie diagnostyczno-rehabilitacyjne

Ze względu na wieloczynnikowe podłoże i zróżnicowany obraz kliniczny zespołów padaczkowych diagnozowanie, leczenie i terapia dzieci z padaczką wymagają procedur wielospecjalistycznych: neurologicznej, psychiatrycznej, fizjoterapeutycznej, psychologicznej, logopedycznej i pedagogicznej. Podstawowy zakres działania poszczególnych specjalistów obejmuje:

- neurolog dziecięcy – ocena neurologiczna, badanie aktywności bioelektrycznej mózgu, farmakoterapia i monitoring procesu chorobowego;
- psychiatra dziecięcy – ocena stanu psychicznego dziecka i kontrola jego środowiska rodzinnego;
- fizjoterapeuta – ocena rozwoju ruchowego i terapia zaburzeń motorycznych;
- psycholog – ocena funkcji poznawczych i terapia deficytów poznawczych;
- logopeda – ocena rozwoju kompetencji i sprawności interakcyjnych, komunikacyjnych i językowych, terapia zaburzeń mowy;
- pedagog – monitorowanie środowiska szkolnego i rodzinnego dziecka i terapia pedagogiczna.

W procesie diagnostycznym szczególna rola przypada logopedom, którzy łącząc dane neuropsychiatryczne, psychologiczne, pedagogiczne i lingwistyczne, programują terapię zaburzeń rozwoju sprawności interakcyjnych, komunikacyjnych i językowych. Standard postępowania logopedycznego w przypadku zaburzeń rozwojowych jest prowadzony na podstawie metody studium przypadku. W badaniu logopedycznym dzieci chorych neurologicznie stosuje się wiele technik: analizę dokumentów, wywiad, obserwację, próby eksperymentalno-kliniczne, skale, testy, analizę wytworów. Procedura badania przebiega następująco:

I. Analiza dokumentów i wyników badań specjalistycznych.

II. Wywiad:
   1) dane ogólne o dziecku;
   2) dane o rodzinie dziecka;
   3) dane szczegółowe o dziecku:
      a) rozwój somatyczny,
      b) rozwój psychiczny,
      c) rozwój społeczny,
      d) rozwój komunikacji niewerbalnej i werbalnej.

III. Obserwacja:
   1) ocena sprawności motorycznej:
      a) w zakresie motoryki dużej,
      b) w zakresie motoryki małej,
      c) ocena budowy i sprawności w obrębie aparatu mowy;
   2) ocena funkcji poznawczych:
      a) funkcje słuchowe,

   b) funkcje wzrokowe,
   c) funkcje czuciowe,
   d) orientacja przestrzenna,
   e) uwaga i koncentracja,
   f) pamięć,
   g) myślenie;
3) cena lateralizacji:
   a) ucho,
   b) oko,
   c) ręka,
   d) noga.

IV. Analiza wytworów.

V. Ocena stanu kompetencji językowej:
1) różnicowanie jednostek podsystemu fonologicznego;
2) różnicowanie cech prozodycznych (intonacja, akcent);
3) rozumienie znaczenia jednostek podsystemu morfologicznego:
   a) nazw i relacji leksykalno-semantycznych,
   b) konstrukcji słowotwórczych,
   c) kategorii fleksyjnych (koniugacyjnych i deklinacyjnych);
4) rozumienie struktur składniowych;
5) rozumienie struktur tekstowych:
   a) dialogowych,
   b) narracyjnych.

VI. Ocena stanu kompetencji komunikacyjnej:
1) rozumienie językowych reguł społecznych:
   a) układu społecznych rang rozmówców,
   b) rodzaju kontaktu;
2) rozumienie językowych reguł sytuacyjnych:
   a) tematu,
   b) miejsca,
   c) czasu,
   d) liczby rozmówców,
   e) gatunku wypowiedzi;
3) rozumienie językowych reguł pragmatycznych:
   a) wypowiedzi o funkcji emocjonalnej,
   b) wypowiedzi o funkcji informacyjnej,
   c) wypowiedzi o funkcji modalnej,
   d) wypowiedzi o funkcji działania.

VII. Ocena stanu sprawności językowych:
1) realizacja jednostek segmentalnych w izolacji i w ciągu fonicznym (sprawności artykulacyjne);
2) realizacja cech suprasegmentalnych (sprawności prozodyczne);

3) realizacja jednostek morfologicznych:
   a) nazw i relacji leksykalno-semantycznych,
   b) konstrukcji słowotwórczych,
   c) form fleksyjnych (deklinacyjnych i koniugacyjnych);
4) realizacja struktur składniowych;
5) realizacja wypowiedzi:
   a) dialogowych,
   b) narracyjnych.

VIII. Ocena stanu sprawności komunikacyjnych:
1) realizacja językowych reguł społecznych:
   a) społecznych rang rozmówców,
   b) rodzaju kontaktu;
2) realizacja językowych reguł sytuacyjnych:
   a) tematu,
   b) miejsca,
   c) czasu,
   d) liczby rozmówców,
   e) gatunku wypowiedzi;
3) realizacja językowych reguł pragmatycznych:
   a) wypowiedzi o funkcji emocjonalnej,
   b) wypowiedzi o funkcji informacyjnej,
   c) wypowiedzi o funkcji modalnej,
   d) wypowiedzi o funkcji działania.

IX. Ocena sprawności interakcyjnych:
1) rozumienie zachowań interakcyjnych:
   a) werbalnych,
   b) niewerbalnych:
      – kinetycznych,
      – proksemicznych,
      – prozodycznych;
2) kreowanie zachowań interakcyjnych:
   a) werbalnych,
   b) niewerbalnych:
      – kinetycznych,
      – proksemicznych,
      – prozodycznych.

X. Ocena niektórych czynności językowych:
3) czytanie;
4) pisanie;
5) liczenie.

XI. Diagnoza różnicowa.

XII. Rozpoznanie logopedyczne.

Ocena stanu kompetencji oraz sprawności interakcyjnych, komunikacyjnych i językowych oraz wskazanie na mechanizm stwierdzonych objawów zaburzeń są warunkiem właściwej diagnozy neurologopedycznej oraz podstawą do ustalenia odpowiedniego planu terapii. Efektem prowadzonej terapii ma być opanowanie języka na miarę psychicznych i biologicznych właściwości dziecka, odbudowa utraconych sprawności lub doskonalenie realizacji wypowiedzi, co otwiera przed nim możliwości poznania świata i wchodzenia w relacje społeczne.

Problem badawczy

Padaczka jest zaburzeniem neuronalnym mogącym doprowadzić do zmian neurodegeneracyjnych w strukturach mózgu. Zaburzenia degeneracyjne manifestują się przede wszystkim w sferze poznawczej i językowo-komunikacyjnej. Diagnozowanie kliniczne obejmuje, prócz standardowych procedur instrumentalnych, także ocenę wyższych funkcji psychicznych oraz sprawności językowych i komunikacyjnych. Dynamika zmian w poznawczym i językowo-komunikacyjnym funkcjonowaniu chorego może być istotną przesłanką w określeniu mechanizmu obserwowanych zaburzeń, ważnym czynnikiem diagnozy różnicowej oraz podstawą do weryfikacji hipotez diagnostycznych w postępowaniu klinicznym.

W przebiegu procesów padaczkowych zwraca się uwagę na obniżenie zdolności poznawczych i komunikacyjnych. Brak dotychczas longitudinalnych badań nad zależnościami pomiędzy czynnikami biologicznymi a zaburzeniami językowo-komunikacyjnymi w przebiegu padaczki wieku rozwojowego. Problem badawczy brzmi: Jakie są zależności pomiędzy stanem biologicznym a funkcjonalnym u osoby w wieku rozwojowym z zaawansowanym zespołem padaczkowym o nieustalonej etiologii?

Opis przypadku

W badaniu longitudinalnym przedstawiono P.K. – dziś 26-letnią kobietę, która urodziła się z prawidłowej ciąży siłami natury, jako drugie dziecko, w rodzinie o wysokim statusie kulturowym i ekonomicznym. Stan noworodka oceniono na 9 punktów w skali Apgar. Rozwój dziewczynki do 10. roku życia przebiegał prawidłowo, choć w okresie przedszkolnym wystąpiły pewne objawy, które można interpretować jako prodromy padaczki (od 6. roku życia częste bóle mięśniowe i refluks pęcherzowo-moczowodowy). Z powodu ostrego odmiedniczkowego

zapalenia nerek i czynnościowych zaburzeń pęcherza moczowego dziewczynka była trzykrotnie hospitalizowana (w 6., 8. i 9. roku życia). Choroba zaczęła się w 10. roku życia dziecka, a jej przebieg wyznaczają trzy etapy:

- etap I (10.–14. rok życia) – początek choroby z przebiegiem fazowym (okresami remisji i nawrotów napadów padaczkowych uogólnionych, wymagających hospitalizacji w oddziałach intensywnego nadzoru); w wyniku napadów i stanów padaczkowych oraz intensywnego leczenia farmakologicznego narastały uogólnione zaburzenia funkcji poznawczych (spostrzegania, pamięci, myślenia, języka), procesów emocjonalnych, sprawności motorycznych (niedowłady kończyn górnych i dolnych) oraz zaburzenia wegetatywne;
- etap II (15. rok życia) – ustąpienie napadów padaczkowych, stabilizacja stanu klinicznego, wycofanie się zaburzeń wegetatywnych i emocjonalnych;
- etap III (16.-26. rok życia) – częściowa restytucja sprawności motorycznych, funkcji poznawczych i sprawności językowych.

Na każdym z wyróżnionych etapów zmieniały się formy oddziaływań logopedycznych. W pierwszym etapie choroby logopeda stawał się częścią zespołu diagnostycznego i na podstawie specyfiki objawów zaburzeń językowych, komunikacyjnych i interakcyjnych oraz towarzyszącym im zaburzeń poznawczych, emocjonalnych i motorycznych wskazywał na ich mechanizmy neuropatologiczne. W drugim etapie choroby jego zadaniem było usprawnianie, przy wsparciu osób z najbliższego otoczenia oraz innych terapeutów, podstawowych funkcji motorycznych i percepcyjnych, aktywizowanie pacjentki do wchodzenia w interakcje społeczne, podtrzymywania i inicjowania kontaktu a także interpretowania i budowania komunikatów niewerbalnych i werbalnych. Celem terapii neurologopedycznej w ostatnim etapie choroby stało się przełamanie utrzymujących się deficytów w zakresie czynności językowych: rozumienia, mówienia, pisania i czytania.

Przebieg choroby

Pierwszy atak padaczkowy nastąpił u 10-letniej wówczas dziewczynki po urazie głowy przy upadku ze schodów. Z wywiadu wynika, że dzień wcześniej dziewczynka była bliska zasłabnięcia. Ze względu na brak świadków niejasny jest związek przyczynowy zdarzeń (upadek ze schodów i w jego następstwie atak padaczki czy na skutek ataku padaczki upadek ze schodów). Głęboko nieprzytomne dziecko (4 punkty w skali *Glasgow Coma Scale* – GCS), ze wzmożonym napięciem mięśniowym, szczękościskiem i objawem Babińskiego po stronie prawej przyjęto do Oddziału Intensywnej Terapii z rozpoznaniem: uraz głowy, wstrząśnienie i obrzęk mózgu. Zastosowano postępowanie obserwacyjno-zachowawcze i przypisano lek przeciwpadaczkowy (neurotop). Po kilku dniach hospitalizacji stan kliniczny dziewczynki poprawił się, wyniki badań neuroobrazowych nie wykazały zmian strukturalnych w mózgu, a w ponownej ocenie neurologicznej nie stwier-

dzono odchyleń od normy. Dziewczynkę wypisano do domu w stanie ogólnym dobrym z zaleceniem oszczędzającego trybu życia. Po niespełna dwu miesiącach, w czasie wizyty kontrolnej, podjęto decyzję o odstawieniu leków przeciwpadaczkowych w związku z brakiem kolejnych napadów pojawiła się hipoteza o wystąpieniu zaburzeń rzekomopadaczkowych[40]. Po kilkunastu godzinach od odstawienia leku u dziewczynki wystąpił masywny napad drgawkowy z utratą przytomności trwającą około 1 godziny. Pomimo przywrócenia leczenia przeciwpadaczkowego, napady i stany padaczkowe wymagające leczenia w oddziale intensywnego nadzoru powtarzały się z rosnącym nasileniem w ciągu kolejnych czterech lat. Z tego powodu była wielokrotnie hospitalizowana. Podejmowane próby modyfikacji leczenia farmakologicznego nie przyniosły efektu. Dziecko poddawano dalszej diagnostyce.

Wyniki badań klinicznych

Procedury diagnostyczne w przypadku padaczki są złożone. Diagnoza kliniczna prowadzona jest zwykle z wykorzystaniem następujących technik: wywiad od rodziny pacjenta, ukierunkowana obserwacja, badanie neurologiczne i neurofizjologiczne (video EEG), badania neuroobrazowe (CT, MRI, SPECT), badania metaboliczne, badanie płynu mózgowo-rdzeniowego, a także badanie neuropsychologiczne i badanie neurologopedyczne. W razie potrzeb prowadzone są dodatkowe konsultacje specjalistyczne, np. psychiatryczna, kardiologiczna, okulistyczna.

Dziewczynkę wielokrotnie poddawano kompleksowym badaniom w wielu placówkach specjalistycznych. Wyniki badań metabolicznych wykazywały pewne nieprawidłowości. Chromatografia oligosacharydów w moczu nie wskazała na wydalanie tych związków, wolne kwasy tłuszczowe w surowicy nie przekraczały normy, w granicach normy był też poziom fruktozy, ale poziom aminokwasów (glicyny, proliny, treoniny) był znacząco (4-krotnie) podwyższony. W badaniu płynu mózgowo-rdzeniowego wykluczono proces demielinizacji, nie stwierdzono obecności białka oligoklonalnego klasy IgG, a poziom kwasu mlekowego był prawidłowy. W badaniach biochemicznych wykluczono występowanie nabytych zespołów chorobowych: toksoplazmozy, listeriozy, boreliozy, a także zakażenie wirusem cytomegalii (CMV) i opryszczki (HSV1). W badaniu spojówki oka nie ujawniono cech spichrzania.

Badania elektrofizjologiczne wykazywały pewne nieprawidłowości. W badaniu potencjałów wywołanych w modalności wzrokowej (ang. *visual evoked potentials* – VEP) metodą stymulacji błyskiem świetlnym nie uzyskano odpowiedzi P100 z oka prawego, natomiast z oka lewego uzyskano zapis o znacznie wydłużonej

[40] E. Brodtkorb: *Common imitators of epilepsy.* "Acta Neurologica Scandinavica. Supplementum", 127 (196), s. 5–10; J. Marx, R. Walls, R. Hockberger: *Rosen's emergency medicine: concepts and clinical practice*. Philadelphia, Elsevier Health Sciences 2010, s. 2228.

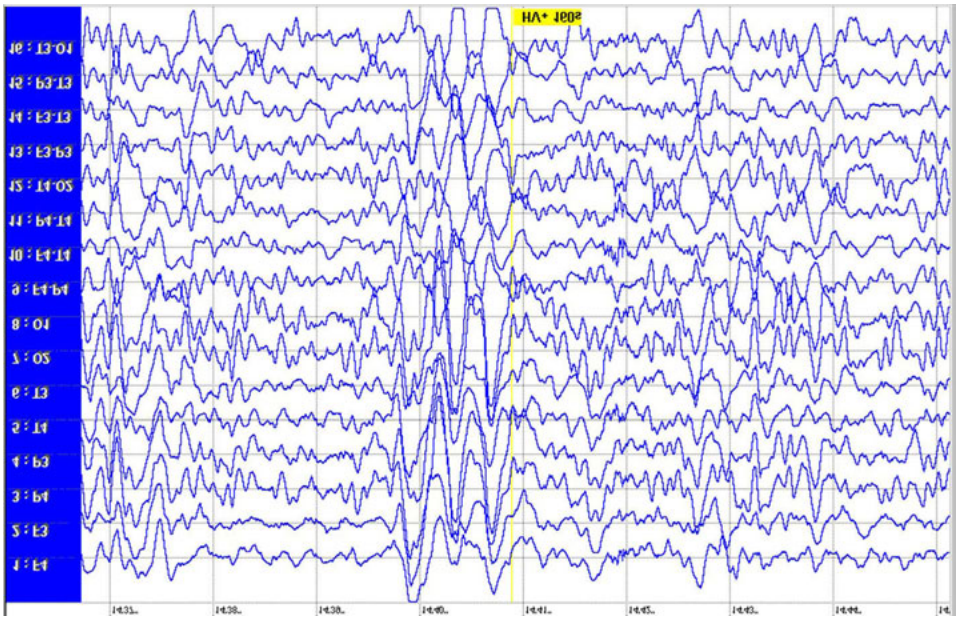
latencji odpowiedzi P100 (143,5 ms). Badanie somatosensorycznych potencjałów wywołanych (ang. *somatosensory evoked potentials* – SEP) ukazało prawidłowy kształt, amplitudę i latencje poszczególnych fal po lewej i prawej stronie. Badanie potencjałów wywołanych w modalności słuchowej (ang. *brainstem auditory evoked potential* – BAEP) uzyskano prawidłowe parametry składowych poszczególnych fal przy stymulacji ucha prawego i lewego.

Przeprowadzono też konsultacje specjalistyczne. W opinii psychiatry dziecko nawiązuje kontakt wzrokowy, nie wchodzi w kontakt werbalny i emocjonalny, nie reaguje na polecenia. Jako podłoże tych zaburzeń specjalista wskazał proces chorobowy o podłożu neurologicznym z zaznaczającym się postępującym otępieniem. Według psychologa klinicznego informacje o dotychczasowym przebiegu choroby, jak również charakter i nasilenie trudności poznawczych wskazują na istnienie wyraźnych deficytów typu organicznego, a obraz zaburzeń wydaje się odpowiadać procesowi otępiennemu. W badaniu przedmiotowym stwierdzono objawy uszkodzenia centralnego układu nerwowego.

Badania neuroobrazowe wskazywały na postępujący proces neurodegeneracyjny. Wyniki badania tomografii komputerowej głowy przeprowadzonego w trzecim roku choroby (22.03.2006 r.) nie wykazały cech patologicznych w obrębie struktur mózgowych. Natomiast badanie rezonansem magnetycznym wykonane z kontrastem w czwartym roku po zachorowaniu (10.12.2007 r.) wykazało umiarkowanie nasilone, nieadekwatne do wieku zanikowe ścieczenie warstwy korowej obu płatów czołowych i ciemieniowych. W obrębie struktur wewnątrzczaszkowych nie stwierdzono ognisk patologicznego wzmocnienia po podaniu środka kontrastowego, ujawniono natomiast w obu okolicach czołowych niewielkie poszerzenie przestrzeni płynowych przymózgowych. Morfologia spoidła wielkiego pozostawała bez zmian, nie wykazano też cech ektopii istoty szarej oraz zmian ogniskowych w okolicach hipokampa.

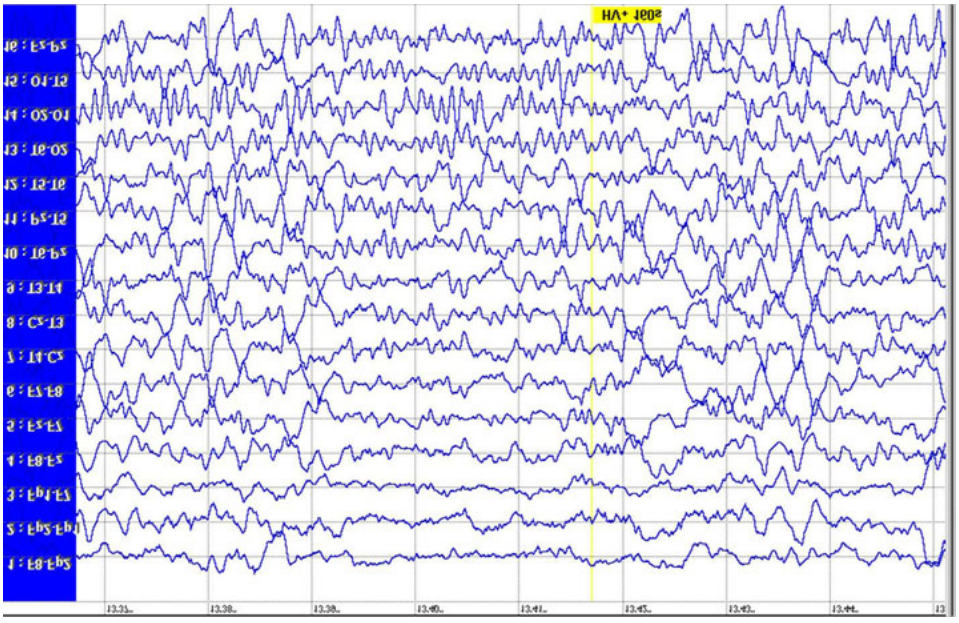
Badanie aktywności elektrofizjologicznej mózgu w kolejnych fazach choroby wykazywało zmieniający się obraz, który nie korelował ze stanem klinicznym. Pod koniec pierwszego roku choroby chociaż zapis EEG był głęboko zaburzony, to dziewczynka funkcjonowała prawidłowo w sferze poznawczej (rysunek 2). Kolejne badanie EEG, przeprowadzone w trzecim roku trwania choroby (rysunek 3) nie wykazuje tak wyraźnych nieprawidłowości. Najprawdopodobniej normalizacja zapisu nastąpiła w związku z zastosowanym leczeniem przeciwpadaczkowym.

W tym czasie dziewczynka wykazywała głębokie zaburzenia w sferze poznawczej. W piątym roku choroby, najpewniej wskutek modyfikacji leczenia farmakologicznego (keppra, lamitrin, furagin, lactulosum, vit. B complex, galopa, malix, neomycyna), ustąpiły napady padaczkowe, stan kliniczny dziewczynki zaczął się poprawiać, wycofały się zaburzenia w sferze wegetatywnej, polepszyła się sprawność motoryczna, powróciły reakcje emocjonalne, a w wyniku stymulacji i terapii neuropsychologicznej i neurologopedycznej sukcesywna poprawa następowała także w sferze poznawczej i językowej.



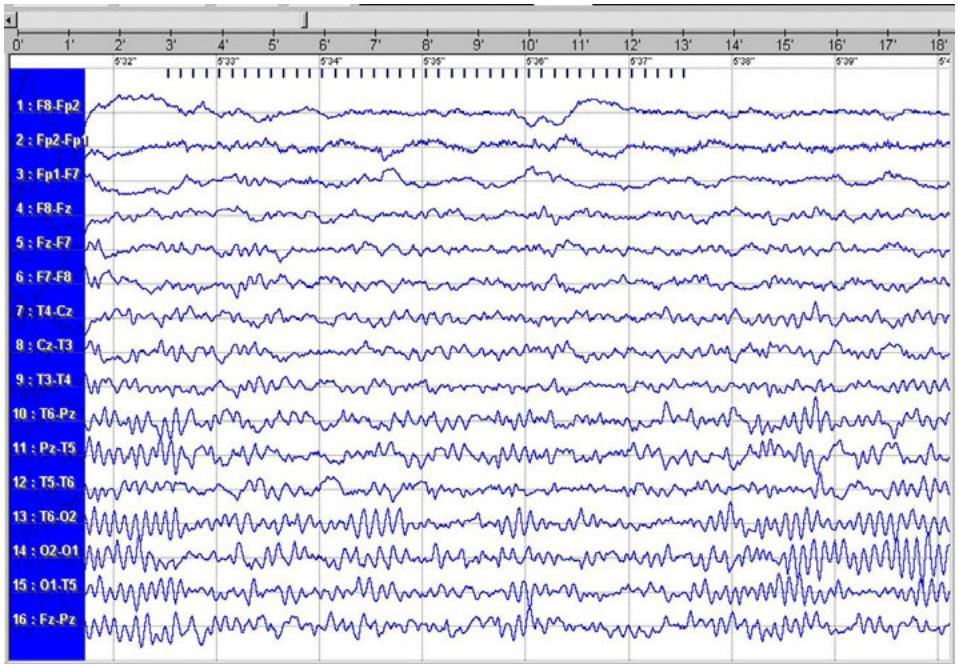
Rysunek 2. Zapis badania EEG dziewczynki wykonanego po roku od pierwszego napadu padaczki

Źródło: Archiwum autorki.



Rysunek 3. Zapis badania EEG dziewczynki wykonanego w trzecim roku choroby

Źródło: Archiwum autorki.



Rysunek 4. Zapis badania EEG dziewczynki wykonanego w piątym roku choroby
Źródło: Archiwum autorki.

Badanie funkcjonalne video EEG przeprowadzone w czuwaniu podczas terapii kepprą i lamitrinem w piątym roku choroby, 17.01.2018 r. (rysunek 4) opisano następująco: zapis spoczynkowy zróżnicowany przestrzennie, modyfikowany niewielką ilością niskonapięciowej czynności szybkiej. Czynność podstawowa okresowa nieco nieregularna z dyskretnymi cechami asymetrii i asynchronii w homologicznych okolicach. W odprowadzeniach ciemieniowo-potylicznych dominuje czynność alfa 9–10 Hz o zmiennej amplitudzie 20–50 μV, tworząca okresowo dość długie odcinki regularnych wrzecion. W okolicach przednich przeważa niskonapięciowa czynność szybka beta. Reakcja zatrzymania zaznaczona, fotostymulacja bez istotnego wpływu na czynność bioelektryczną mózgu. We wnioskach wskazano na zapis o nieco nieregularnej, prawidłowo wyrażonej, należnej dla wieku czynności podstawowej, niewrażliwej na fotostymulację. Próby hiperwentylacji nie wykonano (brak współpracy ze strony pacjentki). Aktualny zapis nie wykazywał zmian zlokalizowanych i cech napadowych.

W badaniu elektromagnetycznym z 15.01.2018 r. podczas stymulacji włókien ruchowych i czuciowych badanych nerwów obwodowych uzyskano prawidłowe parametry przewodzenia. W mięśniu piszczelowym przednim i międzykostnym w spoczynku cisza elektryczna. Zapisu wysiłkowego nie wykonano (brak współpracy ze strony pacjentki).

Rozpoznanie kliniczne

W ciągu czerech lat trwania choroby dziewczynka była diagnozowana neurologicznie, kardiologicznie i psychiatrycznie, poddawana rozmaitym badaniom instrumentalnym i konsultowana przez różnych specjalistów. Rozpoznania kliniczne nie były jednoznaczne i oscylowały pomiędzy organicznym a psychogennym podłożem napadów padaczkowych. Niespecyficzny przebieg choroby, na który dodatkowy wpływ miała politerapia farmakologiczna, sprawiły, że dokumentacja leczenia zawiera rozpoznania częstokroć wykluczające się:

- 10.02.2003 r. – Uraz głowy. Wstrząśnienie mózgu.
- 9.04.2003 r. – Napad drgawkowy. Padaczka. Stan po urazie głowy.
- 17.08.2004 r. – Padaczka. Obserwacja neurologiczna.
- 4.06.2005 r. – Obserwacja w kierunku zespołu psychoorganicznego czołowego. Zaburzenia rozwoju intelektualnego. Stan po urazie głowy.
- 2.08. 2005 r. – Cerebrastenia pourazowa. Zaburzenia rozwoju emocjonalno-intelektualnego. Zaburzenia napadowe niepadaczkowe (tiki, parasomie).
- 23.09.2005 r. – Zaburzenia dysocjacyjne pod postacią zaburzeń ruchowych (F44.3). Padaczka w wywiadzie G40.0. Opóźniony i nieharmonijny rozwój intelektualny.
- 16.01.2006 r. – Obserwacja w kierunku postępującego schorzenia OUN G99.
- 24.01.2006 r. – Obserwacja w kierunku zespołu psychoorganicznego G99. Padaczka pod postacią napadów częściowych złożonych wtórnie uogólniających się G40. Stan po urazie głowy S09.
- 20.06.2006 r. – Cechy zespołu otępiennego dziecięcego. Reakcje inadaptacyjne okresu adolescencji uwarunkowane wieloczynnikową etiologią. Padaczka z mieszanymi napadami padaczkowymi i rzekomopadaczkowymi.
- 5.02.2008 r. – Padaczka. Zespół psychoorganiczny. Retencja moczu.

W dokumentacji ostatniego pobytu w szpitalu (8.01.–5.02.2008 r.), kiedy udało się wyciszyć napady padaczki i unormować stan kliniczny dziewczynki, stwierdzono, że dotychczasowy przebieg napadów oraz zakres narastających objawów neuropsychologicznych wskazują na deficyty o podłożu organicznym. Obraz zaburzeń psychicznych i jego dynamika wskazują na otępienie wieku rozwojowego w przebiegu padaczki o nieustalonej etiologii. Z wywiadu, obserwacji i dokumentacji klinicznej jednoznacznie wynika związek czasowy pomiędzy wystąpieniem pierwszych trudności a upadkiem i utratą przytomności oraz związek czasowy pomiędzy przerwami i zmianami w farmakoterapii a występowaniem napadów drgawkowych i nasileniem deficytów poznawczych.

Objawy zaburzeń poznawczych

Przed chorobą badana dziewczynka była najlepszą uczennicą w klasie. Na świadectwie szkolnym z czwartej klasy szkoły podstawowej z poszczególnych przedmiotów widnieją oceny bardzo dobre i celujące. W listopadzie 2004 roku, czyli po upływie półtora roku od pierwszego napadu, u dziewczynki wystąpiły pierwsze problemy z nauką wynikające z narastających problemów z uwagą, pamięcią, myśleniem, rozumieniem i tworzeniem złożonych wypowiedzi oraz sprawnością grafomotoryczną. Nauczyciele zgłaszali rodzicom, że dziewczynka traci wcześniej nabytą wiedzę, funkcje poznawcze i umiejętności językowe – jest spowolniona psychoruchowo, ma problemy z rozpoznawaniem kolorów, orientacją przestrzenną, rozumieniem złożonych poleceń, wykonywaniem działań matematycznych i zapisywaniem tekstu zgodnie z regułami ortografii. Z relacji rodziców wynika, że w tym okresie po wygranej w szkolnym konkursie szachowym, w ciągu kilku miesięcy dziewczynka utraciła umiejętność gry w szachy.

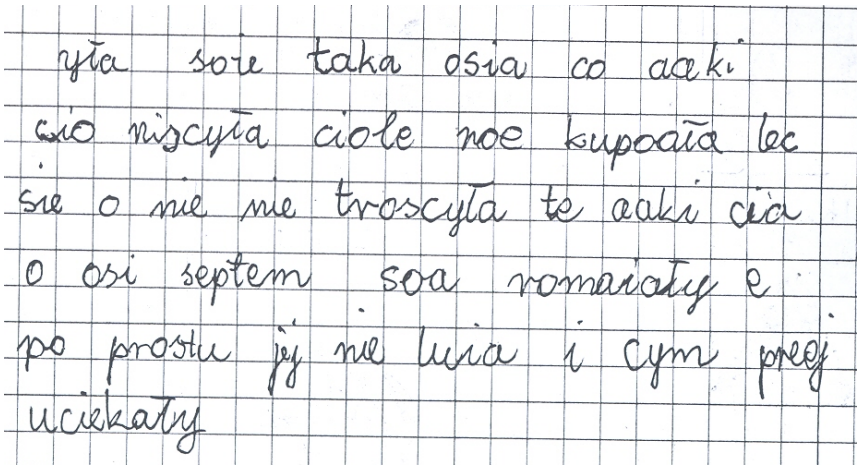
W badaniu inteligencji WISC-R z 22.12.2004 r. stwierdzono deficyty syntezy i analizy przestrzenno-wzrokowej, zaś w ocenie psychologicznej przeprowadzonej pół roku później (17.06.2005 r.) stwierdzono adynamię, spowolnione tempo pracy, osłabienie pamięci, niedostatek krytycyzmu, deficyty koordynacji wzrokowo-ruchowej. Analiza umiejętności, według kryterium obowiązującego programu nauczania, wykazała braki programowe w zakresie podstawowych kompetencji, zwłaszcza rozumienia czytanego tekstu, uogólniania i przyswajania wiadomości szkolnych, a także trudności w formułowaniu myśli, spowolnione tempo czytania, liczne błędy w zapisie wynikające z dysfunkcji wzrokowych i słuchowych. Ze względu na pogarszający się stan kliniczny (coraz częściej powtarzające się napady drgawek, brak poprawy w związku z zmianą leczenia przeciwpadaczkowego) i związaną z nim możliwość dalszych powikłań, a także w związku z spowolnionym tempem nabywania nowych umiejętności, wzmożoną męczliwością i trudnościami w efektywnym funkcjonowaniu w klasie szkolnej, od kwietnia 2005 roku zalecono kontynuowanie nauki w formie nauczania indywidualnego w domu, w wymiarze 10 godzin tygodniowo. W trosce o prawidłowy rozwój emocjonalno-społeczny uczennicy zalecono uczestnictwo w niektórych zajęciach szkolnych. Taki model kształcenia nie przyniósł żadnych efektów. Stan kliniczny dziewczynki pogarszał się z każdym tygodniem, a zaburzenia poznawcze gwałtownie się pogłębiały.

W kolejnym badaniu psychologicznym (3.07.2006 r.) zaobserwowano spowolnienie psychoruchowe, ograniczenie długości wypowiedzi i fluencji słownej, zaburzenia językowe na poziomie morfologii, fonetyki, składni, semantyki i pragmatyki, trudności z inicjowaniem wypowiedzi przy zachowanej adekwatności do sytuacyjnego i społecznego kontekstu rozmowy oraz prawidłowej artykulacji. Stwierdzono ponadto prozodię emocjonalną, utratę zdolności do interpretacji emocjonalnego znaczenia komunikatów i myślenia abstrakcyjnego oraz anomię. Głośne czytanie było zachowane, lecz bez zrozumienia treści tekstu. Pełne bada-

nie za pomocą skali WISC-R nie było możliwe ze względu na ogromną skalę deficytów neuropsychologicznych i neurolingwistycznych. W 2007 roku podjęto decyzję o kształceniu specjalnym dla dzieci z chorobą przewlekłą. Od tego czasu była pod opieką pedagoga specjalnego i neurologopedy, którzy w trakcie zajęć terapeutycznych stymulowali funkcje percepcyjne oraz sprawności językowe dziewczynki. Pomimo tych oddziaływań możliwości poznawcze dziewczynki gwałtownie się pogarszały.

W lipcu 2007 roku w próbie przepisywania tekstu stwierdzono występowanie oznak rozpadu wzrokowo-ruchowych wzorców wyrazów. Rysunek 5 przedstawia efekt przepisywania następującego tekstu:

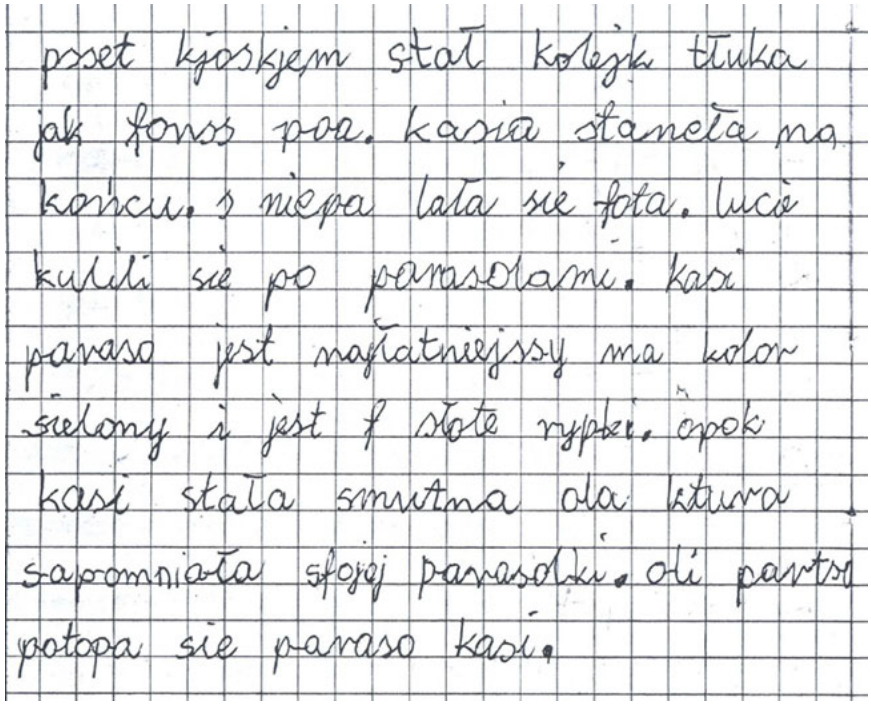
> Była sobie taka Zosia, co zabawki wciąż niszczyła. Ciągle nowe kupowała, lecz się o nie nie troszczyła. Te zabawki wciąż o Zosi szeptem z sobą rozmawiały, że po prostu jej nie lubią i czym prędzej uciekały.



Rysunek 5. Próba przepisywania tekstu przeprowadzona w czwartym roku choroby
Źródło: Archiwum autorki.

Zaburzenia percepcji dotyczyły również modalności słuchowej. W tekście pisanym pod dyktando uwidoczniły się trudności w różnicowaniu opozycji fonologicznej: dźwięczność – bezdźwięczność głosek, a ponadto utrata wzrokowych i czuciowo-ruchowych wzorców wyrazów, stąd brak wielkich liter na początku zdań, znaków diakrytycznych itp. (rysunek 6). Tekst dyktanda brzmiał następująco:

> Przed kioskiem stała kolejka długa jak wąż boa. Kasia stanęła na końcu. Z nieba lała się woda. Ludzie kulili się pod parasolami. Kasi parasol jest najładniejszy, ma kolor zielony i jest w złote rybki. Obok Kasi stała smutna Ola, która zapomniała swojej parasolki. Oli bardzo podoba się parasol Kasi.



Rysunek 6. Próba pisania ze słuchu przeprowadzona w czwartym roku choroby
Źródło: Archiwum autorki.

W krótkim czasie dalszy regres w rozwoju dziewczynki objął wszystkie funkcje poznawcze. Wystąpiła pełna agnozja wzrokowa, słuchowa i czuciowa, apraksja, agrafia, aleksja i akalkulia, aprozodia, głęboka afazja sensoryczno-motoryczna, a następnie mutyzm kinetyczny i amnezja. Zaburzenia obejmowały coraz szersze sfery funkcjonowania dziewczynki, postępowała utrata funkcji orientacyjnych i sprawności czuciowo-ruchowych (osłabienie napięcia mięśniowego, trudności w oddychaniu i połykaniu, brak czucia w kończynach górnych i dolnych, narastające ograniczenia w zakresie samoobsługi i lokomocji – aż do utraty zdolności samodzielnego poruszania się i pionizacji), nasilała się wrażliwość sensoryczna (foto- i fonofobia), narastały też zakłócenia funkcji wegetatywnych (senność, utrata smaku, brak pragnienia i łaknienia, utrata kontroli nad czynnościami fizjologicznymi, zatrzymanie moczu – cewnik, wypróżnianie wspomagane lewatywą). Przez cały okres nasilania się objawów patologii mózgowej nie obserwowano objawów psychotycznych ani zaburzeń afektywnych.

W ocenie psychologa klinicznego z 4.02.2008 r. dziewczynka nie nawiązuje kontaktu logicznego, który pozwalałby na przeprowadzenie standardowego badania neuropsychologicznego. W reakcji na polecenia słowne jedynie chwilowo skupia wzrok na twarzy mówiącego, nie jest jednak w stanie zrealizować

żadnego komunikatu. Na instrukcje słowne wsparte gestem podejmuje częściową współpracę (np. automatycznie porusza ciałem przy ubieraniu lub zarzuca ręce na ramiona osoby, przy zmianie pozycji w łóżku). Żywiej reaguje na treści o dużym znaczeniu emocjonalnym – patrzy na matkę, przytula się do niej. Ruchem głowy i nieartykułowanymi dźwiękami komunikuje zaprzeczenie przy pytaniach matki typu: *Czy coś cię boli?* W tym okresie nastrój dziewczynki jest wyrównany, rzadko obserwuje się żywsze reakcje emocjonalne takie jak okazywanie niepokoju czy niezadowolenia. W trakcie biopsji spojówki, pomimo znacznego dyskomfortu, reakcja obronna dziewczynki ograniczała się do grymasów twarzy i cichych wokalizacji.

Podjęta na początku 2008 roku kolejna próba zmiany leczenia farmakologicznego przyniosła długo oczekiwaną poprawę w funkcjonowaniu pacjentki. Dziewczynka zaczęła sygnalizować potrzeby fizjologiczne, odczuwać smak (preferowało ulubione potrawy), poprawiła się sprawność jej prawej i lewej ręki, ustąpiła nadwrażliwość na dźwięki i światło, pojawiły się żywsze reakcje emocjonalne. Zaczęła też wchodzić w kontakt z innymi, posługując się gestami.

Diagnoza i terapia neurologopedyczna

W wyniku diagnozy neurologopedycznej przeprowadzonej u dziewczynki w czwartym roku choroby stwierdzono głębokie, postępujące i niespecyficzne zaburzenia mowy w przebiegu procesu otępiennego. Otępienie jest to zespół objawów chorobowych charakteryzujących się utratą sprawności intelektualnej oraz dezintegracją zachowania i osobowości. Główną przyczyną tego procesu są zmiany organiczne w mózgu. Proces otępienny u dziecka chorego na padaczkę może być rozpoznany wówczas, gdy pojawiające się objawy chorobowe były poprzedzone prawidłowym okresem jego rozwoju ruchowego i psychicznego.

Otępienie w przypadku badanej dziewczynki przyjęło postać najcięższą. Objawiało się jako szybko postępująca utrata wszystkich wykształconych umiejętności i całej nabytej wiedzy, głębokie zaburzenia funkcji pamięci w zakresie przypominania i zapamiętywania, spowolnienie, a następnie destrukcja procesów myślowych, upośledzenie i zanik krytycyzmu i uczuciowości wyższej, chwiejność procesów afektywnych, bezradność, upośledzenie i zanik sprawności ruchowej oraz narastające zaburzenia mowy aż do mutyzmu akinetycznego.

Obraz kliniczny zaburzeń wynikał ze zmian neuropatologicznych o charakterze zarówno organicznym (zanik tkanki mózgowej), jak i funkcjonalnym (zaburzenia aktywności bioelektrycznej mózgu, intensywna polifarmakoterapia). Ponadto głębokość zaburzeń oraz ich dynamika wiązały się z czynnikami społecznymi (sytuacja społeczna, młody wiek, stymulacja w trakcie edukacji i wielospecjalistycznej terapii oraz aktywność własna). Ujawnienie się choroby w wieku szkolnym wiązało się z ryzykiem nieprawidłowego rozwoju osobowości i zaburzeń zachowania. Jednak do takich objawów nie doszło, najprawdopodobniej w związku ze znacznym

stopniem dojrzałości układu nerwowego osiągniętym przed zachorowaniem, niewielkimi zmianami strukturalnymi w mózgu, osobniczymi właściwościami dziedziczno-genetycznymi oraz prawidłowym oddziaływaniem środowiska rodzinnego.

Znaczna dynamika ustępowania zaburzeń językowych i poznawczych była istotną przesłanką pozytywnych rokowań w zakresie usprawniania logopedycznego i terapii neuropsychologicznej. W procesie edukacyjno-rewalidacyjnym dziewczynka sukcesywnie przełamywała swoje deficyty poznawcze i językowe. Utrudnienia w codziennym funkcjonowaniu i przyswajaniu materiału językowego były najsilniej związane z zaburzeniami percepcji wzrokowej i nietrwałością słuchowych wzorców wyrazów. Obserwowany postęp w opanowywaniu sprawności językowych pozwalał przypuszczać, że kontynuowanie intensywnej terapii w ciągu kolejnych lat daje szansę na dalszą poprawę funkcji poznawczych i sprawności funkcjonalnych.

Program terapii był systematycznie realizowany w warunkach gabinetowych i domowych – przy współpracy rodziny i nauczycieli. W procesie terapii zalecono też korzystanie z narzędzi multimedialnych (komputera, sprzętu nagrywającego) i wykorzystywanie aferentacji ruchowo-czuciowej w utrwalaniu słuchowych wzorców mowy i percepcji materiału wzrokowego. Wielospecjalistyczna terapia skutecznie wpłynęła na poprawę w funkcjonowaniu dziewczynki w sferze motorycznej, społeczno-emocjonalnej i poznawczo-językowej. Zintegrowany model rehabilitacji, poprzez ukierunkowanie procesów fizjologicznej neuroplastyczności, pozwolił na znaczne wyrównanie deficytów poznawczych i językowych, a stymulowanie aktywności życiowej – na wykształcenie strategii neurokompensacyjnych umożliwiających funkcjonowanie w systemie szkolno-rówieśniczym i pokonywanie kolejnych etapów edukacji.

W 16. roku życia dziewczynka została poddana ponownej ocenie psychologicznej, w której wskazano na występowanie specyficznych zaburzeń w sferze percepcji (agnozja wzrokowa) i mowy (afazja sensoryczno-motoryczna) przy dobrym potencjale intelektualnym, co było warunkiem powrotu do kształcenia w systemie szkoły masowej. Dziewczynka ukończyła edukację na poziomie gimnazjum, następnie uczęszczała do szkoły średniej. Z wysokimi wynikami ukończyła naukę na kierunku technik masażysta i z powodzeniem zdała egzamin potwierdzający kwalifikacje zawodowe.

Obecnie niektóre konsekwencje choroby utrzymują się. Występuje aleksja spowodowana zaburzeniami gnozji wzrokowej, co badana kompensuje, obrysowując kształt liter w czytanych słowach. Taka technika pozwala z powodzeniem zdekodować zapisany tekst, ale bardzo wydłuża czas czytania. Dziś, by usprawnić czytanie, pacjentka korzysta z urządzenia lektorskiego. Sprawność ruchową ogranicza niedowład prawej stopy, w wyniku którego kobieta walczy z nadmiernym napięciem mięśni i z pogłębiającym się przykurczem, który utrudnia chodzenie i powoduje bardzo uciążliwy ból. Dlatego na co dzień zaopatrzona jest w specjalistyczną ortezę i regularnie uczęszcza na zajęcia rehabilitacyjne.

Od kilku lat jej największą pasją jest badanej pływanie. Zdobyła uprawnienia instruktora pływania oraz ratownika wodnego. Wciąż podnosi swój poziom sportowy i w pływaniu ma wiele osiągnięć na szczeblu ogólnopolskim w sporcie osób niepełnosprawnych, w tym medale mistrzostw Polski. Nieustanna rehabilitacja i ciągły rozwój pozwalają jej osiągać założone cele i budować swoją pozycję społeczną. Dzięki codziennej pracy, długotrwałej rehabilitacji, wsparciu wielu osób i instytucji dziś może mówić, chodzić, uczyć się, uprawiać sport, cieszyć się życiem, wyznaczać cele i dążyć do ich realizacji. Nie traci też wiary w dalszą poprawę swoich sprawności i chce do niej dążyć: Mówi tak: „Ciągle wierzę, że powrót do pełnej sprawności jest jeszcze możliwy, ponieważ brakuje mi jej każdego dnia".

Neurodegradacja a neurokompensacja

W okresie rozwoju w mózgu dziecka dokonuje się specjalizacja i organizacja procesów psychicznych. Padaczka może doprowadzić do zakłóceń w funkcjonalnej organizacji układu nerwowego. W takich przypadkach szczególne znaczenie ma zjawisko neuroplastyczności, dzięki któremu następuje dostosowanie działania układu nerwowego do zmian środowiska zarówno wewnętrznego, jak też wewnętrznego, a także naprawa skutków patologicznych wyładowań w obrębie układu nerwowego. W przebiegu zaburzeń rozwojowych specjalizacja półkulowa może ulegać daleko idącemu przystosowaniu i przeorganizowaniu. Dla podkreślenia specyfiki zjawiska reorganizacji funkcji niektórzy badacze posługują się pojęciem atypowego rozwoju mózgu (ang. *atypical brain development* – ABD)[41].

W sytuacji patologii rozwoju dochodzi zawsze do sprzężenia różnych mechanizmów zakłócających fizjologiczny rozwój dziecka, nakładania się pierwotnych i wtórnych objawów zaburzeń oraz efektów działania procesów adaptacyjno-kompensacyjnych. Taki stan rzeczy sprawia, że u dzieci w wieku rozwojowym powstaje złożony i zindywidualizowany obraz kliniczny patologii mowy, następują w nim ciągłe zmiany jako efekt procesów neuroplastyczności i neurokompensacji.

Ze względu na mechanizm aktywizujący procesy związane z plastycznością w mózgu wyróżnia się sześć jej typów[42]:

1. Plastyczność rozwojowa – zdolność rozwijającego się mózgu do tworzenia wielu nowych połączeń nerwowych w związku z przyswajaniem różnych sprawności (np. z opanowywaniem umiejętności chodzenia, rozwojem mowy), która zapewnia dostosowanie się młodego organizmu do środowiska w wyniku interakcji z nim. Na dynamiczne procesy neuroplastyczne w wieku roz-

[41] *Neuropsychologia kliniczna dziecka. Wybrane zagadnienia*. Red. A.R. Borkowska, Ł. Domańska. Warszawa, Wydaw. Naukowe PWN 2007.

[42] J. Panasiuk: *Terapia zaburzeń mowy u chorych neurologicznie a mechanizmy neuroplastyczności*. W: *Diagnoza i terapia logopedyczna osób dorosłych i starszych*. Red. M. Michalik. W: „Nowa Logopedia". T. 5. Kraków, Collegium Columbinum 2014, s. 41–65.

wojowym wpływ ma zarówno ekspresja określonych genów, jak i właściwy poziom pobudzania neuronów przez bodźce otoczenia. Najważniejszą cechą rozwojowej neuroplastyczności jest zjawisko nadprodukcji oraz obumierania komórek nerwowych (apoptoza), a wraz z nim zanikanie niewykorzystywanych funkcjonalnie połączeń synaptycznych.

2. Plastyczność kompensacyjna (pouszkodzeniowa) – zdolność uszkodzonego mózgu dziecka lub dorosłego do tworzenia nowej sieci połączeń nerwowych, dzięki którym następuje przejęcie funkcji uszkodzonej tkanki nerwowej przez inną, nieuszkodzoną strukturę, a w konsekwencji odzyskanie określonych sprawności, np. rozumienia lub tworzenia wypowiedzi.. W przypadku uszkodzenia układu nerwowego w mózgu zachodzą jednocześnie dwa antagonistyczne procesy – dezintegracji połączeń, w wyniku zmian zwyrodnieniowych, oraz kompensacji, która jest skutkiem neuroplastyczności i która może następować nie tylko bezpośrednio po uszkodzeniu, ale też w okresie odległym od zachorowania.
3. Plastyczność wywołana wzmożonym doświadczeniem – zdolność zdrowego lub uszkodzonego mózgu do przekształcania się pod wpływem wzmożonego doświadczenia czuciowego lub ruchowego, kiedy określone szlaki neuronalne są wzmacniane przez ciągłe powtórzenia.
4. Plastyczność związana z uczeniem się i pamięcią – zdolność zdrowego lub uszkodzonego mózgu do tworzenia nowych ścieżek neuronalnych w wyniku powtarzania czynności i utrwalania ich w pamięci. Reakcje organizmu na zachodzące w otoczeniu zmiany kształtują się wraz z nabywanym w życiu osobniczym doświadczeniem i warunkują zdolność uczenia się i zapamiętywania.

Plastyczność występująca przy powstawaniu uzależnień – ewolucyjna zdolność organizmu do powielania zyskownych czynności, kiedy w wyniku pobudzenia w układzie dopaminergicznym (nagrody) powstają nowe drogi neuronalne i następuje utrwalenie pewnego zachowania. Substancje powodujące uzależnienia (np. kofeina, nikotyna) są neuroprzekaźnikami, ich obecność wzmacnia połączenia synaptyczne.

Plastyczność patologiczna – występuje np. przy epileptogenezie, bólu neuropatycznym, doprowadza do zakłócenia i rozpadu ukształtowanych połączeń umożliwiających równowagę organizmu i jego właściwe funkcjonowanie.

Neuroplastyczność zależy od dwu istotnych czynników:

- okresów krytycznych,
- rodzaju aktywności[43].

Dojrzewanie mózgu w ontogenezie następuje poprzez wywołanie plastycznych zmian rozwojowych w ośrodkowym układzie nerwowym. Możliwe jest tylko

[43] D.H. Hubel, T.N. Wiesel: *Early exploration of the visual cortex*. "Neuron" 1998, vol. 20, no. 3, s. 401–402.

w przypadku działania konkretnych bodźców w ściśle określonym czasie, tak zwanym okresie krytycznym dla danej funkcji. Jeżeli odpowiedni rodzaj stymulacji mózgu nie wystąpi na danym etapie rozwoju, wówczas potencjalne możliwości mózgu w określonym zakresie mogą zostać utracone lub znacznie ograniczone. Przetrwanie nowo powstałych połączeń jest zależne od funkcjonalnej aktywności mózgu, stąd istotny wpływ na plastyczność ośrodkowego układu nerwowego ma stymulowanie mózgu w czasie jego rozwoju poprzez dobór określonych form aktywności.

Zasada okresu krytycznego odnosi się do rozwoju funkcji wzrokowych, słuchowych, dotykowych, jak również do rozwoju wyższych czynności poznawczych, w tym zdolności językowych. Przyjmuje się, że okresem krytycznym dla pełnego opanowania języka jest 14. rok życia. Szczególne możliwości plastycznej regeneracji połączeń występują w przypadku młodego, dojrzewającego mózgu. Wówczas nawet głębokie zaburzenia funkcji spowodowane rozległym uszkodzeniem zarówno wyspecjalizowanych ośrodków korowych, jak i struktur podkorowych mogą zostać skompensowane[44].

Zdolność dojrzewającego mózgu do zmian w schematach połączeń wiązać należy z dużą w tym okresie życia labilnością cytoszkieletu oraz dynamiką wzrostu i rozgałęziania się aksonów i dendrytów. Utworzone połączenia mogą podlegać modyfikacji w związku z rodzajem aktywacji dróg nerwowych przez napływające z otoczenia bodźce.

Wnioski

Padaczka zaburza działanie mózgu, jej leczenie również nie pozostaje bez wpływu na funkcjonowanie ośrodkowego układu nerwowego. Mózg jest odpowiedzialny za ludzkie poznanie, a wskutek zaburzeń jego aktywności bioelektrycznej następuje zakłócenie procesów poznawczych. W następstwie ciężkiej padaczki u dziecka może postępować proces otępienny. Jedynie skuteczne leczenie farmakologiczne i systemowa rehabilitacja ujawniają znaczenie współistniejących mechanizmów neuroplastyczności i neurokompensacji, które warunkują możliwość powrotu do zdrowia i poprawy globalnego funkcjonowania.

Wbrew stereotypowej opinii, należy stwierdzić, że terapia logopedyczna w przypadkach zaburzeń mowy u dzieci z uszkodzeniami mózgu może przynosić znaczące efekty. Plastyczność mózgu ma bowiem charakter uniwersalny, gdyż oznacza, że czynności samonaprawcze zachodzą w każdym przypadku zmian patogennych, obejmując wszystkie poziomy w strukturze i funkcji centralnego układu nerwowego (molekularny, metaboliczny, fizjologiczny, funkcjonalny, makrostrukturalny), a w końcu i poziom behawioralny. Występują, co prawda, ograniczenia kompensacji, związane z występowaniem antagonistycznego proce-

[44] M. Musso et al.: *Training-induced brain plasticity.* "Brain" 1999, t. 122, s. 1781–1790.

su – dezintegracji, ponadto cecha plastyczności współistnieje z cechą specjalizacji strukturalnej i funkcjonalnej, a ich role są niekompatybilne. Najbardziej złożone w rozwoju filo- i ontogenetycznym funkcje, a do takich należy mowa, mają złożoną specjalizację i natrafiają na duże ograniczenia plastyczności. Istotnym, chociaż rzadko wskazywanym czynnikiem wpływającym na dynamikę procesu plastyczności jest działanie predyspozycji genetycznych, kształtujących zasady ogólnej aktywności mózgu.

W planowaniu procedur terapii logopedycznej należy uwzględnić współwystępujące z deficytami językowymi zakłócenia rozwoju pozostałych sfer funkcjonowania dziecka. Kiedy zaburzenia mowy są głębokie lub towarzyszą im uogólnione trudności w zakresie rozwoju innych wyższych funkcji psychicznych, należy oddziaływać na wszelkie sfery funkcjonowania dziecka, poddając je terapii ogólnorozwojowej, prowadzonej w czasie zajęć słuchowo-ruchowych, wzrokowo-ruchowych i innych, stymulujących rozwój procesów psychomotorycznych i emocjonalno-motywacyjnych. Odpowiednio zaprogramowana terapia umożliwia dzieciom złagodzenie bądź wyrównanie deficytów i pełne uczestnictwo w życiu społecznym.

Bibliografia

Austin J.K., Dunn D.W.: *Progressive behavioral changes in children with epilepsy*. "Progress in Brain Research" 2002, vol. 135, s. 419–427.

Baulac M. et al.: *Epilepsy priorities in Europe: A report of the ILAE–IBE Epilepsy Advocacy Europe Task Force*. "Epilepsia" 2015, no. 56 (11), s. 1687–1695.

Berg A.T. et al.: *Revised terminology and concepts for organization of seizures and epilepsies: report of the ILAE Commission on Classification and Terminology, 2005–2009*. "Epilepsia" 2010, no. 51 (4), s. 676–685.

Bergey G.K.: *Neurostimulation in the treatment of epilepsy*. "Experimental Neurology" 2013, no. 244, s. 87–95.

Birbeck G.L. et al.: *Seizure reduction and quality of life improvements in people with epilepsy*. "Epilepsia" 2002, no. 43 (5), s. 535–538.

Brodtkorb E.: *Common imitators of epilepsy*. "Acta Neurologica Scandinavica. Supplementum" 127 (196), s. 5–10.

Davies S., Heyman I., Goodman R.: *A population survey of mental health problems in children with epilepsy*. "Developmental Medicine & Child Neurology" 2003, no. 45 (5), s. 292–295.

Duncan J.S.: *Epilepsy surgery*. "Clinical Medicine" 2007, no. 7 (2), s. 137–142.

Dziecko niepełnosprawne w rodzinie. I. Obuchowska. Warszawa, Wydaw. Szkolne i Pedagogiczne 1991.

Eadie M.J.: *Shortcomings in the current treatment of epilepsy*. „Expert Review of Neurotherapeutics" 2012, no. 12 (12), s. 1419–1427.

Fisher R.S. et al.: *ILAE official report: a practical clinical definition of epilepsy*. "Epilepsia" 2014, no. 55 (4), s. 475–482.

Fisher R. et al.: *Epileptic seizures and epilepsy: definitions proposed by the International League Against Epilepsy (ILAE) and the International Bureau for Epilepsy (IBE).* "Epilepsia" 2005, no. 46 (4), s. 470–472.

Forsgren L. et al.: *The epidemiology of epilepsy in Europe – a systematic review.* "European Journal of Neurology" 2005, no. 12 (4), s. 245–253.

Grabias S.: *Logopedia – nauka o biologicznych uwarunkowaniach języka i zachowaniach językowych*. „Logopedia" 2010/2011, t. 39/40, s. 9–34.

Hitiris N. et al.: *Mortality in epilepsy.* „Epilepsy Behavior" 2007, no. 10 (3), s. 363–376.

Hoffman-Zacharska D.: *Encefalopatie padaczkowe – diagnostyka następnej generacji*. „Neurologia Dziecięca" 2017, vol. 26, nr 52, s. 75–83.

Hubel D.H., Wiesel T.N.: *Early exploration of the visual cortex*. „Neuron" 1998, vol. 20, no. 3, s. 401–402.

Kościelska M.: *Psychologiczne problemy padaczki u dzieci.* Warszawa, PWN 1976.

Kozłowska M.: *Standard postępowania logopedycznego w przypadku dzieci z padaczką*. Red. S. Grabias, J. Panasiuk, T. Woźniak. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 2015, s. 347-362.

Kozłowska M., Chrościńska-Krawczyk M: *Padaczka. Zaburzenia językowe u dzieci z padaczką*. W: *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy.* Red. S. Grabias, Z.M. Kurkowski. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 2012, s. 397–411.

Kozłowska M., Panasiuk J.: *Narzędzie lingwistyczne do oceny zaburzeń poznawczych u dzieci z padaczką*. W: *Metody i narzędzia lingwistyczne w logopedii*. Red. M. Kurowska, E. Wolańska. W: „Z Prac Towarzystwa Kultury Języka". T. 12. Warszawa, Elipsa 2015, s. 183–195.

Kozłowska M., Panasiuk J.: *Zaburzenia rozwoju ruchowego, poznawczego i komunikacyjnego u dzieci z padaczką*. W: *Innowacje w fizjoterapii*. Red. M. Olszówka, R. Karpiński. Lublin, Wydaw. Fundacji TYGIEL 2015, s. 120-135.

Levisohn P. M.: *The autism-epilepsy connection*. "Epilepsia" 2007, no. 48, Supplement 9, s. 33–35.

Magiorkinis E., Sidiropoulou K., Diamantis A.: *Hallmarks in the History of Epilepsy: From Antiquity Till the Twentieth Century*. W: *Novel Aspects on Epilepsy.* Red. H. Foyaca-Sibat. Rijeka, InTech 2011.

Marx J., Walls R., Hockberger R.: *Rosen's emergency medicine: concepts and clinical practice.* Philadelphia, Elsevier Health Sciences 2010.

Michałowicz R.: *Padaczka we wczesnych okresach rozwoju dziecka*. „Epileptologia" 2005, t. 13, s. 39–50.

Michałowicz R., Jóźwiak S.: *Okres niemowlęcy i wczesnodziecięcy (poniemowlęcy).* W: *Padaczka i inne stany napadowe u dzieci*. Red. R. Michałowicz. Warszawa, Wydaw. Lekarskie PZWL 2001, s. 88–102.

Michałowicz R., Ślenzak J.: *Choroby układu nerwowego dzieci i młodzieży.* Warszawa, PWN 1985.

Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja dziesiąta. ICD-10. Przeł. R. Topór-Mądry et al. Kraków, Vesalius 1994. Fundacja Szkoły Zdrowia Publicznego Uniwersytetu Jagiellońskiego 1994.

Musso M. et al.: *Training-induced brain plasticity.* "Brain" 1999, no. 122, s. 1781–1790.

Neuropsychologia kliniczna dziecka. Wybrane zagadnienia. Red. A.R. Borkowska, Ł. Domańska. Warszawa, Wydaw. Naukowe PWN 2007.

Padaczka i inne stany napadowe u dzieci. Red. R. Michałowicz. Warszawa, Wydaw. Lekarskie PZWL 2001.

Padaczka i inne zaburzenia napadowe u dzieci. Red. D. Dunin-Wąsowicz. Warszawa, Medical Tribune Polska 2013.

Panasiuk J.: *Neurologiczne uwarunkowania rozwoju mowy.* W: *Wczesna interwencja logopedyczna.* Red. K. Kaczorowska-Bray, S. Milewski. Gdańsk, Harmonia Universalis 2016, s. 36–53.

Panasiuk J.: *Postępowanie logopedyczne w przypadku alalii i niedokształcenia mowy o typie afazji*. W: *Logopedia. Standardy postępowania*. Red. S. Grabias, J. Panasiuk, T. Woźniak. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 2015, s. 309-345.

Panasiuk J.: *Sprawności interakcyjne i komunikacyjne jako kryteria różnicowania zaburzeń rozwojowych*. W: *Interakcyjne uwarunkowania rozwoju i zaburzeń mowy*. Red. M. Michalik, A. Siudak, H. Pawłowska-Jaroń. W: „Nowa Logopedia". T. 4. Kraków, Collegium Columbinum 2013, s. 81–105.

Panasiuk J.: *Terapia zaburzeń mowy u chorych neurologicznie a mechanizmy neuroplastyczności*. W: *Diagnoza i terapia logopedyczna osób dorosłych i starszych*. Red. M. Michalik. W: „Nowa Logopedia". T. 5. Kraków, Collegium Columbinum 2014, s. 41–65.

Panayiotopoulos C.P.: *The new ILAE report on terminology and concepts for organization of epileptic seizures: a clinician's critical view and contribution*. "Epilepsia" 2011, no. 52 (12), s. 2155–2160.

Popielarska, E. Szczepanik E.: *Zaburzenia psychiczne w padaczce*. W: *Psychiatria wieku rozwojowego*. Red. A. Popielarska, M. Popielarska. Warszawa, Wydaw. Lekarskie PZWL 2000, s. 301-308.

Psychiatria wieku rozwojowego. Red. A. Popielarska, M. Popielarska. Warszawa, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich 1989.

Słowińska M., Jóźwiak S.: *Postępy w rozpoznawaniu i leczeniu padaczki w przeszłości oraz wyzwania współczesnej epileptologii*. „Neurologia Dziecięca" 2017, vol. 26, nr 53, s. 11–17.

Thurman D.J. et al.: *ILAE Commission on, Epidemiology. Standards for epidemiologic studies and surveillance of epilepsy*. „Epilepsia" 2011, no. 52, Suplement 7, s. 2–26.

Vingerhoets G.: *Cognitive effects of seizures*. "Seizure" 2006, no. 15, s. 221–226.

Zając A. et al.: *Symptomatologia padaczki częściowej u dzieci*. „Epileptologia" 2005, no. 13, s. 199–213.

„Logopedia Silesiana", t. 7, ISSN 2391-4297
DOI 10.31261/LOGOPEDIASILESIANA.2018.07.07
(cc) BY-SA

Mieczysław Chęciek
Uniwersytet Humanistycznospołeczny SWPS w Warszawie, studia podyplomowe: Neurologopedia
0000-0003-0757-7366

Sylwia Kozłowska-Stoch
Placówki oświatowo-wychowawcze we Wrocławiu: Punkt Przedszkolny „Dziarskie Smyki", Żłobki „Kolorowe Misie", Przedszkole i Żłobki „Akademia Delfinka", Przedszkole Publiczne „Pod Wierzbami"
0000-0002-8786-1633

Zastosowanie technik poznawczo-behawioralnych w leczeniu stanów logofobii Studium przypadku

Cognitive Behavioural Techniques in Logophobia Treatment: A Case Study

Abstract: Basing on a case study, this article presents the theoretical and practical investigations into the use of cognitive behavioural techniques in the logophobia therapy. It discusses the role of psychological therapy in the context of fluency of speech disorders and analyses cognitive behavioural techniques. Moreover, it presents the practical application of cognitive behavioural trends, taking into consideration the implications of speech therapy. The case study is devoted to a man diagnosed with physiological stuttering of a mixed, tonic-clonic type, and deep logophobia. The subject of this article is a therapy plan, its results for the patient, and recommendations it poses for future treatment. The case study reveals the positive influence of psychological therapy on the patient's progress in the context of fluency of speech and decrease in the fear of speaking.

Key words: logophobia, cognitive behavioural techniques, stuttering, psychological therapy, therapy plan

Logofobia w terapii poznawczo-behawioralnej

Logofobia jest to stan lęku przed wypowiadaniem się oraz nawiązywaniem kontaktów społecznych. Jest to również stan towarzyszący zaburzeniom płynności mowy. Stany logofobii są rozumiane w literaturze jako wywodzące się z zaburzeń z zakresu lęku społecznego. Naukowcy dowiedli, że w przypadku osób zmagających się z logofobią stwierdza się wyższy wskaźnik takiego lęku[1].

[1] A. Craig: *Evidence-Based Practice in the Treatment of Adolescent and Adult Stuttering: What Do We Know and What Works? ASHA 2007 Convention, Fluency Division Seminar*. https://www.asha.org/Events/convention/.../1718_Craig_Ashley/ [data dostępu: 21.10.2018].

W ujęciu psychologicznym jako przyczynę powstawania jąkania można wskazać stłumione negatywne emocje, nadmierną próbę kontroli mówienia, niską samoocenę oraz strach przed oceną ze strony rozmówcy. Zgodnie z definicją psychologiczną, stany logofobiczne mogą wywodzić się z objawów pozajęzykowych z zaburzeń psychicznych.

Nieleczona logofobia – w kontekście przytoczonej w niniejszej pracy literatury – może prowadzić do pojawienia się wyuczonej bezradności w sferze językowej, czyli przewidywania wystąpienia trudności w mowie oraz nie podejmowania wysiłku zwalczania ich, a także do obniżenia nastroju oraz braku postępów w terapii jąkania, co obrazuje opisany w artykule przypadek.

W leczeniu logofobii terapeuci rzadko sięgają po metodologię nurtu poznawczo-behawioralnego. Kierunek ten pozostaje niedokładnie zbadany i opisany, a istniejąca literatura przedmiotu jest trudno dostępna. Wspomniana niepopularność może wynikać z braku dobrego kontaktu pomiędzy psychologiem a terapeutą jąkania, uwarunkowań środowiskowych, niechęci pacjenta do korzystania z pomocy psychologicznej lub braku przekonania o wpływie psychiki na powstawanie zaburzeń niepłynności mowy.

Mimo to nieliczni uczeni z całego świata podjęli się prób zbadania wpływu terapii poznawczo-behawioralnej (CBT) na stany logofobiczne. Australijscy naukowcy dowiedli, że może ona pozwolić na skuteczne zmniejszenie u osób z niepłynnością mowy lęku społecznego oraz zwiększenia zaangażowania w inicjowanie kontaktów społecznych w życiu codziennym. Jako przydatne w terapii jąkania wskazują ekspozycje na bodziec (w tym przypadku będą to sytuacje społeczne) oraz eksperymenty behawioralne. Badacze podkreślili ponadto, że takie komponenty CBT bywają stosowane przez terapeutów jąkania, tylko że funkcjonują pod innym nazewnictwem[2].

Szwedzka logopedka, foniatra oraz audiolog Margareta Lundskog przeprowadziła badanie, którego celem było sprawdzenie, czy terapia poznawczo-behawioralna jest skuteczna w przypadku leczenia niepłynności mowy[3]. Przedstawiła przypadek 25-letniej kobiety z łagodną logofobią. Kobieta funkcjonowała biopsychospołecznie zadowalająco dla niej samej, lecz jąkanie ujawniało się w sytuacjach stresowych. Badana przeszła cykl 10 spotkań w nurcie CBT, po którym stwierdziła, że nastąpiła u niej pozytywna zmiana w sposobie myślenia oraz jest gotowa na podejmowanie nowych wyzwań. Uznała, że terapia pozwoliła jej spojrzeć na problemy z nowej perspektywy oraz nauczyć się nowych sposobów reagowania na sytuacje kryzysowe dla niej (rozmowa przez telefon, prezentacja w pracy). Chociaż jąkanie w trakcie terapii nie ustało, a stany logofobii wciąż

---

[2] G.R. Menzies et al.: *Cognitive Behavior Therapy for Adults Who Stutter. A Tutorial for Speech-Language Pathologists*. „Journal of Fluency Disorder" 2009, vol. 34, s. 187–200

[3] Zob. M. Lundskog: *Cognitive Behavioral Therapy (CBT) for Stuttering Disorder. A Case Study*. „Psykoterapeutexamensuppsats" 2012.

się zdarzają, to pacjentka podkreśla większy komfort psychiczny, a także większą akceptację samej siebie i łagodniejsze traktowanie swoich potknięć. Badaczka wskazuje, że skuteczność technik poznawczo-behawioralnych to połączenie analizy konkretnych zachowań pacjenta i analizy jego stanów psychicznych. Dokonuje się więc rozszerzenia perspektywy na aspekt psychologiczny i sprawy osobiste. Pacjent może korzystać ze wsparcia terapeutycznego również w kwestii swojej samooceny, a nie wyłącznie technik mówienia. W artykule, odnosząc się do większego komfortu życia pacjentki po przejściu terapii oraz zwiększenia się u niej samoświadomości, Lundskog zawarła stwierdzenie, że w CBT nie oferuje się lekarstwa na jąkanie, ale proponuje narzędzia do pracy nad tym zaburzeniem.

Australijski profesor Ashley Craig, powołując się na wyniki badań przedstawione przez innych naukowców (m.in. Bruce'a Schneiera), uznał, że przyczyny logofobii są analogiczne do przyczyn innych fobii, a ta odpowiedniość dotyczy w konsekwencji leczenia za pomocą terapii poznawczo-behawioralnej. W badaniu przeprowadzonym przez naukowca u większości starszych dzieci, u których zastosowano techniki CBT, nastąpiło znaczne zmniejszenie niepłynności mowy. Sam proces mowy stał się bardziej naturalny i płynny, dzieci zaś zaczęły mówić z szybkością zbliżoną do tej obserwowanej u rówieśników bez zaburzenia.

Analizując wyniki badań terapeutów oraz uczonych z całego świata, można zaobserwować zapotrzebowanie na stosowanie terapii poznawczo-behawioralnej w procesie upłynniania mowy u osób jąkających się. Terapia ta daje nadzieje zarówno osobom cierpiącym na niepłynność mowy, jak i ich rodzinom. Należy pamiętać, że wyleczenie niepłynności mowy jest rezultatem uzupełniających się działań określonych na gruncie wielu dziedzin, a nie wynikiem terapii prowadzonej przez jednego specjalistę.

W świetle przedstawionych badań terapię psychologiczną poznawczo-behawioralną można uznać za skuteczną w zakresie zwiększenia pewności siebie oraz wytworzenia nowych strategii radzenia sobie ze stanami logofobii w przypadku pacjentów z niepłynnością mowy.

Problem badawczy i cel

W niniejszym studium przypadku opisano zastosowanie technik poznawczo-behawioralnych w zmniejszaniu stanów logofobii. Głównym celem przeprowadzonych spotkań terapeutycznych było polepszenie funkcjonowania osoby dotkniętej niepłynnością mowy oraz zrealizowanie wybranych przez nią założeń. Celem badawczym zaś było sprawdzenie wpływu technik poznawczo-behawioralnych na terapię niepłynności mowy. Charakterystyki społecznej oraz klinicznej pacjenta dokonano na podstawie wywiadów logopedycznych i psychologicznych,

obserwacji, notatek sporządzonych podczas terapii logopedycznej i psychologicznej, zadań zlecanych pacjentowi jako praca domowa oraz wiadomości wymienianych z nim drogą e-mailową.

Opis przypadku

Charakterystyka społeczna

Badanym był 22-letni student z niepłynnością mowy oraz rozpoznaniem głębokiej logofobii. Marcin wychował się w 4-osobowej rodzinie mieszkającej w niewielkim miasteczku. Mama jest z zawodu nauczycielką (aktualnie na emeryturze), a ojciec mechanikiem. Mężczyzna ma o 3 lata starszego brata, który wyjeżdża regularnie do Anglii w celach zarobkowych. Badany określa relacje w rodzinie jako prawidłowe, lecz nie za bliskie. Matkę opisuje jako czasami nadmiernie opiekuńczą i kontrolującą, zaś ojca jako ugodowego, mniej rygorystycznego i traktującego synów bardziej dojrzale. Oboje rodzice są zaangażowani w terapię Marcina, ale to z ojcem rozmawia on na temat postępów. Mama jest skupiona na egzekwowaniu ćwiczeń i motywowaniu do ich wykonywania. Rodzina jest religijna, co przekłada się na zainteresowania badanego – był ministrantem, planował wstąpić do seminarium duchownego, należy do kółka religijnego. Rodzice wspierają syna materialnie i są zainteresowani przebiegiem jego studiów.

Pierwsze problemy z niepłynnością mowy wystąpiły u Marcina, kiedy uczęszczał do I klasy szkoły podstawowej. Wcześniej badany ani jego rodzina nie zauważali żadnych objawów zwiastujących jąkanie. Podczas czytania tekstu z czytanki chłopiec zaczął mieć trudności z płynną mową.

Rówieśnicy początkowo nie zwracali uwagi na niepłynność, lecz badany czuł się coraz gorzej pod względem akceptacji przez grupę. Pojawiło się u niego przeświadczenie, że „nie pasuje do towarzystwa", jest inny, niedostosowany, nie spełnia wymogów. Wrażenie to pogłębiało się wraz z wiekiem, wpływając bezpośrednio na powstawanie logofobii.

Okres pobytu w gimnazjum (według Jeana Piageta, jest okres przejściowy pomiędzy byciem dzieckiem a dorosłością) wpłynął traumatycznie na badanego. Doznał on odrzucenia przez grupę rówieśników, z którą się utożsamiał, a wszystkie oznaki drwin i szykan zostały przez niego odebrane bezkrytycznie, co jest oznaką niskiego poczucia własnej wartości. Wystąpiły charakterystyczne w logofobii reakcje: wycofanie się z kontaktów społecznych, unikanie podejmowania prób tworzenia więzi społecznych, niemówienie o swoich przeżyciach. Nastąpiło zubożenie emocjonalne, badany odciął się od swoich emocji, co mogło pogłębić problem niepłynności mowy, tworząc błędne koło.

Charakterystyka kliniczna

Mężczyzna został zdiagnozowany jako osoba jąkająca się w 2012 roku. Miał wtedy 17 lat i był uczniem liceum ogólnokształcącego. Został objęty terapią logopedyczną. Diagnoza wskazała na zaburzenia komunikacji językowej, jąkanie typu mieszanego (czyli kloniczno-toniczne),w stopniu umiarkowanym oraz objawy lęku przed mową powodowanego obawą przed wystąpieniem jąkania (czyli logofobii) w stopniu głębokim. Odnotowano również współruchy mięśniowe wraz z objawami wegetatywnymi i psychologicznymi towarzyszącymi niepłynności mowy na poziomie umiarkowanym. Tempo mówienia zdiagnozowano jako nierówne, w kierunku przyspieszonego. Terapia logopedyczna podjęta w Gabinecie Zaburzeń Mowy i Głosu Specjalistycznego Centrum Terapii Jąkania w Wodzisławiu Śląskim obejmowała: spotkania terapeutyczne (w tym kilkugodzinną, rodzinną sesję diagnostyczno-terapeutyczną), nauczenie i zastosowanie przez pacjenta mowy terapeutycznej, turnusy terapeutyczne, zalecenia postępowania dla pacjenta, jego najbliższej rodziny i pedagogów oraz stały kontakt telefoniczny z neurologopedą. Marcin uczestniczył dotychczas w 2 turnusach oraz w 2 miniturnusach terapeutycznych. Podczas tych zjazdów był pod opieką specjalisty od leczenia niepłynności mowy oraz jego zespołu, który tworzyli logopedzi, neurologopedzi, psycholodzy oraz wolontariusze. Zrealizowano Intensywny program terapii grupowej dla osób jąkających się, w ramach którego odbyła się terapia grupowa logopedyczno- psychologiczna oraz indywidualna terapia logopedyczna. Terapię indywidualną prowadzono dla wzmocnienia efektów terapii grupowej. Gwarantowało to kompleksowe podejście do pacjenta. Utrwalono technikę przedłużonej mowy, stosowano ćwiczenia dykcyjno-emisyjne, techniki relaksacyjne, ćwiczenia psychologiczne oraz techniki mające na celu zwiększenie samooceny. Stworzono przyjazne dla osób z niepłynnością mowy środowisko i atmosferę wzajemnego zaufania. Marcin wypełniał również na zjazdach Kwestionariusz Cooperów do Oceny Jąkania[4]. Po każdym turnusie odnotowywano wyraźną poprawę w zakresie płynności mowy oraz zmniejszenie się poziomu logofobii. Mimo to, ze względu na obserwowaną u mężczyzny nadwrażliwość, zalecano stały nadzór terapeutyczny (wsparcie ze strony rodziny i najbliższego otoczenia) oraz pomoc psychologiczną. Można wnioskować, że nie zostało to zastosowane i stąd występujące regresy. Badany podkreślał bowiem, że na turnusach czuł się bardzo dobrze (akceptowany, rozumiany, otoczony przyjaznym środowiskiem i życzliwymi osobami) i wrażliwość mowy się zmniejszyła, lecz po turnusach miewał nawroty i ataki logofobii. Może to wynikać z silnej traumy, jaką przeżył w trakcie edukacji szkolnej. Pomimo ówczesnych zaleceń terapeutycznych zdarzało się, że badany był szykanowany nie tylko przez rówieśników, ale także pedagogów, którzy oceniali mowę chłopca na forum klasy, co dodatkowo powodowało u niego obniżenie samooceny.

[4] M. Chęciek: *Kwestionariusz Cooperów do Oceny Jąkania*. Lublin, Orator 2001; Idem: *Jąkanie. Diagnoza – terapia – program*. Kraków, Impuls 2012.

Pacjent bierze udział w szkoleniach i konferencjach organizowanych przez Mieczysława Chęćka w całej Polsce, na których prezentuje techniki mowy terapeutycznej. To doświadczenie działa na niego pozytywnie, aktywizuje go do mówienia i konfrontuje z własnymi ograniczeniami.

Mimo niechęci pacjenta do psychoterapii okazała się ona skuteczna i pomocna. Pacjent w podsumowaniu ocenił ją jako ważną. Od listopada 2016 do marca 2017 roku Marcin uczestniczył w krótkoterminowej terapii psychologicznej z wykorzystaniem technik poznawczo-behawioralnych. Pozostaje pod stałą opieką logopedyczną i terapeutyczną SCTJ w Wodzisławiu Śląskim.

Metody psychologiczne oraz narzędzia badawcze zastosowane w terapii

Na początku rozpoczęcia terapii badany wykazywał stany głębokiej logofobii, w największym stopniu w sytuacjach szkolno-zawodowych (według Kwestionariusza Cooperów do Oceny Jąkania), co implikowało możliwe trudności ze znalezieniem akceptującej go grupy rówieśników. Terapeuta zastosował techniki psychologiczne w celu zniwelowania stanów logofobicznych. Podczas terapii mężczyzna sumiennie współpracował oraz wykazywał silną motywację do osiągnięcia sukcesu terapeutycznego.

Zastosowano następujące psychologiczne oraz logopedyczne techniki badawcze:

1. Kontrakt terapeutyczny.
2. Wywiad.
3. Obserwacja.
4. Wiadomości przekazywane drogą elektroniczną (e-maile).
5. Techniki nurtu poznawczo-behawioralnego.
6. Eksperyment psychologiczny.
7. Zadania domowe polegające na samoobserwacji.

Za narzędzia badawcze posłużyły:

1. Kwestionariusz Cooperów do Oceny Jąkania (Cechy Określające Istotę Jąkania oraz Ocena Reakcji Unikania), w adaptacji Mieczysława Chęćka[5]. W pierwszej próbie badany uzyskał wyniki 5/25. Wskazuje to na nieznaczne doszukiwanie się w jąkaniu przyczyn życiowych niepowodzeń oraz ograniczeń. W drugiej próbie badany uzyskał taki sam wynik, co wskazuje na brak zmiany w postrzeganiu przyczyn jąkania. Odnotowano natomiast zmianę w odniesieniu do samych twierdzeń zawartych w kwestionariuszu. Zwrot związany z jąkaniem utrudniającym znalezienie kolegów został oceniony w drugiej próbie jako nieprawdziwy, tak samo jak zwrot świadczący o byciu ocenianym negatywnie z powodu niepłynności mowy. Może wskazywać to na wyraźny wzrost samo-

[5] M. Chęciek: *Kwestionariusz Cooperów…*

oceny i nawiązanie relacji rówieśniczych w trakcie trwania terapii. Nastąpiło przekierowanie uwagi na niepłynność mowy jako główny problem w aktualnej sytuacji życiowej. Należy to uznać za optymistyczny rezultat, ponieważ świadczy o zdaniu sobie sobie sprawy przez badanego z ogromu własnych możliwości i bardzo dobrego funkcjonowania w wielu aspektach biopsychospołecznych. W ciągu wszystkich spotkań zauważono tendencję badanego do częstszego doceniania pozytywnych aspektów jego życia.

2. Kwestionariusz wywiadu – kwestionariusz opracowany przez prof. Zbigniewa Tarkowskiego, służący do podsumowania informacji na temat funkcjonowania pacjenta od najwcześniejszych lat jego życia[6].
3. Dokumentacja neurologopedyczna (orzeczenia, diagnozy, nagrania) – dokumenty wystawione przez Specjalistyczne Centrum Terapii Jąkania, Gabinet Zaburzeń Mowy i Głosu, w Wodzisławiu Śląskim), nagrania wykonane przez terapeutę Mieczysława Chęćka.
4. Racjonalna samoanaliza (RSA) – karta służąca do opisu i analizy konkretnej sytuacji wywołującej negatywne skojarzenia nasilające stany logofobii (1992)[7].
5. Koło emocji Plutchika – wykres kołowy mający pomóc pacjentowi odblokować emocje oraz zwrócić jego uwagę na przeżywane przez niego oraz inne osoby stany emocjonalne[8].
6. Wywiad wzmacniający motywację – rodzaj wywiadu, w którym bada się: chęć zmiany, gotowość do zmiany i zdolność do zmiany. Jest to bardziej metoda komunikacji niż zbiór technik[9].
7. Teksty motywacyjne pochodzące z książek: *Terapia poznawcza zaburzeń lękowych. Praktyczny podręcznik i przewodnik po teorii* Adriana Wellsa[10] oraz *Lęk i fobia. Praktyczny podręcznik dla osób z zaburzeniami lękowymi* Edmunda J. Bourne'a[11].

Przebieg terapii

W prowadzonej terapii wykorzystano technikę kontraktu terapeutycznego. Zgodnie z regułą, tworzą go terapeuta i pacjent podczas pierwszego spotkania. Kontrakt pozwala ustrukturyzować formułę spotkań i zapewnić atmosferę wza-

[6] Z. Tarkowski: *Jąkanie*. Warszawa, Wydaw. Naukowe PWN 1999.

[7] M.C. Maultsby jr.: *Racjonalna terapia zachowania. Podręcznik terapii poznawczo-behawioralnej*. Poznań, Wulkan 1992.

[8] Zob. Plutchik R.: *Emotion: A Psychoevolutionary Synthesis*. New York, Harper and Row 1980; http://www.historiasztuki.com.pl/ilustracje/film/Plutchik-wheel.jpg.

[9] A. Kokoszka: *Wprowadzenie do terapii poznawczo-behawioralnej*. Kraków, Wydaw. Uniwersytetu Jagiellońskiego 2009.

[10] A. Wells: *Terapia poznawcza zaburzeń lękowych. Praktyczny podręcznik i przewodnik po teorii*. Kraków, Wydaw. Uniwersytetu Jagiellońskiego 2010.

[11] J.E. Bourne: *Lęk i fobia. Praktyczny podręcznik dla osób z zaburzeniami lękowymi*. Wydaw. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2011.

jemnego szacunku i zaufania. W kontrakcie określone są czas, miejsce, warunki odwoływania spotkań, sposoby kontaktowania się w czasie pomiędzy spotkaniami oraz zasady obowiązujące w trakcie terapii. Przestrzeganie kontraktu oraz odwoływanie się do niego w razie odstępstw przybliża osiągnięcie sukcesu terapeutycznego, na który składają się cele i oczekiwania pacjenta. Terapeuta pomaga pacjentowi określić problem oraz możliwości jego rozwiązania, dopytując o poszczególne etapy realizacji tak określonego celu:

- Jaki jest problem?
- Jakie nielogiczne myśli i przesłania istnieją na temat problemu?
- Jakie reakcje (emocjonalne, fizjologiczne i poznawcze) wiążą się z problemem?
- Jakie przekonania (postawy, oczekiwania i zasady) są związane z początkiem powstania problemu?
- Po czym poznamy, że cel został osiągnięty?
- W jaki sposób można go osiągnąć?
- Jaki czas wyznaczamy na zrealizowanie celu?
- W opisywanym przypadku, celami były:
- Zwiększenie pewności siebie oraz samooceny w kontaktach z innymi osobami. Za kryterium zrealizowania celu przyjęto wyjście z inicjatywą wobec grupy rówieśników co najmniej 3 razy w ciągu terapii.
- Mówienie mową terapeutyczną według metody dr. Chęćka, zastosowanej podczas całej terapii logopedycznej. Za kryterium zrealizowania celu przyjęto 5 wystąpień publicznych z zastosowaniem wspomnianej techniki.
- Podjęcie stażu lub praktyki.
- Wszystkie cele zostały zrealizowane w czasie trwania terapii. Wyznaczanie celu wiąże się z konceptualizacją problemu, czyli skupieniem się na sprawie, stanowiącej dla pacjenta problem. Wskazany problem nie może być określony zbyt ogólnie ani trudny do zobrazowania adekwatnym zachowaniem.

W psychologii kontakt terapeutyczny jest charakteryzowany jako zaangażowanie się w proces terapii zarówno pacjenta, jak i terapeuty, a także dobre ich wzajemne relacje, wyrażające się akceptacją, spontanicznością oraz brakiem skrępowania i defensywnych zachowań[12]. Według najnowszych badań, jakość przymierza terapeutycznego jest znacząca dla powodzenia terapii. Wpływ mają na to również afirmacje (rozumiane, jako wzajemne pozytywne emocje), zgodność w ocenianiu ważnych aspektów terapii, dostrojenie emocjonalne, osobiste zaangażowanie oraz styl oparty na współpracy[13]. Wszystkie wspomniane warunki zostały spełnione w opisywanej relacji terapeutycznej.

Kolejną z wybranych metod był wywiad. W trakcie przeprowadzania wywiadu stosowano jego formę aktywną, czyli zadawanie pytań. Początkowe wypowiedzi

[12] A. Kokoszka: *Wprowadzenie do terapii poznawczo-behawioralnej*. Kraków, Wydaw. Uniwersytetu Jagiellońskiego 2009.

[13] Ibidem.

pacjenta były lakoniczne, natomiast na kolejnych spotkaniach stawały się bardziej rozbudowane, refleksyjne. Wywiadu nie zakończono na pierwszym spotkaniu ze względu na specyfikę przypadku, był kontynuowany na kolejnych. Podczas wypowiedzi badanego na temat spraw traumatycznych zaobserwowano epizody „zblokowania". Na wywiad składały się również następujące elementy: skalowanie problemu (skala od 0–10, w odniesieniu do sytuacji: obecnej, za miesiąc, rok, 5 lat), „burza mózgów" (na podstawie pytań psycholog i pacjent zastanawiają się nad możliwymi rozwiązaniami), argumenty „za" i „przeciw" (podawanie w wątpliwość prawdziwość wszystkich przekonań), omówienie obaw przed zmianą, wizualizacja możliwych konsekwencji.

Podczas terapii odnotowano wystąpienie tzw. oporu terapeutycznego. Jest to aspekt każdego działania terapeutycznego zorientowanego na osiągnięcie sukcesu. Badany nie miał chęci uczestniczenia w spotkaniu. Rozpoczęto dialog terapeutyczny. Pacjent stwierdził, że ma gorszy dzień i że w niczym nie widzi sensu . Wyraził także obawę, że nie będzie nigdy w stanie wyzbyć się niepłynności mowy. Był w złym nastroju. Terapeuta uznał to za właściwy moment, by wskazać, że jednak istnieje taka możliwość, oraz wyrazić swoją akceptację wobec różnych emocji. Zastosował ćwiczenia zwiększające samoocenę, które miały obudzić w pacjencie jego ukryte zasoby. Ćwiczenia były nieingerujące w historię niepłynności mowy, niekonfrontujące pacjenta z przykrymi zdarzeniami z przeszłości. Ich cel stanowiło skupienie się najpierw na wymarzonej przyszłości w aspekcie rodziny, znajomości, pracy, a następnie na podkreślaniu dotychczasowych osiągnięć pacjenta. Wiązały się z akcentowaniem naturalnych zasobów i umiejętności pacjenta, które już posiada. Jednym z ćwiczeń było wizualizowanie kolejnych 5 lat w aspekcie zawodowym, skalowanie problemu jąkania wobec innych problemów, stworzeni listy dotychczasowych osiągnięć oraz osobistej karty praw.

Kiedy udało się złagodzić u pacjenta opór i negatywne emocje, można było przejść do analizy sytuacji logofobicznych. Przykładem takiego ćwiczenia jest wypełnienie karty RSA, służącej do analizy danej sytuacji (ilustracja 1).

W podanym przykładzie pacjent analizuje wraz z terapeutą zaistniałą sytuację, odwołując się do zdrowego myślenia (w tym kontekście myślenia służącego zdrowiu biopsychospołecznemu badanego). Uczy się nowego sposobu myślenia o znanych mu sytuacjach oraz nowego sposobu reagowania. Wypełnianie karty RSA stanowiło zarówno stały element spotkań terapeutycznych, jak również formę zadania domowego. Zadania domowe stanowią rodzaj działania niezbędnego w terapii prowadzonej za pomocą technik nurtu poznawczo-behawioralnego. W celu przybliżenia pracy, jaką wykonano z pacjentem, przedstawiamy kilka przykładów takich zadań. Na pierwszym spotkaniu powiadomiono pacjenta o potrzebie systematycznego wykonywania zadań domowych, jeżeli terapia ma przynieść pożądane efekty. Badany był pozytywnie nastawiony do tego działania, co stwierdzono na podstawie obserwacji (m.in. postawy ciała) i uważnego słuchania wypowiedzi. Świadczyło o tym także to, że badany był zawsze przygo-

Racjonalna samoanaliza (RSA)
Najbardziej efektywnym do pracy tą metodą jest czas, gdy odczuwamy najsilniejszy ból emocjonalny, gdy niepożądane emocje zakłócają nasze życie, na przykład gdy strach nie pozwala zasnąć. W takich momentach niezdrowe przekonania będą łatwiejsze do zidentyfikowania, ponieważ właśnie o nich myślisz, ich doświadczasz.

Pięć pytań – zasady zdrowego myślenia
Czy ta myśl jest oparta na oczywistych faktach?
Czy ta myśl pomaga mi chronić moje zdrowie i życie?
Czy ta myśl pomaga mi osiągnąć moje bliższe i dalsze cele?
Czy ta myśl mi pomaga uniknąć najbardziej niepożądanych konfliktów i rozwiązać je?
Czy ta myśl pomaga mi czuć się, tak jak się chce czuć, bez używania żadnych substancji (leków, używek)?

Cechy zdrowego myślenia
Zdrowe myślenie echuje się spełnieniem co najmniej trzech spośród pięciu wymienionych zasad.
Wszystkie zasady są równoważne.

1. A. Zdarzenie aktywujące Opisz krótko, co się zdarzyło, lub sytuację, w której jesteś.	**7. ZA. Test kamerą** Jeżeli spostrzegłeś coś, czego nie zarejestrowałaby kamera, popraw to na to, co zarejestrowałaby kamera w sytuacji A.
4. B. Twoje przekonania Twoje szczere myśli o A. B1 B2 itd.	**8. ZB. Zdrowa debata z B** Nowe zdrowe myśli zamiast niezdrowych myśli z rubryki B Odpowiedz „tak" lub „nie" na każde racjonalne pytanie o każdym zdaniu B lub napisz ND (nie dotyczy). Następnie zapisz zdrowy, alternatywny dialog wewnętrzny dla każdej niezdrowej myśli B i „To jest zdrowe" dla każdej zdrowej myśli B. ZB1 ZB2 itd.
2. C. Odczucia emocjonalne Co czułeś? (np. przygnębienie, smutek, złość)	**5. ZC. Oczekiwane nowe emocje** Co chcesz czuć w podobnych sytuacjach? (np. spokój, optymizm, radość)
3. D. Działanie Co zrobiłeś/aś? Jak się zachowałeś/aś?	**6. ZD. Oczekiwane nowe działanie** Co chcesz zrobić w podobnej sytuacji? Jak chcesz się zachować?

Ilustracja 1. Karta RSA – racjonalnej samoanalizy
Źródło: Opracowanie własne.

towanym do spotkania. Nawet mniejsza motywacja podczas jednego z ostatnich spotkań (związana z czasowym kryzysem) nie wpływała na sumienność w wykonywaniu ćwiczeń. Zadania domowe były ukierunkowane na osiągnięcie celów. Zlecane ćwiczenia starano się zmieniać, tak aby były różnorodne.

Koło emocji Plutchika było materiałem, do którego pacjent odwoływał się na każdym ze spotkań. Jest to schemat, który obrazuje, jak wiele emocji istnieje w życiu codziennym. Celem włączenia do terapii pracy z kołem emocji było wspieranie u pacjenta poszerzenia samoświadomości oraz wchodzenia w dialog z samym sobą.

Kolejnym z zadań domowych było wybranie przez pacjenta dowolnej aktywności sportowej (z wyjątkiem ćwiczeń z ciężarami), którą będzie podejmował systematycznie w trakcie trwania spotkań terapeutycznych, co najmniej 2–3 razy w tygodniu. Spośród ćwiczeń usprawniających oddychanie oraz rozluźniających mięśnie pacjent wybrał pływanie. Ponadto badany miał prowadzić dziennik aktywności, w którym będzie zapisywał swoje emocje przed pójściem na basen oraz po powrocie. Prowadzenie dziennika związanego z samoobserwacją miało skłonić do zastanawiania się nad odczuwanymi emocjami, wspierać rozwój samoświadomości oraz akceptację samego siebie. Zadanie pozwoliło pacjentowi zauważyć różne emocje, które odczuwał nie tylko w związku z niepłynnością mowy, ale również z wieloma innymi aspektami życia. Przykładowy zapis z dziennika przedstawiono na ilustracji 2.

Dzień	Emocje przed aktywnością sportową	Emocje po aktywności sportowej	Refleksje
Wtorek	rozdrażnienie, niechęć, zaduma	chęć do działania, radość	warto wspomagać terapię sportem

Ilustracja 2. Przykład zapisu w dzienniku samoobserwacji
Źródło: Opracowanie własne.

Inne z zadań domowych polegało na psychoedukacji. Terapeuta przekazywał badanemu (pocztą elektroniczną) opracowania poświęcone radzeniu sobie z dysfunkcyjnymi myślami oraz motywowaniu się do ciągłej pracy. Teksty dotyczyły przede wszystkim opracowywania indywidualnych technik i struktur pozwalających na polepszenie funkcjonowania z własnymi ograniczeniami. Skupiono się na logofobii i próbach zaakceptowania własnych ograniczeń po to, aby móc skutecznie z nimi walczyć.

Analiza efektów terapii

Mężczyzna zauważył poprawę funkcjonowania na wielu płaszczyznach. W czasie trwania terapii zdobył nowych kolegów, wśród osób uczestniczących wraz z nim w projekcie studenckim, oraz wyszedł wiele razy wobec grupy rówieś-

ników z inicjatywą nawiązania kontaktu towarzyskiego. Spotkania z psychologiem określał jako wspomagające jego rozwój oraz przełomowe w myśleniu o sobie, świecie i przyszłości. Zauważył, że baczniej przygląda się swoim emocjom, oraz że nauczył się nieznanych mu dotąd technik dotyczących zmiany myślenia. Nowością dla niego była możliwość przeżywania negatywnych emocji i mówienia na ich temat otwarcie. Zmienił również zdanie na temat profesjonalnej pomocy psychologicznej. Dotychczas uważał działania psychologów za mało efektywne oraz skupione głównie na relaksacji. Zaobserwował u siebie bardzo duże zmiany związane z regularnym pływaniem – rozluźnienie spiętych mięśni obręczy barkowej, a także polepszenie samopoczucia. Na ostatnim spotkaniu mówił o swoim rozluźnieniu w aspekcie nie tylko fizycznym, ale również psychicznym. Regularność w sporcie wzmocniła jego motywację do regularności w stosowaniu zaleceń terapeutycznych w zakresie niepłynności mowy. Mówił o pojawieniu się optymizmu, pewnej pokory, a także podziwu wobec tego, jak sport może korzystnie wpływać na życie codzienne. Niektóre z proponowanych ćwiczeń badany postrzegał jako nieefektywne bądź nudne. Dotyczyło to jednak tylko kilku z całego spektrum zaleconych ćwiczeń. Niektóre (tort odpowiedzialności, karta racjonalnej samoanalizy, „za 5 lat będę…") zostały odebrane bardzo pozytywnie, z zaciekawieniem oraz jako szczególnie przydatne.

Na początku terapii w ocenie reakcji unikania badany uzyskał w zakresie sytuacjach społecznych 17 punktów, zaś w zakresie sytuacji szkolno-zawodowych 22 punkty. Oznaczało to logofobię w stopniu głębokim. Występowała ona bardziej w sytuacjach szkolno-zawodowych, co mogło się wiązać z obawą przed prezentacjami studenckimi oraz reakcją innych osób (rówieśników) na niepłynność mowy. W późniejszej próbie badany uzyskał w sytuacjach społecznych 6 punktów, a w sytuacjach szkolno-zawodowych 19 punktów. Wskazuje to na wyraźną poprawę w kontekście reakcji na sytuacje stresowe, lecz także wciąż obecną dysproporcję pomiędzy sytuacjami społecznymi a szkolnymi. Badany w trakcie spotkań sam zauważał, że sytuacje takie jak pójście do sklepu, rozmowa przez telefon ze znajomym czy na nieformalnym spotkaniu są dla niego mało stresujące, natomiast sytuacje, z którymi ma do czynienia na uczelni, wywołują w nim największy stres i lęk przed mówieniem. W ogólnej skali badany uzyskał 19 punktów, co klasyfikuje jego reakcje unikania mówienia jako umiarkowane.

Terapia w podsumowaniu została określona przez mężczyznę jako dająca nadzieje na przyszłość, zachęcająca do rozwoju oraz pogłębiania samoświadomości. Badany wykazał chęć uczestniczenia w regularnych spotkaniach z psychologiem, ponieważ zauważył, że dzięki terapii nastąpiła u niego poprawa funkcjonowania w ważnych dla siebie strefach.

Implikacje diagnostyczno-terapeutyczne wyników terapii

Analiza przebiegu terapii oraz wyników dwukrotnego badania przeprowadzonego za pomocą fragmentów Kwestionariusza Cooperów do Oceny Jąkania pozwala stwierdzić słuszność włączenia elementów terapii poznawczo-behawioralnej do terapii jąkania. Postępowanie terapeutyczne powinna objąć stałe wsparcie psychologiczne oraz monitorowanie postępów pacjenta z perspektywy terapii psychologicznej. Pozwala to pacjentowi na zwiększenie samoświadomości, a co za tym idzie – uporządkowanie oraz zaakceptowanie własnych emocji. Wskazane jest ukierunkowanie pracy terapeutycznej również na aspekt psychologiczny oraz wprowadzenie zadań z CBT do stałego planu terapii jąkania.

Samoocena pacjenta po zakończeniu terapii

Na podstawie samooceny dokonanej przez pacjenta można wskazać, że w czasie trwania postępowania terapeutycznego:

- Zyskał większą pewność siebie, mniej przejmuje się opinią innych osób na swój temat.
- Stworzył nowe, zdrowe, alternatywne przekonania prowadzi dialog z samym sobą, dotyczący między innymi tkwienia w przestarzałych, nieaktualnych myślach na temat rzeczywistości.
- Posługuje się mową terapeutyczną – kontynuuje proces terapeutyczny.
- Ma większy kontakt z samym sobą, polega na sobie, podchodzi z właściwym dystansem do opinii osób postronnych.
- Ma nowe hobby, jest zaangażowany w sport – w aspekcie psychologicznym przekłada się to na większą motywację do wytrwałości w terapii, w aspekcie fizycznym – na rozluźnienie spiętych mięśni.
- Zdał sobie sprawę z wielu pozytywnych stron swojego życia.

Zalecenia dla pacjenta

Na zakończenie terapii terapeuta sformułował zalecenia dla pacjenta, których celem jest utrzymanie, utrwalenie, wzmocnienie uzyskanych rezultatów:

- Kontynuowanie zaleceń terapeutycznych przekazywanych przez specjalistów ze Specjalistycznego Centrum Terapii Jąkania w Wodzisławiu Śląskim.
- Wykonywanie ćwiczeń poznawczo-behawioralnych wykorzystywanych w zadaniach domowych.
- Kontynuowanie pływania.
- Prowadzenie dialogu z samym sobą: Pytaj siebie o opinię! Jeżeli słyszysz czyjąś opinię, widzisz czyjąś reakcję, zadawaj sobie pytania. Przykłady pytań: Co

ja o tym myślę? Jak można zareagować inaczej? Z jakiego powodu on mógł tak zareagować? Czy to jest jedyna słuszna reakcja? Czy wszyscy ludzie są tacy sami? Czy wszyscy ludzie reagują w ten sam sposób? Pomocne może być koło emocji Plutchika.

- Wychodzenie z inicjatywą wobec kolegów: inicjuj kontakty towarzyskie, na przykład proponuj spotkania w trakcie przerw na uczelni, poza zajęciami. Powiąż to z punktem poprzednim – zadawaniem sobie pytań. Nie przywiązuj się do jednego stylu reagowania u kolegów, koleżanek.
- Przykładowe filmy, które warto zobaczyć: *Forrest Gump*, *Żebro Adama*, *Buntownik z wyboru*, *Nietykalni*, *Poradnik pozytywnego myślenia*, *Chce się żyć*, *Co gryzie Gilberta Grape'a*, *Nazywam się Khan*, *Wszystko za życie*, *Jak zostać królem*.
- Pamiętaj o zdaniu, które wypowiedziałeś: „Nie widzę innych problemów w moim życiu, jestem zdrowy, sprawny, studiuję, mam kolegów, mam plany na przyszłość".
- Nowe ćwiczenia:
  - Zrób tabelę: po jednej stronie zapisz „Rodzaj zniekształconego myślenia", oddziel to kreską, po drugiej stronie zapisz: „Racjonalne kontrstwierdzenia" i w tej rubryce zapisuj swoje myśli alternatywne do znajdujących się w pierwszej kolumnie.
  - Prowadź dziennik ze swoimi przemyśleniami. Zapisuj codziennie datę i kilka kluczowych słów lub zdań. Badania dowiodły, że osoby prowadzące dziennik są lepiej nastawione do życia niż osoby, które tego nie robią.

Wnioski

Metody terapii poznawczo-behawioralnej okazują się skutecznym wsparciem nie tylko w leczeniu uzależnień, promowaniu zdrowego trybu życia oraz profilaktyce w edukacji, ale również w terapii jąkania. Obecnie terapia poznawczo-behawioralna, opierająca się na respektowaniu potrzeb, postaw i emocji pacjenta oraz nauce nowych zachowań, jest najskuteczniejszym rodzajem terapii, daje nadzieję na polepszenie funkcjonowania w każdej sferze. Przebieg i rezultaty opisywanego procesu terapeutycznego z zastosowaniem techniki CBT, jak również zajęcia prowadzone przez współautorkę artykułu z osobami w różnym wieku (grupy terapeutyczne w Szpitalu Psychiatrycznym we Wrocławiu oraz zajęcia z dziećmi w wieku przedszkolnym) potwierdzają słuszność przedstawionej opinii. Terapia bazuje ona na nauce nowych zachowań w zdrowy dla pacjenta sposób, dając nadzieję na polepszenie funkcjonowania w każdej sferze. W przypadku opisywanego procesu terapeutycznego Marcina zastosowane techniki przyniosły wymierny efekt, co uzasadnia kontynuację terapii zgodnie z tym nurtem.

Bibliografia

Bąbel P, Suchowierska M, Ostaszewski P.: *Analiza zachowania od A do Z*. Gdańskie Wydaw. Psychologiczne, Gdańsk 2010.

Bourne J.E.: *Lęk i fobia. Praktyczny podręcznik dla osób z zaburzeniami lękowymi*. Wydaw. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2011.

Brzeziński J.: *Badania eksperymentalne w psychologii i pedagogice*. Warszawa, Scholar 2008.

Chęciek M.: *Jąkanie. Diagnoza – terapia – program*. Kraków, Impuls 2012.

Chęciek M.: *Kwestionariusz Cooperów do Oceny Jąkania*. Lublin, Orator 2001.

Chęciek M., Bijak E., Kamińska D.: *Jąkanie. Skuteczne techniki płynnego mówienia. TPM i TDSM w Zmodyfikowanym Programie Psychofizjologicznej Terapii Jąkających się*. Gdańsk, Harmonia 2014.

Craig A.: *Evidence-based practice in the treatment of adolescent and adult stuttering: what do we know and what works?* ASHA 2007 Convention, Fluency Division Seminar. https://www.asha.org/Events/convention/.../1718_Craig_Ashley/ [data dostępu: 21.10.2018].

Kokoszka A.: *Wprowadzenie do terapii poznawczo-behawioralnej*. Kraków, Wydaw. Uniwersytetu Jagiellońskiego 2009.

Lundskog M.: *Cognitive Behavioral Therapy (CBT) for Stuttering Disorder. A case study*. „Psykoterapeutexamensuppsats" 2012.

Maultsby jr. M.C.: *Racjonalna terapia zachowania. Podręcznik terapii poznawczo-behawioralnej*. Poznań, Wulkan 1992.

Menzies G.R. et al.: *Cognitive behavior therapy for adults who stutter. A tutorial for speech-language pathologists*. „Journal of Fluency Disorder" 2009, vol. 34, s. 187–200.

Pilch T.: *Zasady badań pedagogicznych*. Warszawa, Żak 2010.

Plutchik R.: *Emotion: A Psychoevolutionary Synthesis*. New York, Harper and Row 1980.

Sęk H.: *Psychologia kliniczna*. Warszawa, Wydaw. Naukowe PWN 2012.

Suchańska A.: *Rozmowa i obserwacja w diagnozie psychologicznej*. Warszawa, Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne 2007.

Tarkowski Z.: *Jąkanie*. Warszawa, Wydaw.Naukowe PWN 1999.

Tarkowski Z.: *Jąkanie. Księga pytań i odpowiedzi*. Gdańsk, Harmonia 2010.

Wells A.: *Terapia poznawcza zaburzeń lękowych. Praktyczny podręcznik i przewodnik po teorii*. Kraków, Wydaw. Uniwersytetu Jagiellońskiego 2010.

Węsierska K.: *Zaburzenia płynności mowy*. Katowice, Wydaw. Uniwersytetu Śląskiego 2015.

„Logopedia Silesiana", t. 7, ISSN 2391-4297
DOI 10.31261/LOGOPEDIASILESIANA.2018.07.08
(cc) BY-SA

Anna Guzy
Katedra Dydaktyki Języka i Literatury Polskiej, Wydział Filologiczny, Uniwersytet Śląski w Katowicach
0000-0002-6713-7293

Trening relaksacyjny w pracy z pacjentem z afazją Studium przypadku

Relaxation Training and Patients with Aphasia: A Case Study

Abstract: The article discusses the issue of using relaxation in work with an aphasic patient. The first part of the article presents basic information about the types and forms of relaxation. The second part presents the case study of a patient with aphasia who has refused to work with a speech therapist. This study shows that we can help such patients improve the quality of their communication (even if they are not willing to undertake speech therapy) and, as a result, change their lives (a little).

Key words: aphasia, relaxation training, case study, aphasia therapy

W codziennym życiu narażani jesteśmy na sytuacje stresowe, czyli na „niespecyficzne reakcje organizmu na jakiekolwiek wymagania na niego nałożone"[1], często jesteśmy podenerwowani, a nawet bywamy agresywni. Wynikające z tego napięcia występujące w naszym organizmie (np. zaciśnięte pięści, napięte mięśnie nóg, brzucha, pośladków, karku, szyi) przekładają się na napięcie w gardle, krtani, a tym samym na obniżenie jakości głosu oraz powstawanie barier w komunikowaniu się. W przypadku osób cierpiących na afazję, u których proces komunikowania się jest ograniczony lub całkowicie utrudniony[2], stres i doświadczanie wielu negatywnych emocji występują ze zdwojoną siłą. Od samego początku prowadzonej terapii niezwykle ważne jest zatem budowanie właściwej atmosfery podczas spotkań terapeutycznych. Stosowanie treningów relaksacyjnych może być pomocne w kształtowaniu lepszej relacji między terapeutą a pacjentem (klientem), jak również sprawić, że spotkania zostaną skojarzone z czymś przyjemnym[3], co powinno pozytywnie nastawić do pracy bardziej sceptycznych pacjentów. W zależności od

[1] W. Kalat: *Biologiczne podstawy psychologii*. Warszawa, Wydaw. Naukowe PWN 2011, s. 364.

[2] Często przy braku jakichkolwiek trudności wcześniej.

[3] W przypadku, gdy relaksacja będzie pozytywnym doświadczeniem dla biorącego w niej udział. Nie zawsze tak musi być. Niektórzy nie lubią tej formy oddziaływania. Z mojego doświadczenia (treningi relaksacyjne prowadzę wśród różnych grup od 2008 roku) wynika, że jest to niewielka grupa pacjentów, którzy między innymi mają negatywne doświadczenia związane z relak-

możliwości i potrzeb, można wykorzystywać treningi relaksacyjne jako metody pomocnicze, wspierające terapię logopedyczną lub (jak w przypadku przedstawionym w artykule) główne formy oddziaływania.

Treningi relaksacyjne

Przed prezentacją podstawowych form relaksacji, przypomnijmy, jaka jest ich główna funkcja. Istnieje wiele definicji relaksu i relaksacji[4], w opracowaniu będę rozumiała relaksację jako stan wolny od napięcia umysłowego i fizyczną wolność od stresu, a w odniesieniu do treningów uważności – skupienie się na „tu i teraz", aktualnym doświadczaniu. W treningach relaksacyjnych[5] nie chodzi wyłącznie o uzyskanie stanu spokoju, odprężenia[6], istotne jest także zwiększenie zasobów psychologicznych. Ponadto, jak zauważa Stanisław Siek: „systematyczne uprawianie treningów relaksacyjnych poprawia funkcjonowanie pamięci i uwagi, łagodzi stany napięcia psychicznego, stabilizuje reakcje emocjonalne, poprawia mniemanie o sobie, zwiększa poczucie własnej niezależności"[7].

Relaks ma powodować swoistą relację demobilizacyjną (w odpowiedzi na mobilizację spowodowaną stresem). Ta jego funkcja wydaje się szczególnie pomocna w przypadku osób odczuwających nie tylko stres, ale także lęk czy przejawiających agresję. W sytuacji mobilizacji zaczyna aktywnie pracować układ sympatyczny, a tym samym zwiększa się wydzielanie hormonów stresu:

> […] po odebraniu sygnału niebezpieczeństwa, organizm uruchamia system alarmowy, pojawia się „stan pogotowia", przygotowujący organizm do wysiłku mającego na celu poradzenie sobie z niebezpieczeństwem. Rolę systemu alarmowego pełni układ sympatyczny, który reguluje pobudzeniem oraz wzmożonym wydzielaniem adrenaliny do krwi. Adrenalina powoduje wzrost akcji serca, hamuje ruchy jelit, wzmaga wydzielanie cukru do krwi oraz zwiększa jej krze-

sacją w przeszłości, są niechętni do eksplorowana nowych form oddziaływań czy też mają trudność z poddawaniem się autosugestii, która jest elementem przeważającej części treningów.

[4] Wnikliwego czytelnika odsyłam do refleksji na ten temat, przedstawionej przez Pawła Zielińskiego w rozbudowanym studium: Zieliński: *Relaksacja w teorii i praktyce pedagogicznej*. Częstochowa, AJD 2011, s. 15–19.

[5] Należy wyraźnie rozgraniczyć określenia „relaksacja" oraz „trening relaksacyjny". Relaksacja zakłada pewną jednostkowość, podstawą treningów jest powtarzalność. Jednorazowa relaksacja może być pomocna i wspierająca, jednak gdy mówimy o chęci stosowania jej w celach terapeutycznych, domyślnie mamy na myśli działanie powtarzalne.

[6] Relaksacje zmniejszają aktywność układu sympatycznego, zmniejszają tempo przemiany materii, zwalniają i pogłębiają oddech; zob. S. Siek: *Treningi relaksacyjne*. Warszawa, Akademia Teologii Katolickiej 1990, s. 5–7.

[7] Ibidem, s. 5.

pliwość. Dochodzi do wzrostu napięcia mięśni szkieletowych z jednoczesnym zmniejszeniem dopływu krwi do skóry i do narządów[8].

Mobilizację i demobilizację można oceniać za pomocą rozmaitych wskaźników (zob. tabela 1).

Tabela 1. Wskaźniki mobilizacji i demobilizacji organizmu

Mobilizacja	Demobilizacja
Przyspieszenie akcji serca	Zwolnienie akcji serca
Większa liczba oddechów na minutę	Mniejsza liczba oddechów na minutę
Szybsza przemiana materii	Wolniejsza przemiana materii
Podwyższone ciśnienie krwi	Obniżone ciśnienia krwi
Gorsza koordynacja psychoruchowa	Lepsza koordynacja psychoruchowa
Większa sprawność procesów poznawczych: uwagi, pamięci, percepcji	Mniejsza sprawność procesów poznawczych: uwagi, pamięci, percepcji
Wzrost aktywności fal beta	Wzrost aktywności fal alfaa

(a) Fale alfa występują na krótko przed zaśnięciem i zaraz po przebudzeniu, a czasem w chwilach głębokiego zamyślenia lub skupienia. Szerzej alfa zob.: M. Mikicin, E. Mikicin: *Trening autogenny i audiowizualna relaksacja (tzw. treningi Ralpha) jako narzędzie odnowy psychosomatycznej w sporcie i rehabilitacji*. W: „Postępy Rehabilitacji" 2011, 3, s. 35–2.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: S. Siek: *Treningi relaksacyjne*. Warszawa, Akademia Teologii Katolickiej 1990, s. 20.

Badacze wyróżniają trzy typy klasycznych metod relaksu: globalne (oparte na teorii osobowości i oddziaływaniu psychoterapeutycznym), analityczne (polegające na rozluźnianiu poszczególnych grup mięśni) oraz fizjoterapeutyczne lub intuicyjne (nastawione na odkrywanie możliwości własnego ciała)[9]. W praktyce najczęściej stosowane są treningi relaksacyjne według metody Johannesa Schulza i metody Edmunda Jacobsona oraz tzw. wizualizacje[10]. Popularnością cieszy się również trening redukcji stresu oparty na uważności – MBSR (*mindfulness based stres reduction*). W tabeli 2 zamieszczono ogólną, skrótową charakterystykę tych form.

[8] N. Ogińska-Bulik, Z. Juczyński: *Osobowość. Stres a zdrowie*. Warszawa, Difin 2008, s. 46.

[9] Więcej na ten temat przykładowo: *Teoria i metodyka ćwiczeń relaksowo-koncentrujących*. Red. S. Grochmal. Warszawa, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich 1986.

[10] Wizualizacje polegają na wyobrażaniu określonych elementów zgodnie z sugestiami.

Tabela 2. Wybrane formy treningów relaksacyjnych[11]

Charakterystyka	Relaksacja stopniowa według Edmunda Jacobsona	Trening według metody Edmunda Schulza	MBSR, trening redukcji stresu wsparty na uważności
Twórca	Edmund Jacobson[a]	Johannes Heinrich Schultz[b]	Jon Kabat-Zinn[c]
Opis metody i główne założenia	Polega na nauczeniu się odczuwania różnicy w stanie napięcia i rozluźnienia mięśni.	Polega na odczuwaniu stanów ciężkości i temperatury ciała (ciepła, chłodu). Podstawą jest koncentracja i autosugestia.	Jest jedną z form medytacji. Polega na redukcji stresu na podstawie doskonalenia uważności (świadomości). Istotą uważności jest zaangażowane, aktywne słuchanie bodźców/ odczuć płynących z otaczającego świata oraz z własnego ciała.
Średni czas potrzebny na opanowanie metody przez ćwiczącego	Kilka tygodni.	Kilkanaście tygodni.	Nie jest jednoznacznie określony. Początkowo sugeruje się pracę z jedną metodą medytacji kilka dni, następnie dalsze próby i doświadczanie[d].
Główne zalety	▪ Relaksacja mięśni krtani, gardła, oddechowych, języka i twarzy. ▪ Oszczędzanie energii organizmu. ▪ Dostarczenie przyjemnych doznań. ▪ Wyzbycie się lęku. ▪ Poprawa samopoczucia i obrazu siebie. ▪ Poprawa zdrowia (pracy serca i układu trawiennego).	▪ Pomaga w leczeniu bezsenności, uspokaja silne emocje, ułatwia samouspokojenie. ▪ Usprawnia procesy poznawcze: pamięć, myślenie, koncentrację. ▪ Pomaga łagodzić ból[e].	▪ Redukcja bólu, stresu. ▪ Lepszy wgląd we własne emocje i odczucia. ▪ Lepsze rozumienie siebie. ▪ Poprawa ogólnego stanu zdrowia. ▪ Pozytywny wpływ na układ nerwowy.

(a) Szerzej zob.: E. Jacobson: *You Must Relax*. New York, McGrawHill 1948; (b) Szerzej zob. J.H. Schulz: *Das autogene Training*. Stuttgart, Thieme 1960; (c) Szerzej zob.: J. Kabat-Zinn: *Praktyka uważności dla początkujących*. Przeł. J.P. Listwan. Warszawa, Czarna Owca 2014; Idem: *Gdziekolwiek jesteś, bądź*. Przeł. H. Smagacz. Warszawa, IPSI Press 2007; (d) J. Kabat-Zinn: *Praktyka uważności dla początkujących*. Przeł. J.P. Listwan. Warszawa, Czarna Owca 2014, s. 13; (e) Valerio Albisetti w swojej książce *Trening autogeniczny dla spokoju psychosomatycznego* (przeł. K. Stopa. Kielce, Jedność 2006) zwraca uwagę na zdecydowanie większy zakres możliwego stosowania treningów autogenicznych.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: J. Kabat-Zinn: *Praktyka uważności…*; P. Zieliński: *Relaksacja w teorii i praktyce pedagogicznej*. Częstochowa, AJD 2011; V. Albisetti: *Trening* autogeniczny…

[11] Zestawienie obejmuje najczęściej stosowane formy, w tym zastosowane w przypadku pacjenta, którego dotyczy studium.

Terapia pacjentów z afazją

Terapia osoby z afazją powinna być podjęta tak szybko, jak jest to możliwe, aby zapewnić jak najlepsze efekty i zwiększyć komfort życia pacjenta[12]. W pracy z pacjentami z afazją najistotniejsze wydaje się zmotywowanie do terapii, a następnie odpowiednie dobranie ćwiczeń. Ważne jest również, aby sesje ćwiczeń nie były zbyt długie i zbyt męczące. Ćwiczenia dla pacjentów są dużym wyzwaniem, dlatego trzeba pamiętać o budowaniu pozytywnej relacji z terapeutą mowy, psychologiem i pozostałym personelem, który będzie pracował z pacjentem. Zrealizowanie tych zaleceń i postulatów w nie będzie jednak możliwe w przypadku braku zgody samego pacjenta. Nie zawsze pacjent chce podjąć terapię na przykład logopedyczną. Zdarza się, że mimo znaczących trudności w zakresie komunikacji, niemożności samodzielnego funkcjonowania w wielu obszarach nie podejmuje terapii (lub zniechęca się i bardzo szybko ją zarzuca). Nawet znając możliwości, jakie stwarza terapia, nierzadko pacjenci sceptycznie pochodzą do pracy z logopedą czy nawet całym zespołem terapeutycznym. Ze względu na uszkodzenia organiczne czy też z powodu cech osobowościowych reagują wrogo i niechętnie. W dalszej części artykułu zostało zaprezentowane studium mężczyzny, który nie chciał podjąć się indywidualnej terapii logopedycznej. Zaproponowano mu możliwość pracy z psychologiem oraz udział w sesjach relaksacyjnych i zajęciach stymulujących funkcje poznawcze. Do rozmów z psychologiem, ze względu na swoje trudności w zakresie mowy, podchodził bardzo sceptycznie, na zajęcia psychologiczne nie uczęszczał[13]. Od początku natomiast chętnie brał udział w treningach relaksacyjnych.

Studium przypadku

Pacjent to mężczyzna w wieku 44 lat. Pięć lat wcześniej doznał urazu głowy, po którym stwierdzono występowanie krwiaka śródmózgowego lewego płata skroniowego oraz krwiaka przymózgowego nad lewą półkulą mózgu. Ponadto po urazie u pacjenta występowały napady padaczkowe. Wykonano badanie za pomocą tomografii komputerowej, bez kontrastu, podejrzewano bowiem prawostronne krwawienie śródczaszkowe. W wyniku badania tomografem stwierdzono: masywne ukrwotocznienie się ognisk w lewym płacie skroniowym i, w mniejszym

[12] E. Ormezowska, M. Zawirski, D. Jaskólski: *Koncepcja dynamicznej lokalizacji funkcji w rehabilitacji afatycznych zaburzeń mowy.* „Aktualności Neurologiczne" 2012, vol. 12, no. 4, s. 216.

[13] Zajęcia, o których tu mowa, były prowadzone przez tę samą osobę.

stopniu, w płacie czołowym, bez progresji krwiaka nadtwardówkowego; obrzęk powłok miękkich czaszki prawej okolicy ciemieniowej; szczelinę pęknięcia prawej kości ciemieniowej; niewielki krwiak nadtwardówkowy w tej okolicy oraz wzdłuż sierpu mózgu ku przodowi; stłuczenie krwotoczne dolno-bocznej części lewego płata czołowego i lewego płata skroniowego; wynaczynioną krew w rowkach kory mózgowej okolicy skroniowej i ciemieniowej lewej; uznano też, że nie można wykluczyć niewielkiego wynaczynienia w prawym płacie skroniowym. Zaobserwowano zaciśnięte rowki kory lewej półkuli mózgu – cechy początkowego uogólnionego obrzęku. Zauważono również, że struktury tylnojamowe i komora IV pozostawały bez patologicznych zmian.

Pacjent został poddany operacji, która przebiegła prawidłowo. Po operacji u pacjenta wystąpiła afazja mieszana[14] oraz niedowład kończyny górnej prawej z komponentą apraktyczną. Kontynuowano leczenie ortopedyczne, które zakończono sukcesem.

Pacjent po hospitalizacji neurologicznej i rehabilitacji został skierowany na dalsze leczenie. Zdiagnozowano zespół otępienny oraz afazję mieszaną. Celem weryfikacji diagnozy afazji pacjent został poproszony o wykonanie Bostońskiego Testu do Diagnozowania Afazji w wersji skróconej eksperymentalnej (adaptacja polska Hanna K. Ulatowska, Maria Sadowska, Danuta Kądzielawa)[15]. Badanie zostało wykonane przez psychologa w gabinecie psychologicznym. Przebiegu badania nie zakłócały osoby trzecie. Badany wypełniał test z dużym wysiłkiem, miał trudności z artykułowaniem słów. Wykonał poprawnie 49% zadań. Jego umiejętności w zakresie funkcji językowych obrazuje tabela 3.

Tabela 3. Funkcje językowe pacjenta

Obszar podlegający ocenie	Charakterystyka umiejętności pacjenta
Różnicowanie słów	Różnicuje poprawnie 11 z 34 słów, w tym nie ma trudności tylko ze słowem *rękawiczka*. Poprawnie różnicuje litery oraz czasowniki *pije* i *kapie*.
Rozpoznawanie nazw części ciała	Uzyskał połowę możliwych do zdobycia punktów. Najłatwiej rozpoznaje części twarzy: ucho, nos, usta. Zdecydowanie gorzej inne części ciała, z pozostałych potrafi wskazać jedynie bark.

[14] Więcej na temat problematyki afazji, przykładowo: M. Maruszewski: *Afazja. Zagadnienia teorii i terapii*. Warszawa, Państwowe Wydaw. Naukowe 1966; K. Wnukowska: *ABC afazji*. Gdańsk, Harmonia 2013; M. Pąchalska: *Afazjologia*. Warszawa, Wydaw. Naukowe PWN 2011; J. Panasiuk: *Afazja a interakcja*. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 2013; D. Kądzielawa: *Afazja i jej mózgowe mechanizmy*. „Teksty Drugie. Teoria Literatury, Krytyka, Interpretacja" 2011, nr 1–2 (127–128), s. 190–198.

[15] Polska wersja Bostońskiego Testu do Diagnozowania Afazji: H. Goodglass, E. Kaplan: *The Assessment of Aphasia and Related Disorders*. Philadelfia, Lea & Febiger 1983. Adaptacja i tłumaczenie: H.K. Ulatowska, M. Sadowska, D. Kądzielawa.

cd. tabeli 3

Obszar podlegający ocenie		Charakterystyka umiejętności pacjenta
Rozumienie poleceń		Ma trudności ze zrozumieniem bardziej złożonych poleceń, wykonuje je niepoprawnie lub tylko częściowo poprawnie. Poprawnie wykonuje tylko proste polecenia.
Złożony materiał językowy		Ma trudności z pełnym zrozumieniem złożonego materiału językowego. Poprawnie wnioskuje o przeznaczeniu przedmiotów (gdy należy udzielić odpowiedzi „tak"/„nie"), jednak w przypadku konieczności wnioskowania z kontekstu ma trudności z udzielaniem poprawnych odpowiedzi.
Ocena artykulacji		Cechuje go sztywność artykulacyjna, brak swobody, mowa często jest zniekształcona.
Parafazje		Tworzy parafazje głoskowe.
Ekspresja oralna	ciągi zautomatyzowane	Artykułuje poprawnie ciągi zautomatyzowane: dni tygodnia oraz liczby od 121.
	powtarzanie słów	Ma duże trudności z powtarzaniem słów. Słowa zniekształca lub wypowiada niepoprawnie, np. zamiast *co* mówi *sto*, zamiast *podkreślić – postety*.
	powtarzanie zdań	Ma trudności z powtarzaniem zdań. Poprawnie powtarza tylko 1 z 8 zdań z zestawu (zdanie podane jako pierwsze: *Wiesz, jak jest*). Pozostałe zdania wypowiada w sposób zniekształcony, utrudniający rozumienie, stosuje parafazje głoskowe.
	nazywanie w odpowiedzi na pytania	Ma trudności z podaniem słów, w odpowiedzi na pytanie podaje tylko pojedyncze słowa, np. Co robi się mydłem? – *Twarz*. Rozumie polecenia, wydaje się, że zna poprawnie wszystkie odpowiedzi, stara się pokazać czynność lub przedmiot, jednak nie potrafi właściwie stworzyć desygnatu.
	nazywanie desygnatów przedstawionych na obrazkach	W zakresie nazywania przedmiotów ma zdecydowanie mniejsze trudności w sytuacji, gdy widzi przedmioty na obrazkach. W próbie udziela 50% poprawnych odpowiedzi. Poprawnie nazywa litery oraz cyfry. Często podaje wyraz z tej samej kategorii gramatycznej, ale o odmiennym znaczeniu, np. zamiast *czyta – pisze*, lub błędny wyraz z danej kategorii, np. ubiór: zamiast *czapka – rękawiczka*. Dużą trudność sprawia mu nazwanie kolorów. Na kolory brązowy i fioletowy używa jednego określenia: *jasno ciemniejszy*.
Czytanie	rozróżnianie liter	Poprawnie rozpoznaje litery.
	rozróżnianie słów	Nie wszystkie słowa rozpoznaje poprawnie.
	przyporządkowanie nazw odpowiednim desygnatom	Rozpoznaje poprawnie 3 z 5 desygnatów (zamiast *piętnaście* podaje *pięznaście*, zamiast *czyta – czyła*).

cd.	czytanie głośne słów	Odczytuje poprawnie 2 z 5 słów. Myli podczas czytania podobne litery, np. różniące się długością kreski czy jej położeniem w osi pionowej lub poziomej: *hamak – namak*, *czyta – czyła*.
	czytanie głośne zdań	Z dużym wysiłkiem, sylabizując, odczytuje wszystkie zdania.
	czytanie ciche zdań i tekstów	Nie odczytuje poprawnie żadnego ze zadań. Nie potrafi samodzielnie wskazać słowa, które kończy czytany fragment, np. *pies może...* (należało wybrać spośród: *mówić*, *szczekać*, *śpiewać*, *kotek*).
Pisanie	technika pisania	Przeważającą większość liter konstruuje w sposób graficznie poprawny. Pisze z wysiłkiem.
	pisanie ciągów	Nie ma trudności z napisaniem ciągów zautomatyzowanych, np. liczb od 1–21.
	dyktando elementarne	Potrafi poprawnie samodzielnie napisać 5 dowolnych cyfr oraz liter, jak również 4 z 5 wyrazów.
	pisanie słów pod dyktando	Na ogół potrafi poprawnie zapisać wyraz, który usłyszał.
	pisanie nazw pokazywanych desygnatów	Nie potrafi poprawnie zapisać żadnego z pokazywanych desygnatów.
	narracja pisemna	Nie potrafi tworzyć tekstu o charakterze narracyjnym. Forma graficzna pisma jest poprawna, litery zawierają tylko niewielkie defekty. Nie tworzy zdań, słowa wypisuje kolejno jedno pod drugim: *3 osoby*, *pokój*, *ciastka*, *2 dzieci*, *krzesła*, *woda*. Wyrazy wypisane przez badanego są adekwatne treściowo.
	pisanie zdań, dłuższego fragmentu tekstu pod dyktando	Pacjent nie rozumie polecenia.

Źródło: Opracowanie własne.

Analizując wyniki uzyskanych badań, możemy stwierdzić, że pacjenta występują trudności w zakresie pisania, czytania i mówienia. Porozumiewanie się z nim jest utrudnione. Kłopot sprawia mu przekazanie treści, o które mu chodzi, utrudnia to jego codzienne życie. Ma trudności w czynnościach codziennych, jeśli wymagają one komunikacji w dowolnej formie.

Po zebraniu wywiadu zaproponowano różnorodne oddziaływania: możliwość konsultacji logopedycznej, terapii logopedycznej, indywidualnych spotkań z psychologiem. Pacjent był niechętny wobec jakiejkolwiek formy pomocy, w szczególności nie chciał podjąć terapii logopedycznej. W przypadku prób komunikacji i związanych z tym trudnościami bardzo się denerwował, co dodatkowo utrudniało mu komunikowanie się.

Pacjent blisko dwa lata brał udział w regularnych zajęciach z zakresu szeroko rozumianej relaksacji. Treningi prowadzone były różnymi technikami, takimi jak: trening relaksacji progresywnej według Jacobsona, treningi wizualizacyjne, klasyczna muzykoterapia, muzykoterapia z wykorzystaniem kolorowanek antystresowych dla dorosłych, trening uważności (MBSR). Przeciętnie trening trwał jednorazowo około 20–30 minut i odbywał się raz–dwa razy w tygodniu, w grupach 5–7 osobowych. Pacjent znał pozostałych uczestników zajęć. Podczas ćwiczeń uczestnicy mogli wybrać pozycję – siedzącą lub leżącą, opisywany pacjent zawsze wybierał pozycję siedzącą. Bezpośrednio po treningach deklarował uspokojenie i poprawę nastroju. Muzykę wysłuchiwaną podczas zajęć opisywał jako „piękną", chętnie dzielił się spostrzeżeniami i odczuciami po ćwiczeniach. Dodatkową formą motywacji do mówienia było to, że pozostali uczestnicy wypowiadali się na temat zajęć. Nie zawsze potrafił dokładnie sprecyzować swoje myśli, ale dużym osiągnięciem dla niego było podejmowanie spontanicznej komunikacji. Nie kończyła się ona pobudzeniem emocjonalnym czy złością. Na samym początku swojego udziału miał wyraźnie obniżoną samoocenę i deprecjonował swoje próby komunikacji, co zmieniło się w trakcie terapii.

Pacjent podczas pracy na treningach relaksacyjnych preferował przewidywalność i powtarzalność elementów. Zdecydowanie lepiej oceniał zajęcia, gdy wielokrotnie wykonywał już znane ćwiczenie, nie lubił nowości i zmian. Optymalną formą było odtwarzanie dwukrotnie tego samego ćwiczenia relaksacyjnego. Preferował relaksacje, w których głos lektora był wyraźny i spokojny, niezależnie od tego, czy trening odtwarzany był z nagrania na płycie CD czy odczytywany na głos bezpośrednio przy pacjencie. Na treningi chodził chętnie i regularnie. Zajęcia opuszczał wyłącznie w sytuacji złego stanu zdrowia.

Podsumowanie i wnioski

Trening relaksacyjny może być stosowany w przypadku pacjentów z afazją, zarówno jako element wspierający terapię logopedyczną, jak i w przypadku gdy pacjent nie chce się zdecydować na inną formę pracy.

W przypadku opisywanego pacjenta ćwiczenia relaksacyjne przyczyniły się do zmniejszenia negatywnego afektu, w tym szczególnie nadmiernego pobudzenia i złości. Wpłynęły na wzrost jego samooceny, chętniej nawiązywał kontakt słowny z prowadzącym zajęcia psychologiem poza zajęciami. Zajęcia stały się początkiem budowania pozytywnych doświadczeń z grupą i osobą terapeuty-psychologa. Tego typu oddziaływania mogą stanowić dobre tło dla późniejszej, ewentualnej terapii logopedycznej.

Pacjent miał trudności ze zrozumieniem trudniejszych poleceń, dlatego też dopiero wielokrotne odtworzenie tego samego ćwiczenia i powtarzanie go na kolejnych zajęciach umożliwiało mu większe zaangażowanie, a tym samym intensyfikowało korzyści płynące z samego treningu. Niejednokrotnie można było dostrzec, że pacjent uczy się poprzez obserwowanie zachowań pozostałych uczestników zajęć. Wyraźnie zwiększyła się również u niego chęć (potrzeba) włączania się do interakcji. Wypowiadał się spontanicznie, mniej złościł się w sytuacji niepowodzenia. Poszczególne słowa były wypowiadane zdecydowanie bardziej wyraźnie. Udział w treningach relaksacyjnych miał pozytywny wpływ na jakość mowy opisywanego w studium pacjenta. Pod koniec wspólnej pracy (po niecałych dwóch latach) był zdecydowanie bardziej przekonany do podjęcia terapii logopedycznej. Pozytywnie oceniał zmiany, których dostarczyło mu uczestniczenie w treningach.

Bibliografia

Albisetti V.: *Trening autogeniczny dla spokoju psychosomatycznego*. Przeł. K. Stopa. Kielce, Jedność 2006.

Bulski L.: *Opisy treningów relaksacyjnych*. Łódź, WSEZ 2005.

Jacobson E.: *You Must Relax*. New York, McGrawHill 1948.

Kabat-Zinn J.: *Gdziekolwiek jesteś, bądź*. Przeł. H. Smagacz. Warszawa, IPSI Press 2007.

Kabat-Zinn J.: *Praktyka uważności dla początkujących*. Przeł. J.P. Listwan. Warszawa, Czarna Owca 2014.

Kalat W.: *Biologiczne podstawy psychologii*. Warszawa, Wydaw. Naukowe PWN 2011.

Kądzielawa D.: *Afazja i jej mózgowe mechanizmy*. „Teksty Drugie. Teoria Literatury, Krytyka, Interpretacja" 2011 nr 1–2 (127–128), s. 190–198.

Lee A., Campbell D.: *Oddychanie doskonałe*. Przeł. J. Majewski. Warszawa, Świat Książki 2010.

Mikicin M., Mikicin E.: *Trening autogenny i audiowizualna relaksacja (tzw. treningi Ralpha) jako narzędzie odnowy psychosomatycznej w sporcie i rehabilitacji*. „Postępy w Rehabilitacji" 2011, 3, s. 35–42.

Maruszewski M.: *Afazja. Zagadnienia teorii i terapii*. Warszawa, Państwowe Wydaw. Naukowe 1966

Ogińska-Bulik N., Juczyński Z.: *Osobowość. Stres a zdrowie*. Warszawa, Difin 2008.

Ormezowska E., Zawirski M., Jaskólski D.: *Koncepcja dynamicznej lokalizacji funkcji w rehabilitacji afatycznych zaburzeń mowy*. „Aktualności Neurologiczne" 2012, vol. 12, no. 4, s. 215–221.

Panasiuk J.: *Afazja a interakcja*. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 2013.

Pąchalska M.: *Afazjologia*. Warszawa, Wydaw. Naukowe PWN 2011.

Schulz J.H.: *Das autogene Training*. Stuttgart, Thieme 1960.

Siek S.: *Treningi relaksacyjne*. Warszawa, Akademia Teologii Katolickiej 1990.

Teoria i metodyka ćwiczeń relaksowo-koncentrujących. Red. S. Grochmal . Warszawa, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich 1986.

Wnukowska K.: *ABC afazji*. Gdańsk, Harmonia 2013.

Zieliński P.: *Relaksacja w teorii i praktyce pedagogicznej*. Częstochowa, AJD 2011.

„Logopedia Silesiana", t. 7, ISSN 2391-4297
DOI 10.31261/LOGOPEDIASILESIANA.2018.07.09
(cc) BY-SA

Anna Czyż
Instytut Pedagogiki Specjalnej, Wydział Pedagogiczny,
Uniwersytet Pedagogiczny im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie
0000-0002-6145-8061

Anna Michalczyk
Instytut Pedagogiki Specjalnej, Wydział Pedagogiczny,
Uniwersytet Pedagogiczny im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie
0000-0001-7433-161X

Późna diagnoza niedosłuchu a jakość komunikacji i rozwoju psychospołecznego dziecka w wieku przedszkolnym Studium przypadku

Late Diagnosis of Hearing Impairment and the Quality of Communication and Psycho-social Development of Preschool Patients: A Case Study

Abstract: This case study shows the consequences of a late diagnosis and treatment of a child suffering from a chronic, recurrent inflammation of the middle ear, resulting in conductive, fluctuating, mild hearing loss. The article presents the child's communication and psychological problems stemming from hearing difficulties. This study uses three diagnostic tools in order to comprehensively assess the individual developmental spheres of the boy. The final part of the article contains conclusions and postulates regarding the importance of early therapeutic care.

Key words: hearing impairment, speech development, diagnosis, case study

Prawidłowo funkcjonujący zmysł słuchu warunkuje funkcjonowanie człowieka w zakresie nie tylko recepcji i percepcji dźwięków, ale przede wszystkim rozumienia świata, poprzez związek odbioru sygnałów otoczenia z kształtowaniem się mowy fonicznej, dzięki której dokonuje się werbalizacji w procesach kognitywnych. Ukształtowana prawidłowo mowa przyczynia się do rozwoju psychicznego – podmiotowego i społecznego jednostki.

Już od pierwszych chwil życia narząd słuchu jest przystosowany do odbierania wrażeń słuchowych. Płód w łonie matki jest zdolny do reagowania na głośne dźwięki, co manifestuje się jego ożywieniem i szybszym biciem serca. Około 21. tygodnia ciąży narząd słuchu u płodu ma w pełni rozwiniętą część odbiorczą (narząd Cortiego, w którym występują komórki słuchowe), co pozwala na dalsze doskonalenie się funkcji pod wpływem stymulacji sygnałami akustycz-

nymi zarówno w życiu płodowym, jak i po narodzinach. W związku z działaniem neurotropowych hormonów tworzą się połączenia nerwowe, pozwalające na sprawny odbiór i przetwarzanie sygnału. Okresem krytycznym dla podjęcia stymulacji narządu słuchu jest pierwsze 18 miesięcy życia dziecka. Nie bez znaczenia dla prawidłowego rozwoju biopsychospołecznego jednostki pozostaje zatem wczesne wykrycie, diagnoza i podjęcie ewentualnych działań naprawczych w przypadku wystąpienia nieprawidłowości słuchowych[1].

Fizjologia i patologia narządu słuchu

Ludzkie ucho rozróżnia około 3 tys. różnych tonów i jest jednym z najbardziej wyspecjalizowanych narządów w ciele człowieka. Składa się z części ośrodkowej, na którą składają się ośrodki korowe i podkorowe zlokalizowane w centralnym układzie nerwowym (CUN) oraz ośrodkowe drogi słuchowe, a także obwodowej – ucho wewnętrzne, część ślimakowa nerwu przedsionkowo-ślimakowego, ucho środkowe oraz zewnętrzne. Gdy zmysł słuchu działa prawidłowo, fala dźwiękowa dociera do małżowiny usznej, następnie transmitowana przewodem słuchowym zewnętrznym trafia na struktury ucha środkowego. Wprawia w ruch błonę bębenkową i kosteczki słuchowe – strzemiączko, młoteczek i kowadełko. Głównym zdaniem ucha zewnętrznego i środkowego jest wychwytywanie i przewodzenie fal dźwiękowych od środowiska zewnętrznego, aż do receptorów w uchu środkowym. Uszkodzenie części ucha zewnętrznego czy środkowego, jak na przykład zrośnięcie przewodu słuchowego, niedostateczne wykształcenie lub perforacje błony bębenkowej, rozerwanie lub skostnienia na poziomie kosteczek słuchowych, powoduje niedosłuch typu przewodzeniowego, lekki do umiarkowanego, który zazwyczaj mieści się w granicach 40–60 dB.

W pełnym wykorzystywaniu przetwarzania wrażeń słuchowych istotną rolę odgrywa cześć ucha wewnętrznego zlokalizowana na błonie podstawnej ślimaka, w której wyróżnia się (jedyne takie w organizmie ludzkim) komórki wyposażone w rzęski, odpowiedzialne za proces odbioru dźwięków. Dochodzi tu do przekształcania bodźców akustycznych w impuls elektryczny, który trafia na zakończenia włókien VIII nerwu czaszkowego. Uszkodzenia typu odbiorczego – ślimakowego

[1] Z. Kułakowska: *Wczesne uszkodzenie dojrzewającego mózgu. Od neurofizjologii do rehabilitacji*. Lublin, Folium 2003; A. Obrębowski: *Podstawowe wiadomości z filo- i ontogenezy oraz anatomii narządu słuchu*. W: *Zarys audiologii klinicznej*. Red. A. Pruszewicz. Poznań, Wydaw. Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego 2000, s. 39–60; O. Perier: *Dziecko z uszkodzonym narządem słuchu. Aspekty medyczne, wychowawcze, socjologiczne i psychologiczne*. Przeł. T. Gałkowski. Warszawa, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne 1992.

mają różną głębokość i dają różne rokowania; mogą prowadzić nawet do całkowitej i nieodwracalnej głuchoty[2].

Przekazywany nerwem słuchowym sygnał przechodzi pień mózgu i trafia na struktury korowe mózgu. Włókna nerwowe wychodzące z jądra kolankowatego przyśrodkowego tworzą w korze słuchowej tzw. promienistość słuchową. Kora słuchowa znajduje się w płacie skroniowym, gdzie pierwszorzędowy ośrodek słuchu zlokalizowany jest w zakrętach skroniowych Heschla w tylno-górnej części, a ośrodek kojarzeniowy, drugorzędowy zajmuje część górną[3]. Nie tylko odbiera ona sygnały dźwiękowe, ale także różnicuje sygnały docierające w tym samym czasie, filtruje je, analizuje i interpretuje, tworząc zrozumiałą informację. „Asocjacyjna kora słuchowa wykorzystywana jest do przetwarzania złożonych dźwięków wyłaniających się z wielu fal dźwiękowych nadchodzących w tym samym czasie. Jest to szczególnie istotne w rozpoznawaniu języka. Uszkodzenie tej części mózgu powoduje, że osoba odbiera dźwięki, ale nie jest w stanie ich zróżnicować"[4].

Jak wspomniano wcześniej, narząd słuchu jest wysoce wyspecjalizowany i dostarcza do mózgu zróżnicowane informacje płynące z otoczenia. W przypadku dziecka proces ten przekłada się bezpośrednio na prawidłowy rozwój w poszczególnych obszarach, między innymi w komunikacyjnym. W przypadku uszkodzenia narządu słuchu do dziecka dociera znacznie mniejsza ilość informacji, które pozwalałyby budować wiedzę i umiejętności niezbędne do prawidłowego funkcjonowania. Niezwykle ważną kwestią jest czas utraty słuchu, który determinuje dalsze rokowania związane z nabywaniem mowy przez dziecko. Zwracając uwagę na kryterium czasu, wyróżnia się trzy rodzaje uszkodzeń: prelingwalne, perylingwalne (interlingwalne) i postlingwalne, powstałe odpowiednio przed opanowaniem języka, w trakcie tego procesu oraz po jego zakończeniu się. W pierwszym przypadku ubytek słuchu nie tylko utrudnia i opóźnia komunikację werbalną, ale także wpływa na samą jakość rozwoju języka dziecka. Z kolei w uszkodzeniu interlingwalnym i postlingwalnym, widoczne jest utrudnienie procesu komunikowania się i wiązać się będzie najczęściej z obniżeniem aspektu jakościowego mowy (zniekształcenia, wady wymowy, zaburzenia głosu) [5].

Wyróżnia się wiele przyczyn, które mogą powodować wystąpienie wady słuchu, wśród nich czynniki endogenne, dziedziczne, czynniki egzogenne, w tym uszkodzenia okołoporodowe, powstałe po urodzeniu, w okresie niemowlęcym

---

[2] J. Kuczkowski: *Phisiology and Pathology of Hearing*. W: *Surdologopedia. Teoria i praktyka*. Red. E. Muzyka-Furtak. Gdańsk, Harmonia Universalis 2015, s. 26–27.

[3] O. Narkiewicz: *Narząd przedsionkowo-ślimakowy*. W: *Anatomia człowieka*. Red. J. Sokołowska-Pituchowa. Warszawa, Wydaw. Lekarskie PZWL 2000, s. 851–866.

[4] P. Abrahams: *Fizjologia. Wszystko, co trzeba wiedzieć o działaniu organizmu człowieka*. Przeł. P. Kostrzewski. Warszawa, Świat Książki 2010, s. 145.

[5] K. Krakowiak: *Studia i szkice o wychowaniu dzieci z uszkodzeniami słuchu*. Lublin, Wydaw. Marii Curie-Skłodowskiej 2006, s. 16–17.

i wczesnego dzieciństwa oraz w późniejszym okresie życia[6]. Dla rozwoju kompetencji komunikacyjnych istotnymi są także miejsce i rodzaj powstałego uszkodzenia. Ze względu na typ uszkodzenia niedosłuch dzieli się na przewodzeniowy, odbiorczy i mieszany, zaś w odniesieniu do miejsca uszkodzenia wyodrębnia się obwodowe oraz centralne (ośrodkowe) uszkodzenia narządu słuchu. Znaczące dla możliwości odbioru sygnałów akustycznych są także głębokość i profil uszkodzenia. Według Międzynarodowego Biura Audiofonologii[7] wyróżnia się lekki, umiarkowany, znaczny i głęboki ubytek słuchu. Jeśli wziąć pod uwagę przebieg krzywych (profil akustyczny) słuchowych, najczęściej występują uszkodzenia basowe, wysokotonowe, kolebkowe, płaskie[8]. Konfiguracja powyższych cech uszkodzeń warunkuje możliwość odbioru i kształtowania się mowy, nadając zindywidualizowany charakter procesowi rozwoju kompetencji komunikacyjnej.

Rola słuchu w procesie percepcji i nabywania mowy

Głos i mowa rozwijają się od momentu narodzin, a w procesie tym główną rolę odgrywa sprawnie funkcjonujący analizator słuchu. Możliwość usłyszenia samego siebie oraz porównania swojego głosu z głosem innej osoby jest doświadczeniem niezbędnym w procesie komunikowania. Niedosłuch jest jedną z najczęstszych przyczyn opóźnionego rozwoju mowy u dzieci. Mowa własna w takich przypadkach poddawana jest słabej kontroli słuchowej, zaś niemożność usłyszenia detali dźwiękowych powoduje zniekształcenia wymowy. W wyniku uszkodzeń słuchu zaburzone w różnym stopniu i zakresie mogą być funkcje słuchowe, takie jak:

- recepcja dźwięków mowy – dostrzeganie wystąpienia lub zniknięcia danego bodźca dźwiękowego; to najbardziej podstawowa funkcja, rozumiana po prostu jako słyszenie lub słuch fizjologiczny; jest za nią odpowiedzialny analizator słuchu we współpracy z ośrodkiem słuchowym; wskutek tej współpracy powstają wrażenia słuchowe,
- lokalizacja – wskazanie w przestrzeni źródła dobiegającego dźwięku, w szczególności prawidłowe wskazanie osoby mówiącej;

---

[6] B. Szczepankowski: *Niesłyszący, głusi, głuchoniemi. Wyrównywanie szans*. Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1999, s. 74.

[7] H. Skarżyński, M. Mueller-Malesińska, W. Wojnarowska: *Klasyfikacje zaburzeń słuchu*. Warszawa, Audiofonologia X 1997, s. 55–56.

[8] A. Morawiec-Bajda, *Podstawy anatomii i fizjologii zmysłu słuchu i równowagi*. W: *Otolaryngologia. Skrypt dla studentów medycyny i stomatologii*. Red. B. Latkowski. Warszawa, Wydaw. Lekarskie PZWL 1995, s. 7–56.

- selekcja dystynktywnych dźwięków mowy, jako posiadających pewne stałe i charakterystyczne cechy, pozwalająca na odróżnianie ich od innych, brzmiących podobnie;
- dyskryminacja (rozróżnianie) dźwięków mowy – rozróżnianie dwóch dźwięków odmiennych od siebie pod kątem fonologicznym i fonetycznym; funkcja ta, znana jest także jako słuch mowny i obejmuje:
  – słuch fonematyczny (utożsamianie lub odróżnianie dwóch wypowiedzi różnych lub takich samych pod kątem fonologicznym),
  – słuch prozodyczny (różnicowanie elementów prozodii mowy),
  – słuch fonetyczny (umiejętność odróżniania od siebie różnych realizacji głosek w obrębie jednego fonemu),
  – analizę i syntezę głoskowo-sylabową (wyodrębnianie głosek i sylab oraz umiejętność łączenia ich w całość);
- pamięć słuchowa wypowiedzi – przywoływanie w pamięci wyobrażeń dźwięków mowy;
- semantyzacja dźwięków mowy – kojarzenie konkretnego dźwięku mowy z jego znaczeniem;
- kontrola słuchowa wypowiedzi – słuchowa percepcja własnych wypowiedzi i umiejętność ich korygowania;
- lateralizacja słuchowa – dominacja jednego ucha oraz większa aktywność określonej półkuli mózgu[9].

Rozwój dziecka z wadą słuchu zależy od wielu dodatkowych procesów i czynników: środowiska, w którym żyje, kontaktów z najbliższym otoczeniem, posiadanych kompetencji komunikacyjnych oraz poziomu rozwoju sfery emocjonalnej, społecznej i poznawczej. Bez wątpienia jednak, występowanie wady słuchu jest czynnikiem bardzo mocno zawężającym możliwości eksplorowania i poznawania najbliższego otoczenia. Zawężenie to zdeterminowane jest stopniem niedosłuchu, który wpływa na umiejętności językowe, a w konsekwencji na kompetencje komunikacyjne dziecka. Ubytek słuchu w stopniu lekkim powoduje, że rozwój mowy przebiega relatywnie poprawnie, spontanicznie, mowa zazwyczaj jest prawidłowa, zaś zaburzona artykulacja dotyczy tylko niektórych głosek. Uszkodzenie średnie powoduje, że rozwój mowy nadal przebiega spontanicznie, jednak w wolniejszym tempie. Słownik wzbogaca się o nowe pojęcia z niewielkim opóźnieniem, a percepcja mowy odbywa się przy wsparciu kanału wzrokowego. Poważny niedosłuch implikuje brak reakcji na dźwięki i na mowę dobiegającą z otoczenia, jej odbiór odbywa się wyłącznie przy wspomaganiu odczytywaniem z ust. Mowa dziecka nie kształtuje się spontanicznie, naturalnie, może dochodzić do poważnych zaburzeń w nabywaniu pojęć i budowaniu wiedzy o świecie. Bez odpowiedniej pomocy terapeutycznej jest niezrozumiała

[9] Z. Kurkowski: *Centralne zaburzenia przetwarzania słuchowe. W: Surdologopedia. Teoria i praktyka…*, s. 55–56.

dla otoczenia. Głęboki ubytek słuchu wiąże się z całkowitym brakiem odbioru sygnałów, nawet o tych dużym natężeniu. Percepcja mowy jest całkowicie niemożliwa, a próby wspomagania jej odbioru odczytywaniem z ruchów ust nie zawsze kończą się sukcesem. Mowa dziecka nie rozwija się, a jeśli podejmowane są próby jej nadawania, bez fachowej pomocy terapeutycznej jest całkowicie niezrozumiała dla otoczenia [10].

Wybrane aspekty rozwoju psychospołecznego dziecka z wadą słuchu

W okresie przedszkolnym w życiu dziecka zachodzi wiele zmian rozwojowych o dynamicznym charakterze. Dotyczą one obszaru zarówno społeczno-emocjonalnego, poznawczego, jak i komunikacyjnego. W ich rezultacie dziecko może lepiej rozumieć otaczający je świat, dostrzegać jego złożoną strukturę oraz uczyć się samodzielnego w nim funkcjonowania. Dzięki nabywanym umiejętnościom dziecko uczy się rozumieć, regulować i modyfikować własne zachowanie (samoregulacja emocji, motywacji i działania), a także funkcjonować w świecie społecznym (godzenie własnych pragnień i oczekiwań z szeroko pojętymi normami społecznymi). W tym samym czasie zachodzi zwykle proces emancypacji Warunkuje go, z jednej strony, wyraźna chęć uspołecznienia się i dostosowania do norm i zasad życia społecznego, z drugiej zaś, dążność do samorealizacji, bycia autonomiczną jednostką. W prawidłowo przebiegającym procesie czynniki te będą się równoważyć – dziecko będzie kształtowało swoją indywidualność, a jego osobowość i cechy charakteru pozostaną w zgodzie z akceptowanymi społecznie standardami.

W wieku przedszkolnym wyraźnie zarysowuje się także inna, fundamentalna cecha, jaką jest inicjatywa. Dziecko staje przed kolejnym zadaniem: w zgodzie ze swoją wolą, swoimi przekonaniami i oczekiwaniami musi podjąć działania zmierzające do osiągnięcia celu (inicjatywa), jednak wszelkie działania powinny być zgodne z zasadami społecznymi. W razie potrzeby musi zatem umieć powstrzymać inicjatywę i zmodyfikować swoje działania tak, aby były społecznie akceptowane. Inicjatywa ta, staje się sprzymierzeńcem w rozwoju dziecka. Uczy się podejmowania decyzji bez poczucia winy i lęku. Problem pojawia się wówczas, gdy dziecko nie odczuwa równowagi pomiędzy inicjatywą a jej hamowaniem. Rezultatem tego może stać się nadmierne poczucie winy, które odbiera dziecku

[10] U. Buryn et al.: *Mój uczeń nie słyszy. Poradnik dla nauczycieli szkół ogólnodostępnych*. Warszawa, Ministerstwo Edukacji Narodowej 2011, s. 41–42.

wiarę w to, że jego zamierzenia kiedykolwiek będą miały szansę się zrealizować, i zniechęca do stawiania sobie nowych celów[11].

Dziecko w wieku przedszkolnych charakteryzuje bogaty zasób słów. Potrafi ono zauważać i opisywać związki między zdarzeniami czy zjawiskami nie tylko w teraźniejszości, ale także w przeszłości oraz niedalekiej przyszłości. Cechuje je duża ciekawość świata i otaczających go zjawisk. To właśnie w tym okresie formułuje niezliczone pytania „dlaczego?", „co to jest?" czy „gdzie?", świadczące o przyczynowym charakterze myślenia. Z czasem myślenie to staje się coraz bardziej abstrakcyjne – dziecko nabywa umiejętność posługiwania się nadrzędnymi pojęciami. Dokonuje się swoiste odejście od myślenia obrazowo-ruchowego na rzecz myślenia słownego i pojęciowego. W sytuacji, gdy dziecko staje przed zadaniem dla siebie zrozumiałym (dostosowanym do jego wiedzy i doświadczenia), bliskim i interesującym, jest zdolne do realizowania prostych form poprawnego, logicznego rozumowania[12].

W przypadku dziecka z wadą słuchu naturalna ciekawość świata zostaje zawężona do tego, co aktualnie znajduje się w zasięgu mechanizmów kompensacyjnych. Funkcjonowanie biopsychospołeczne silnie skorelowane jest ze stopniem uszkodzenia słuchu, przyczyną i miejscem uszkodzenia, czasem jego powstania. Zależy od podjęcia i skuteczności oddziaływań terapeutycznych, adekwatnych do danego typu niedosłuchu. Zaburzenia, zakłócenia czy deficyty mają różny stopień i są zależne od wielu czynników poza biologicznymi i terapeutycznymi, w tym na przykład środowiska rozwoju dziecka, stylów wychowawczych, atmosfery rodzinnej i wielu innych.

Dziecko z wadą słuchu gromadzi spostrzeżenia w procesie rozwoju i zdobywania doświadczeń, jednak ich pozyskiwanie przebiega inaczej niż u słyszących rówieśników. Ponieważ postrzeganie świata opiera się głównie na wrażeniach dotykowych, wzrokowych, węchowych, wibracyjnych i smakowych, kształtujące się w dziecięcym umyśle spostrzeżenia są niepełne, bo w mniejszym bądź większym stopniu ograniczone o bodźce słuchowe. W przypadkach niezdolności pełnego rozwinięcia mowy fonicznej na drodze słuchowej zaburzone zostają procesy analizy i syntezy spostrzeżeniowej, co przekładać się może na osiągnięcia szkolne dziecka z wadą słuchu [13]. U dzieci z ograniczoną percepcją słuchową notuje się trudności w budowaniu pojęć i związane z tym zmiany w sposobie myślenia, dotyczące dwóch umiejętności – uogólniania i abstrahowania. Zdaniem Stachyry, uogólnianie to odnajdywanie wspólnych cech w różnych przedmiotach lub zjawiskach, pozwalające na łączenie ich w pewne kategorie. Abstrahowanie z kolei

[11] F.L. Ilg, L.B. Ames, S.M. Baker: *Rozwój psychiczny dziecka od 0 do 10 lat. Poradnik dla rodziców, psychologów i lekarzy*. Przeł. M. Przylipiak. Gdańsk, Gdańskie Wydaw. Psychologiczne 2007, s. 38–40.

[12] Ibidem, s. 42

[13] G. Dryżałowska: *Rozwój językowy dziecka z uszkodzonym słuchem a integracja edukacyjna*. Warszawa, Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego 2007, s. 42.

wiąże się z procesem odwrotnym – wyizolowaniem przedmiotu lub zjawiska na podstawie określonej cechy czy właściwości[14]. Dzieci z wadą słuchu charakteryzuje egocentryzm myślowy, który skłania je do pojmowania rzeczywistości w taki sposób, w jaki dla nich samych jest zrozumiały, oraz sztywność i stereotypowość myślenia, które uwidaczniają się szczególnie w wykonywaniu konkretnych zadań w ten sam, stały i wyuczony sposób, bez umiejętności elastycznego modyfikowania działań[15]. Obserwowana jest także skłonność do zapamiętywania detali i szczegółów, jednak bez umiejętności łączenia ich w całość. Ujawnia się to na przykład w przypadku pracy z tekstem. Dzieciom z wadą słuchu brakuje umiejętności odtworzenia tekstu za pomocą własnych słów, przejawiają silną tendencję do wiernego kopiowania i naśladowania gotowych wzorów. Wiele trudności nastręczają im także pojęcia symboliczne, które zwykle są dla nich niezrozumiałe i które traktują dosłownie. Wiąże się to z brakiem doświadczeń językowych i niewielkim zasobem słów. Trudno jest bowiem zapamiętać słowa, których się nie słyszy, a jeszcze trudniej przyporządkować je umownemu symbolowi.

Zaburzenie jednej z funkcji poznawczych prowadzi zatem do zmian w przebiegu całego procesu poznawczego. Nawet jeśli część funkcji uszkodzonego słuchu, na zasadzie zjawiska kompensacji, przejmą pozostałe zmysły, dziecko z niepełnosprawnością słuchową ma mniejsze szanse na osiągnięcie sukcesu szkolnego niż jego pełnosprawni rówieśnicy[16]. Również sfera emocjonalna i społeczna dziecka niesłyszącego lub niedosłyszącego jest w pewnym stopniu naznaczona przez występującą wadę. U podstaw rozwoju, jak wspomniano, leżą umiejętności komunikowania się. Pierwszym środowiskiem każdego człowieka jest rodzina, zaś głównym źródłem doświadczeń językowych jest kontakt z matką. Pierwsze, werbalne komunikaty, które kierowane są do dziecka przez członków najbliższej rodziny, są nacechowane emocjonalnie. Dziecko uczy się wówczas, czym jest aprobata, radość, niechęć czy gniew. W przypadku dzieci z wadą słuchu często jednak komunikacja w tym środowisku ulega zaburzeniu. Dziecko, które nie nauczyło się odczytywać emocji prawidłowo, nie będzie też potrafiło ich właściwie manifestować. Wyrażanie najprostszych emocji, jak strach, złość, gniew czy zdenerwowanie, odbywa się zatem w prosty i impulsywny sposób. Dziecko nieakceptowane przez rodziców nigdy nie zaakceptuje w pełni samego siebie. Dodatkowe „napiętnowanie" w postaci noszenia widocznych aparatów słuchowych lub implantów będzie potęgować poczucie wyalienowania i „inności". Dlatego szczególnie ważna jest prawidłowa relacja dziecka z rodzicami, a szczególnie z matką, z którą nawiązuje ono specjalną więź i dzięki której doświadcza poczucia bezwarunkowej akceptacji. Zależności te przekładają się

[14] J. Stachyra: *Zdolności poznawcze i możliwości umysłowe uczniów z uszkodzonym słuchem*. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 2001, s. 46.

[15] I. Kaiser-Grodecka: *Charakterystyka wybranych procesów poznawczych u dzieci głuchych*. W: *Psychologia dziecka głuchego*. Red. T. Gałkowski, I. Kaiser-Grodecka, J. Smoleńska. Warszawa, Państwowe Wydaw. Naukowe 1988, s. 118–119.

[16] J. Smoleńska: *Niedosłyszący*. W: *Psychologia dziecka głuchego…*, s. 257.

także na środowisko rówieśnicze. Zaburzony kontakt słowny, niemożność okazania przez dziecko towarzyszących mu stanów emocjonalnych i chęć „rozładowania" ich mogą być postrzegane jako cechy negatywne i zostać źle zrozumiane przez otoczenie. Dodatkowo słaby stopień porozumiewania się rówieśnikami wpływa na rozwój emocjonalny, a co za tym idzie, na rozwój społeczny dziecka[17].

Studium przypadku

Metodologia badań własnych

Niniejsze studium przypadku poświęcone jest chłopcu w wieku 6 lat i 6 miesięcy, który cierpi na nawracający niedosłuch przewodzeniowy, fluktuacyjny, od lekkiego do umiarkowanego. Celem badawczym było określenie wpływu występowania niewielkiego uszkodzenia słuchu i późnego podjęcia oddziaływań terapeutycznych na funkcjonowanie 6-letniego chłopca w sferze komunikacyjnej i w kontekście wybranych zmiennych osobowościowych (motywacja do pracy, otwartość na doświadczenia, funkcjonowanie społeczne, poziom lęku). Podstawę badania stanowiły: wywiad z matką chłopca (36 lat), analiza wyników badań słuchu dziecka, diagnoza logopedyczna (ocena stanu artykulatorów, artykulacji głosek, ocena jakościowa mowy czynnej, rozumienia mowy, stosowania komunikacji), badania psychologiczne dotyczące funkcjonowania dziecka w wyżej wskazanych aspektach. W diagnozie wykorzystano następujące narzędzia: kwestionariusz wywiadu częściowo skategoryzowanego (narzędzie własne); kartę badań logopedycznych (narzędzie własne); Arkusz Zachowania się Ucznia opracowany przez Barbarę Markowską (normy z 1972 roku); Inwentarz Stanu i Cechy Lęku dla Dzieci STAIC „Jak się czujesz?" Charlesa D. Spielbergera, C. Drew Edwardsa, Roberta E. Lushene'a, Josepha Montuoriego, Denny Platzek, w polskiej adaptacji Charlesa D. Spielbergera, Tytusa Sosnowskiego, Danuty Iwaniszczuk (normy z 2005 roku); Zdania Niedokończone, autorstwa Janusza Kostrzewskiego. Badanie przeprowadzono w Krakowie, w marcu 2018 roku.

Sytuacja rodzinna i środowiskowa dziecka

Rodzina mieszka w niedalekiej odległości od Krakowa, małym mieście o rozbudowanej infrastrukturze, z dostępem do szkół, poradni, placówek opiekuńczo-

[17] G. Dryżałowska: *Rozwój językowy dziecka z uszkodzonym słuchem a integracja edukacyjna*. Warszawa, Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego 2007, s. 50.

-wychowawczych, ośrodków zdrowia, w bloku wielorodzinnym. Mieszkanie ma 2 pokoje, w tym jeden z aneksem kuchennym, pełniący funkcję sypialni i salonu, gdzie rodzice pracują, odpoczywają, dzieci odrabiają lekcje, tutaj też prowadzona jest terapia. Drugi pokój, o niewielkim metrażu, pozostaje do wyłącznej dyspozycji Jasia. Znajduje się tu łóżko, regał z książkami i zabawkami, mały stolik.

Ojciec pracuje zawodowo w prywatnej firmie, matka, nauczycielka języka angielskiego, tymczasowo przebywa na dłuższym zwolnieniu lekarskim z powodu złego stanu zdrowia. Sytuacja finansowa rodziny jest na poziomie umiarkowanym, choć ze względu na niedyspozycję mamy okresowo wiąże się z niższymi dochodami. Rodzice bardzo troszczą o dzieci (Jaś ma młodszego, niespełna 2-letniego brata). Chcą chłopcom zapewnić najlepszą jakość życia, choć zdają sobie sprawę z tego, że nie zawsze mogą sobie pozwolić na zaspokojenie wszystkich pragnień dzieci.

Małżeństwo wychowuje dzieci wspólnie, dzielą pomiędzy sobą codzienne obowiązki i wspierają się wzajemnie. W terapii Jasia zaznacza się większy udział mamy. W wychowaniu dzieci i opiece pomagają dziadkowie. Dowożą oni Jasia na zajęcia z zakresu wczesnego wspomagania rozwoju. Pomagają w gotowaniu, sprzątaniu i prowadzeniu domu.

Czas wolny rodzina zawsze spędza razem. Czytają książki, układają puzzle, organizują wycieczki piesze i rowerowe. Uwielbiają gotować, co jest dla nich źródłem relaksu i sposobem na oderwanie się od codziennych trosk.

Jaś uczęszcza do przedszkola integracyjnego. Zwykły dzień rozpoczyna się od pobudki około godziny 6.45 i poranne czynności (toaleta, posiłek, ubieranie się). Jaś wychodzi do przedszkola najczęściej z tatą, około godziny 7.30. W placówce przebywa zazwyczaj 6–7 godzin. O godzinie 15.00 wraca do domu, zjada posiłek i przystępuje do zajęć logopedycznych i rewalidacyjnych. Po module terapeutycznym następuje przerwa na drugi posiłek i do godziny 19.00 ma czas wolny, który poświęca na gry, zabawy. Po wieczornej toalecie, dziecko wspólnie z domownikami zjada kolację, czyta bajkę, odmawia modlitwę i układa się do snu.

Charakterystyka dziecka

Jaś jest dzieckiem z obustronnym niedosłuchem przewodzeniowym, fluktuacyjnym, ze zdiagnozowaną dyslalią i opóźnionym rozwojem mowy. Przebieg ciąży – zgodnie z relacją matki – był nieprawidłowy, orzeczono zagrożenie poronieniem, matka znajdowała się pod stałą specjalistyczną opieką medyczną, kilkukrotnie przebywała na oddziale patologii ciąży spowodowały. Stan psychiczny matki w tym okresie był określony przez ciągły stres i lęk przed utratą dziecka, nie pozwalało to na przeżywanie czasu oczekiwania na urodziny syna w atmosferze spokoju. Dziecko urodziło się siłami natury, o czasie. Od pierwszych dni rozwój jego był bacznie śledzony przez rodziców, z obawy o wystąpienie niepra-

widłowości. Kiedy Jaś miał około 2 lat, matkę zaniepokoił zaobserwowany u niego słaby rozwój mowy:

> Około drugiego roku zaczęłam martwić się, że Jaś nie mówi (powtarzał tylko „mama", „tata"), a nie oglądaliśmy bajek w TV, tylko czytaliśmy, Jaś miał cały czas kontakt z dorosłymi i dziećmi, nie używał smoczka, od ósmego miesiąca życia jadł ładnie, stałe pokarmy, pił z kubeczka i z rurki (więc wiedziałam, że aparat mowy powinien być dobrze rozwinięty).

Dziecko kilkukrotnie konsultowano logopedycznie, diagnoza nie została postawiona. Działania rehabilitacyjne odraczane były przez specjalistów, którzy nie potrafili wykryć przyczyn opóźnionego rozwoju mowy. Matka, pytając o przyczynę, otrzymywała informacje zwrotne: „jeszcze ma czas", „chłopcy mówią później", „na pewno to moja wina, ponieważ puszczam mu piosenki po angielsku".

Dziecko po dłuższym czasie (w około 3. roku życia) zostało skonsultowane z surdologopedą, nauczycielem akademickim, który zasugerował jako pierwszy, że przyczyną późnego i powolnego rozwoju mowy może być niedosłuch. Wstępne badanie diagnostyczne potwierdziły przypuszczenia, dziecko trafiło pod opiekę Specjalistycznej Poradni Diagnozy i Rehabilitacji Dzieci i Młodzieży z Wadą Słuchu PZG w Krakowie, gdzie do dziś objęte jest leczeniem i terapią.

Lekarz specjalista otolaryngologii dziecięcej po wykonaniu badań słuchu oraz badaniu fizykalnym stwierdził niedosłuch fluktuacyjny, którego przyczyną był przewlekły stan zapalny śluzówki nosogardła. Podjęto leczenie farmakologiczne mające na celu zmniejszenie/usunięcie odczynu zapalnego, obkurczenie śluzówki dla udrożnienia niewydolnej trąbki słuchowej. Zalecono usunięcie trzeciego migdałka. W 2015 roku dziecko zostało poddane zabiegowy adenotomii w jednym ze specjalistycznych szpitali klinicznych. Nie stwierdzono żadnych istotnych różnic w poprawie słyszenia dziecka. Kilka miesięcy później Jaś został objęty opieką w Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym w Krakowie, z usług którego, ze względu na odległe terminy wizyt oraz brak lekarza prowadzącego, rodzice zrezygnowali. Dziecko zostało skonsultowane w Instytucie Fizjologii i Patologii Słuchu w Kajetanach, gdzie stwierdzono odrost trzeciego migdałka i zalecono ponowną adenotomię. W lutym 2016 roku Jaś został skierowany na rehabilitację w Bocheńskiej Kopalni Soli. Do listopada uczestniczył w subterraneoterapii. Pod koniec 2016 roku do problemów dołączyło atopowe zapalenie skóry na tle alergii pokarmowej. Zdiagnozowano u Jasia nietolerancję białka (tzw. skazę białkową). Kolejno pojawiło się przewlekłe zapalenie zatok przynosowych. Podjęto próby zastosowania inhalacji solankowych w Kopali Soli w Wieliczce oraz leczenie inhalatorem pulsacyjno-wibracyjnym typu AMSA z wykorzystaniem leków sterydowych. W wyniku oddziaływań farmakologicznych oraz miesięcznego wyjazdu pozwalającego na zmianę klimatu (klimat wyspowy, morski) stan dziecka nieznacznie się poprawił. W maju 2017 roku Jaś został poddany kolejnemu wycię-

ciu migdałków, wykonano paracentezę błon bębenkowych oraz założono dreny (tympanostomia). Obecnie zauważa się poprawę stanu zdrowia dziecka, progi słuchowe uległy obniżeniu, ucho środkowe jest stale wentylowane, co zapobiega nawracaniu stanów zapalnych.

Od 3. roku życia Jaś pozostaje pod opieką logopedyczną, finansowaną przez rodziców. Zajęcia odbywa raz w tygodniu. Ponadto terapii poddawany jest w przedszkolu (0,5 godz./tydzień). Od początku 2017 roku pozostaje pod opieką zespołu wczesnego wspomagania rozwoju (1,5 godz./tydzień). Dziecko posiada orzeczenie o niepełnosprawności, orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego i opinię o potrzebie specjalistycznej pomocy z zakresu wsparcia rozwoju. Rodzice zaangażowani się w prowadzeni rehabilitacji także w domu. Podejmują codziennie godzinne ćwiczenia wspierające rozwój mowy dziecka.

Jaś to bardzo radosny chłopczyk. Matka podkreśla też jego indywidualizm. Jak ocenia, jest dzieckiem inteligentnym, bystrym, ale leniwym i bardzo emocjonalnym. W grupie funkcjonuje dobrze, aczkolwiek przejawia problemy we wchodzeniu w relacje. Kiedy uda mu się nawiązać kontakt, potrafi go podtrzymywać. Obecnie jest przez dzieci w przedszkolu akceptowany, choć nastąpiło to dopiero po długim czasie (około 2 lat). To chłopiec otwarty, przyjacielsko nastawiony do dzieci, współpracujący, choć czasem potrafi narzucać swoje zdanie. Ma swoich ulubionych kolegów, z którymi spędza czas na wspólnej zabawie. Bardzo kocha i troszczy się o młodszego brata, czasem jest o niego zazdrosny, zdarza się również, że się na niego złości. Rodzice kształtują w Jasiu kontrolę emocji, dziecko potrafi szczerze sygnalizować i opowiadać o uczuciach. Wychowywany jest w duchu poszanowania innych ludzi i wspierania słabszych. Pasją dziecka jest historia, a ulubioną zabawą układanie klocków Lego.

W kontekście edukacyjnym i terapeutycznym Jaś manifestuje liczne problemy. Przejawia niechęć do przedszkola, nerwowe reakcje i upór, szybki spadek koncentracji uwagi, męczliwość. Pojawia się często złość, bierność, wycofanie. Zachowania dziecka jest silnie uzależnione od tego, z kim pracuje. Matka twierdzi, że najskuteczniejsza terapia to ta domowa, gdyż sama kontroluje jej przebieg, nie dopuszcza do nieukończenia danego zadania. Problemy dziecka nasiliły się po zmianie wychowawczyni w przedszkolu. Z osobą pełniącą tę funkcję obecnie Jaś nie podejmuje współpracy. Najchętniej pracuje z prywatnym logopedą i z surdopedagogiem.

Jaś będzie kontynuować edukację w masowej szkole. Matka jednak ma obawy, czy dziecko poradzi sobie ze stawianymi wymaganiami, ze względu na bardzo słaby rozwój mowy czynnej oraz podejrzenie dysleksji.

Mocne strony Jasia to empatia i inteligencja, słabe to ataki złości, lenistwo, słaba koncentracja.

Diagnoza audiologiczna

Jaś, 6 lat i 6 miesięcy, poddany diagnozie, od 3. roku życia pozostaje pod opieką lekarzy otolaryngologów. Na przestrzeni lat uzyskano materiał badawczy ukazujący nieprawidłowości w funkcjonowaniu narządu słuchu wynikające z nawracających stanów zapalnych ucha środkowego jako konsekwencji przerostu śluzówki nosogardła, przy niedrożności trąbki słuchowej, o nieustalonej etiologii.

Do diagnozy poziomu niedosłuchu dziecka wykorzystano dane z badania fizykalnego oraz wyniki badań słuchu (audiometria tonalna, tympanometria, otoemisja akustyczna, potencjały wywołane z pnia mózgu).

Na podstawie zebranych danych stwierdza się niedosłuch fluktuacyjny, symetryczny, obustronny, lekki do umiarkowanego, o typie przewodzeniowym. Przebieg krzywych audiometrycznych płaski. Okresowo niedosłuch pogłębia się w przypadku obu uszu w zakresie tonów wysokich (próg około 40 dB), z zachowaniem pogranicza normy dla tonów niskich i średnich (próg około 25 dB).

Dziecko w obecnym stanie nie kwalifikuje się do zaopatrzenia w protezy słuchowe, ze względu na założone dreny oraz wykonane zabiegi mające na celu udrożnienie i osuszenie ucha środkowego. Przy zastosowanych rozwiązaniach klinicznych obserwuje się dobre rezultaty i powrót słyszenia do normy.

Diagnoza logopedyczna

Opóźniony rozwój mowy czynnej, na tle okresowego podwyższenia się progu odbioru dźwięków i utrudnień kontroli odsłuchu. Odbiór dźwięków kompensowany wzrokowym kanałem percepcyjnym. Diagnoza dyslalii wynikającej z nieprawidłowości w budowie aparatu artykulacyjnego (zgryz otwarty, pozostałe artykulatory bez zmian patologicznych). Zdiagnozowany sygmatyzm właściwy. Deformacje wynikają ze zmiany miejsca artykulacji głosek. Większość dźwięków realizowana jest międzyzębowo, nieprawidłowa wymowa dotyczy zaburzeń dwóch szeregów głosek – dziecko przejawia tendencję do międzyzębowej realizacji głosek szeregu syczącego i szumiącego.

Chłopiec realizuje głoski zwartoszczelinowe (*c*, *dz*) w postaci substytucji głoską zwartowybuchową *t* (parasygmatyzm). Dziecko wykazuje dobrą pionizację języka, potrafi prawidłowo realizować głoski szeregu syczącego w izolacji, zaczyna prawidłowo realizować w ciągach zautomatyzowanych inne głoski syczące i zwartoszczelinowe. W ostatnim czasie została wywołana głoska *cz* i obecnie jest ona utrwalana w wyrazach i zdaniach. W mowie spontanicznej prawidłowe realizacje ćwiczonych głosek zdarzają się bardzo sporadycznie.

Jaś cały czas wykazuje skłonność do pozostawiania wpół otwartej pozycji artykulatorów (żuchwa – szczęka górna), co przyczynia się do nieprawidłowej

pozycji spoczynkowej języka na dnie jamy ustnej. Zachowane są rytm, melodia, akcent, ale mowa jest zatarta, mało zrozumiała lub okresowo zupełnie niezrozumiała.

Jaś nie wykazuje nieprawidłowości w rozumieniu mowy. Swoje myśli wyraża poprawnie, zasób słownictwa ma adekwatny do wieku i także adekwatnie stosuje słownictwo do sytuacji. Problemy logopedyczne nasilają się w przypadku nawrotów stanu zapalnego ucha środkowego. Obejmują nieprawidłowości odsłuchowe i kontroli słuchowej oraz pracy artykulatorów. Dodatkowo przerost śluzówki nosogardła powoduje okresowo nosowanie zamknięte oraz nieprawidłowości w ułożeniu języka.

Diagnoza wybranych aspektów osobowości dziecka

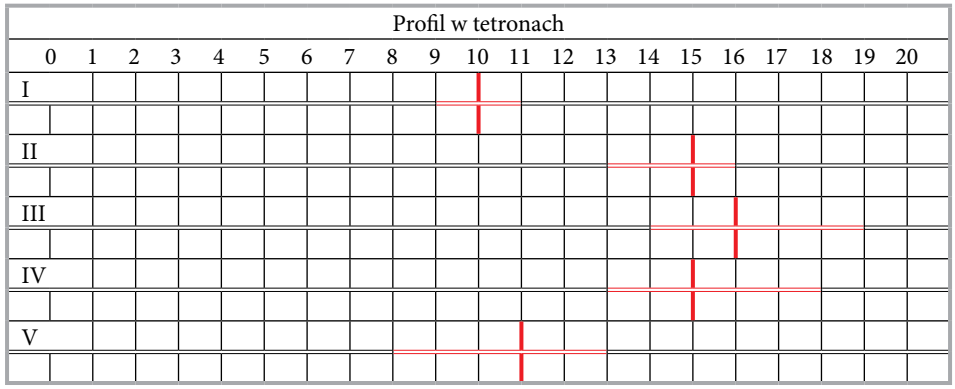
Arkusz Zachowania się Ucznia, autorstwa Barbary Markowskiej

Jaś, 6 lat i 6 miesięcy dnia 23 marca 2018 roku został poddany ocenie za pomocą Arkusza Zachowania się Ucznia, opracowanego przez Barbarę Markowską, w celu ukazania zachowania dziecka, poziomu jego uspołecznienia, motywacji do nauki oraz reakcji lękowych. Ocenę przeprowadziła matka Jasia.

Diagnoza formalna

Tabela 1. Zestawienie wyników surowych oraz przeliczonych dla badania kwestionariuszem Arkusz Zachowania się Ucznia, autorstwa Barbary Markowskiej

Czynnik	▪ Wynik surowy ▪ 85% przedział ufności	▪ Centyl ▪ 85% przedział ufności	▪ Tetron ▪ 85% przedział ufności	Wynik – opis jakościowy
I. Motywacja do nauki	42 38 ÷ 46	52 40 ÷ 64	10 9 ÷ 11	przeciętny
II. Zachowanie antyspołeczne	37 33 ÷ 41	88 78 ÷ 95	15 13 ÷ 16	wysoki
III. Przyhamownie	43 39 ÷ 47	95 86 ÷ 99	16 14 ÷ 19	wysoki
IV. Uspołecznienie	52 48 ÷ 56	90 75 ÷ 98	15 13 ÷ 18	wysoki
V. Zainteresowanie seksualne	4 3 ÷5	58 31 ÷ 76	11 8 ÷ 13	przeciętny



Rycina 1. Profil tetronowy dla wyników uzyskanych Arkuszem Zachowani Ucznia

Oznaczenia: I – motywacja do nauki; II – zachowanie antyspołeczne; III – przyhamowanie; IV –uspołecznienie; V – zainteresowanie seksualne.

Źródło: Opracowanie własne.

Tabela 2. Zestawienie różnic minimalnych dla badania Arkuszem Zachowania się Ucznia, autorstwa Barbary Markowskiej

Czynnik	Zachowanie antyspołeczne	Przyhamownie	Uspołecznienie
Motywacja do nauki	5*	6*	1
Zachowanie antyspołeczne	–	1	4*
Przyhamowanie	1	–	5*
Uspołecznienie	4*	5*	–

* Stwierdzona istotność różnic.

Źródło: Opracowanie własne.

Dokonując analizy wyników, należy zauważyć, że skale I. Motywacja do nauki, V. Zainteresowanie seksualne lokują się na poziomie przeciętnym, natomiast skale II. Zachowanie antyspołeczne, III. Przyhamowanie i IV. Uspołecznienie – na poziomie wysokim, przy czym czynniki II. Zachowanie antyspołeczne i III. Przyhamowanie są bliskie poziomowi bardzo wysokiemu.

Szczegółowo analizując wyniki, notuje się, że badany uzyskał w skali II. Zachowanie antyspołeczne wynik wysoki (15 TET), przy czym wynik prawdziwy obejmuje przedział (13 ÷ 15 TET) – w odniesieniu do norm w całości mieszczący się w przedziale wyników wysokich (13 ÷ 16 TET). Wynik wysoki badany uzyskał także w przypadku skali III. Przyhamowanie (16 TET) – wynik prawdziwy obejmuje przedział (14 ÷ 19 TET), który w odniesieniu do norm mieści się w przedziale wyników wysokich (13 ÷ 16 TET) i bardzo wysokich (17 ÷ 20 TET). Wynik wysoki notuje się również w skali IV – Uspołecznienie (15 TET), przy czym wynik praw-

dziwy obejmuje przedział (13 ÷ 18 TET), który w odniesieniu do norm mieści się w przedziale wyników wysokich (13 ÷ 16 TET) i bardzo wysokich (17 ÷ 20 TET).

W analizie statystycznej istotnych różnic między skalami zauważa się dominację przyhamowania oraz zachowania antyspołecznego nad motywacją do nauki i uspołecznieniem.

Charakteryzując badaną osobę, należy stwierdzić, że Jaś to chłopiec otwarty na relacje z innymi osobami, pozostającymi z nim w kontaktach towarzyskich. Na tej płaszczyźnie jest szczery, śmiały, życzliwy i akceptujący. Przejawia jednak negatywną postawę w kontaktach z nauczycielami, wychowawcami, terapeutami. To negatywne nastawienie nie manifestuje się agresją, lecz biernością, wycofaniem, „ucieczką", oporem wobec wymagań placówek edukacyjnych czy terapeutycznych. Jaś może przejawiać słabą motywację do nauki, a w rezultacie czynić słabe postępy w nabywaniu wiedzy, sprawności, umiejętności. Ponadto dziecko wykazuje tendencje do reakcji lękowych i obniżonego samopoczucia.

Inwentarz Stanu i Cechy Lęku dla Dzieci STAIC „Jak się czujesz?"

28 marca 2018 roku Jaś został przebadany za pomocą kwestionariusza Inwentarz Stanu i Cech Lęku dla Dzieci STAIC, pozwalającego na ustalenie poziomu lęku rozumianego jako cecha i stan. Dziecko bardzo chętnie brało udział w badaniu, sprawnie i szybko odpowiadał na pytania. Było spokojne, zrelaksowane. Mama znajdowała się w zasięgu wzroku chłopca, nie ingerowała w przebieg badania.

Diagnoza formalna

Tabela 3. Zestawienie wyników badań Inwentarzem Stanu i Cech Lęku dla Dzieci STAIC

Skala	WS	WS – 85% przedział ufności	Centyl	Centyl – 85% przedział ufności	Sten	Sten – 85% przedział ufności
C1	33	29 ÷ 37	80	80 ÷ 88	7	6 ÷ 8
C2	44	41 ÷ 47	95	92 ÷ 98	9	8 ÷ 10

Źródło: Opracowanie własne.

Wynik surowy uzyskane w skali C1 (lęk jako stan) wyniósł 33 (przy uwzględnieniu 85% przedziału ufności wyniki mieszczą się w przedziale 29 ÷ 37), co daje 65 centyl i oznacza, iż 65% badanych z grupy standaryzacyjnej otrzymało taki sam lub niższy wynik, a 35% wyższy. W przeliczeniu na normy stenowe Jaś osiągnął 7 sten, co stanowi wynik wysoki. W skali C2 (lęk jako cecha) uzyskany wynik surowy wyniósł 44 (przy uwzględnieniu 85% przedziału ufności wyniki mieszczą się w przedziale 41 ÷ 47), co daje 95 centyl i oznacza, że 95% badanych z grupy standaryzacyjnej otrzymało taki sam lub niższy wynik, a 8 % – wyższy. W przeliczeniu na normy stenowe Jaś osiągnął 9 sten, co stanowi wynik wysoki.

Dokonując interpretacji wyników, można stwierdzić, że Jaś, to dziecko o podwyższonym poziomie lęku, doświadczające obaw, napięcia czy niepokoju. Badany ma także poczucie zagrożenia (Skala C1 – 7 sten, wynik podwyższony). Jaś nie reaguje adekwatnie do sytuacji, przejawia nieproporcjonalny lęk w stosunku do obiektywnie ocenianych jako niezagrażające sytuacji, postrzega/odczuwa rzeczywistość jako zagrażającą, niebezpieczną (C2 – 9 sten, wynik wysoki).

Zdania Niedokończone autorstwa Janusza Kostrzewskiego

28 marca 2018 roku Jaś uczestniczył w badaniu uzupełniającym metodą projekcyjną, z wykorzystaniem narzędzia Zdania Niedokończone. Dziecko chętnie współpracowało, sprawnie analizowało treści, tworzyło adekwatne wypowiedzi dotyczące zdań, które miało dokończyć.

W analizie treści wyłoniono 5 wątków mających istotne znaczenie dla funkcjonowania dziecka (relacje rodzinne, przyszłość oraz archetyp prezydenta, relacje społeczne, terapia, lęki).

W relacjach rodzinnych zauważa się szczerość, miłość, wspólnotę. Relacje są oparte o szacunek, zrozumienie. Dziecko w domu znajduje wsparcie, otuchę, bezpieczeństwo. Najsilniej związane jest z matką. Matka postrzegana jest jako osoba zaufana, ciepła, kochająca, życzliwa, pomocna. Dziecko czuje w niej wsparcie, ochronę, ostoję. Ojciec jest również ważny w życiu chłopca. Więzi emocjonalne są silne, chłopiec postrzega go jako odpowiedzialnego za dobrobyt rodziny. Boi się rozłąki, opuszczenia rodziny przez ojca z powodu konieczności podjęcia pracy poza granicami kraju.

W dziecięcych marzeniach-fantazjach pojawia się archetyp prezydenta. W powiązaniu z sytuacją materialno-bytową rodziny, można to uznać za podświadome wyrażanie dążenia do dostatniejszego życia, wyzbycia się problemów, posiadania nieograniczonych możliwości w realizowaniu życiowych zamierzeń, natomiast w odniesieniu do tendencji osobowościowych (egocentryzm, chęć być zauważanym, indywidualizm) – dążenia do władzy, autorytetu, osiągnięć, poklasku, uznania społecznego.

Troska o brata, ze szczególnym zwróceniem uwagi na jego mowę, obawy przed nieprawidłowym rozwojem to wyraz refleksyjności i świadomości dziecka własnych problemów. Poczucie braku zrozumienia, trudności w wyrażaniu myśli, uczuć, współuczestnictwa w życiu społecznym łączą się z negatywnym wpływem niedostatków systemu edukacyjnego przedszkola oraz uciążliwości codziennej terapii prowadzonej w domu (treningi logopedyczne, rehabilitacja, ograniczenia dla dobra rozwoju mowy dziecka, na przykład dotyczące oglądania telewizji). Wątek przedszkolny ma dwa oblicza. Na pierwsze składają trudne relacje z opiekunami grupy, postawa rygorystycznej i karcącej wychowawczyni, wstyd dziecka i lęk przed karą, na drugie – relacje rówieśnicze i bezradność Jasia w kontaktach z prowokującym kolegą.

Jaś jest dzieckiem lękliwym. Boi się porażki, oceny, kary. Wyrażany przez chłopca lęk przed spadającym sufitem można zinterpretować jako wyraz niemożności poradzenia sobie z sytuacjami obciążającymi, wywołującymi poczucie przytłoczenia oraz lęku przed ciemnością, jako odejściem, osamotnieniem, pustką. Warto zaznaczyć, że ocena rzeczywistości przez chłopca nie zawsze jest adekwatna.

Analiza i interpretacja danych

Jaś to inteligentny chłopiec, którego rozwój psychofizyczny warunkowało późne postawienie diagnozy niedosłuchu i podjęcie oddziaływań terapeutycznych, pomimo wczesnego wykrycia nieprawidłowości przez matkę. W czasie krytycznym dla prawidłowego rozwoju mowy, jej substancji suprasegmentalnej i segmentalnej, żaden lekarz, w tym żaden logopeda, nie zwrócił uwagi na stan narządu słuchu, pomimo objawów nawracających infekcji nosogardła i licznych konsultacji z inicjatywy rodziców.

W wyniku zaniedbań diagnostycznych, pomimo stosunkowo niewielkiego poziomu niedosłuchu przewodzeniowego, u chłopca doszło do zaburzeń rozwojowych w postaci opóźnionego rozwoju mowy i utrwalenia nieprawidłowych wzorców artykulacyjnych. Dzięki podjętej intensywnej terapii chirurgicznej, farmakologicznej, laryngologicznej i logopedycznej po kilku latach stan słuchu uległ poprawie, jednak Jaś, mimo że obecnie rozumie mowę i poprawnie jej używa, generuje sygnały mocno zaburzone jakościowo, słabo czytelne dla odbiorcy. Utrudnia to i zakłóca nawiązywanie kontaktów społecznych (szczególnie że chłopiec jest w wieku intensywnego powstawania i kształtowania się tychże kompetencji rozwojowych), przy czym chłopca cechuje jednocześnie uspołecznienie, otwartość i chęć bycia częścią grupy. Konsekwencją są utrudnienia w funkcjonowaniu dziecka w przedszkolu, rodzące się frustracje i konflikty dotyczące kontaktów społecznych. Środowisko i tryb życia dziecka, duże obciążenie obowiązkami, nadmiernymi wymaganiami i rygorem terapeutycznym przyczyniają się do powstawania kolejnych problemów rozwojowych. Dziecko coraz gorzej radzi sobie z obciążeniem, krytyką, porażką. Jednocześnie jego inteligencja, ambicje, marzenia powodują, że czuje ograniczenia, z którymi nie umie sobie poradzić, pojawiają się lęki, napięcia i niepokoje. Opoką Jasia jest matka, jednak relacja z nią zaczyna przybierać formę uzależnienia. Dziecko bez mamy przejawia bezradność, bierność, a zarazem opór i upór. Nauczycieli i terapeutów naprzemiennie porównuje z matką, z jednej strony chce, by byli dla niego opiekuńczy, akceptujący, odrzucając ich dyrektywność, z drugiej sprzeciwia się prowadzonym oddziaływaniom (wycofuje i manifestuje bierność). Terapia nie przynosi efektów, gdyż dziecko jest jedynie biernym odbiorcą oddziaływań terapeutycznych.

Zakończenie

W dobie XXI wieku – mogło by się wydawać – sytuacja opisana w artykule nie powinna nigdy wystąpić. Niekompetencja, niewiedza, być może niechlujstwo, arogancja, brak krytycyzmu czy rutyna lekarzy i terapeutów miały ogromne konsekwencje dla funkcjonowania dziecka i jego rodziny. Niewielkiego stopnia niedosłuch prawidłowo zdiagnozowany i leczony, przy krzywych progowych 30–40 dB, nie powinien w rzeczywistości pozostawić żadnych trwałych śladów w rozwoju dziecka. Wskutek wspomnianych zaniedbań dziecko zostało jednak narażone na stres, ból fizyczny i ogromne obciążenie emocjonalne. Sytuacja rodziny i cały jej sposób funkcjonowania podporządkowany został terapii, dla dobra rozwoju dziecka.

Przedstawiony przykład pokazuje, jak bardzo istotnym jest prawidłowe leczenie nawet lekkich, przewodzeniowych problemów słuchowych i jak poważne i wielopłaszczyznowe zaburzenia może spowodować pozornie niewielka wada. Wczesne wykrycie niedosłuchu to bowiem pierwszy krok do sukcesu. Ciężar diagnozy spoczywa na terapeutach i lekarzach, a często obserwuje się, ten element systemu zawodzi. Na tym aspekcie należy skupić końcowe rozważania. Przez pierwsze 3 lata życia dziecka, żaden ze specjalistów udzielających konsultacji nawet nie podejrzewa uszkodzenia słuchu (w przypadku Jasia fluktuacyjnego, przewodzeniowego), podczas gdy rodzice zgłaszają nawracające stany kataralne, zapalne, nieprawidłowości w rozwoju mowy i słabe reakcje na sygnały otoczenia, jakże symptomatyczne w takich przypadkach. Do 3. roku życia nie zostaje też postawiona diagnoza audiologiczna ani logopedyczna. Jaś rozpoczyna terapię w wieku 3,5 roku, z opóźnionym rozwojem mowy i utrwalonymi już błędami artykulacyjnymi. Do dzisiejszego dnia problemy pogłębiają się, gdyż codzienność stawia przed Jasiem coraz nowsze wyzwania komunikacyjne. Zaburzone zostaje funkcjonowanie systemu rodzinnego pod względem materialnym i podziału obowiązków. Dziecko zaczyna świadomie odmawiać współpracy, będąc nadmiernie obciążone, a jednocześnie, jako zdolne i inteligentne chciałoby – tak jak jego rówieśnicy – „normalnie" funkcjonować. Bunt przeciwko instytucjom, terapeutom i pojawiające się u chłopca lęki to kolejne wyzwania terapeutyczne, z którym będzie musiała zmierzyć się rodzina Jasia.

Bibliografia

Abrahams P.: *Fizjologia. Wszystko, co trzeba wiedzieć o działaniu organizmu człowieka*. Przeł. P. Kostrzewski. Warszawa 2010.

Buryn U. et al.: *Mój uczeń nie słyszy. Poradnik dla nauczycieli szkół ogólnodostępnych*. Warszawa, Ministerstwo Edukacji Narodowej 2011.

Dryżałowska G.: *Rozwój językowy dziecka z uszkodzonym słuchem a integracja edukacyjna*. Warszawa, Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego 2007.

Ilg F.L., Ames L.B., Baker S.M.: *Rozwój psychiczny dziecka od 0 do 10 lat. Poradnik dla rodziców, psychologów i lekarzy*. Przeł. M. Przylipiak. Gdańsk, Gdańskie Wydaw. Psychologiczne 2007.

Kaiser- Grodecka I.: *Charakterystyka wybranych procesów poznawczych u dzieci głuchych*. W: *Psychologia dziecka głuchego*. Red. T. Gałkowski, I. Kaiser-Grodecka, J. Smoleńska. Warszawa, , Państwowe Wydaw. Naukowe 1988, s. 118–119.

Krakowiak K.: *Studia i szkice o wychowaniu dzieci z uszkodzeniami słuchu*. Lublin, Wydaw. Marii Curie-Skłodowskiej 2006.

Kuczkowski J.: *Phisiology and Pathology of Hearing*. W: *Surdologopedia. Teoria i praktyka*. Red. E. Muzyka-Furtak. Gdańsk, Harmonia Universalis 2015, s. 26–27.

Kułakowska Z.: Wczesne uszkodzenie dojrzewającego mózgu. Od neurofizjologii do rehabilitacji. Lublin, Folium 2003.

Kurkowski Z.: *Centralne zaburzenia przetwarzania słuchowego*. W: *Surdologopedia. Teoria i praktyka*. Red. E. Muzyka-Furtak. Gdańsk, Harmonia Universalis 2015, s. 55–56.

Morawiec-Bajda A.: *Podstawy anatomii i fizjologii zmysłu słuchu i równowagi*. W: *Otolaryngologia. Skrypt dla studentów medycyny i stomatologii*. Red. B. Latkowski. Warszawa, Wydaw. Lekarskie PZWL 1995, s. 7–56.

Narkiewicz O.: *Narząd przedsionkowo-ślimakowy*. W: *Anatomia człowieka*. J. Sokołowska-Pituchowa. Warszawa, Wydaw. Lekarskie PZWL 2000, s. 851–866.

Obrębowski A.: *Podstawowe wiadomości z filo- i ontogenezy oraz anatomii narządu słuchu*. W: *Zarys audiologii klinicznej*. Red. A. Pruszewicz. Poznań, Wydaw. Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego 2000, s. 39–60.

Perier O.: Dziecko z uszkodzonym narządem słuchu. Aspekty medyczne, wychowawcze, socjologiczne i psychologiczne. Przeł. T. Gałkowski. Warszawa, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne 1992.

Skarżyński H., Mueller-Malesińska M., Wojnarowska W.: *Klasyfikacje zaburzeń słuchu*. Warszawa, Audiofonologia X 1997, s. 55–56.

Smoleńska J., *Niedosłyszący*. W: *Psychologia dziecka głuchego*. Red. T. Gałkowski, I. Kaiser-Grodecka, J. Smoleńska. Warszawa, Państwowe Wydaw. Naukowe 1988, s. 257.

Stachyra J.: *Zdolności poznawcze i możliwości umysłowe uczniów z uszkodzonym słuchem*. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 2001.

Szczepankowski B.: *Niesłyszący, głusi, głuchoniemi. Wyrównywanie szans*. Warszawa, Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne 1999.

„Logopedia Silesiana", t. 7, ISSN 2391-4297
DOI 10.31261/LOGOPEDIASILESIANA.2018.07.10
(cc) BY-SA

Kamila Bigos
Zakład Logopedii i Językoznawstwa Stosowanego, Wydział Humanistyczny, Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie
0000-0002-9868-4580

Rozwój sprawności sensorycznych w normie i zaburzeniu Analiza porównawcza

The Development of Perceptual Functions as a Norm and Pathology: A Comparative Analysis

Abstract: A child with pervasive developmental disorder shows the disturbances in the developmental dynamics, an effect that might be strengthened if autism or intellectual disorders have been diagnosed as well. This article is an attempt to compare the condition of the perceptual functions of an eight-year-old boy who suffers from multiple developmental disorders, that is, autism and moderate intellectual disorder, to that of the developmental age of a six-year-old child. The empirical data contain numerous observations, the studies based on the self-prepared questionnaires assessing the child's psychomotor development, and the interviews with parents, teachers, and therapists. The outcomes show the disproportion between the examined cases and indicate significant development delay of the child with autism – absent in his healthy friend – which results in the decreased participation in his environment.

Key words: multiple-complex developmental disorders, autism spectrum disorder, intellectual disability, psychomotor development, perceptual functions

Autyzm, czyli całościowe zaburzenie rozwojowe, w zdecydowanej większości przypadków współwystępuje z niepełnosprawnością intelektualną, która odnosi się nie tylko do sfery poznawczej, ale również do możliwości społecznych i adaptacyjnych[1]. Stąd trudności, jakie sprawia diagnostyka i jednoznaczne określenie przyczyn objawów manifestujących się u dziecka ze sprzężonymi zaburzeniami rozwoju. Poza typowymi objawami, jakie wynikają z triady zaburzeń autystycznych (zaburzenia interakcji społecznych, zaburzenia komunikacji, specyficzne wzorce zachowań, zainteresowań i aktywności), u dzieci z autyzmem bardzo często można dostrzec wiele innych, nietypowych symptomów. Do najczęstszych należą problemy sensoryczne, które ujawniają się w najbardziej zróżnicowanej formie, obserwowane są bowiem obszary funkcjonowania, w których dziecko nie

[1] E. Pisula: *Autyzm u dzieci. Diagnoza, klasyfikacja, etiologia*. Gdańsk, Wydaw. Naukowe PWN 2016, s. 63.

radzi sobie zupełnie, ale występują też takie, w których osiąga ono najwyższy poziom perfekcji, co świadczy o wysokim poziomie kodowania i integracji jego spostrzeżeń[2]. Zaburzenia percepcji objawiać się mogą w postaci: a) nadwrażliwości na dźwięki, zapachy i/lub dotyk, kiedy to dziecko niechętnie zakłada określony typ ubrań, zatyka uszy z powodu nadmiernego dlań hałasu, unika kąpieli czy niektórych potraw; b) braku reakcji na niektóre bodźce, wówczas można odnieść wrażenie, że dziecko nie słyszy dobiegających doń dźwięków czy nie odczuwa bólu; c) fascynacji niektórymi bodźcami (np. wodą, światłem), kiedy dziecko poprzez samostymulację dostarcza sobie określonych wrażeń sensorycznych, na przykład kręci się w kółko, trzepota rękoma, przebiera palcami czy wpatruje się w źródło światła[3]. Przyczyną tychże zachowań mogą być zaburzenia receptywno-percepcyjne w zakresie bodźców sensorycznych, z czego wynikają także liczne zaburzenia zachowania w postaci napadów złego humoru połączonych z płaczem i/lub krzykiem oraz zachowania agresywne i autoagresywne, wówczas gdy dochodzi do przeciążenia układu nerwowego, wynikającego z nadmiernej stymulacji[4].

Do najczęstszych zaburzeń recepcji i percepcji sensorycznej oraz ich symptomów, które stanowią aż do 88% zaburzeń u dzieci z autyzmem, należą zatem:

a) w zakresie dotyku – unikanie dotykania, głaskania, całowania, przytulania, preferowanie lub unikanie przedmiotów o określonej fakturze (np. rzeczy miękkie, puszyste, śliskie), awersja do ubrań o określonej fakturze i wykonanych z określonych materiałów;
b) w zakresie słuchu – zatykanie uszu w głośnym otoczeniu, nietolerancja niektórych dźwięków lub wsłuchiwanie się w nie, nieumiejętność poprawnego powtórzenia słów, trudności z odróżnieniem dźwięków podobnie brzmiących;
c) w zakresie zapachu – mocna reakcja na niektóre zapachy, prowadząca niejednokrotnie do odruchu wymiotnego, lub zupełne niedostrzeganie zapachów nieprzyjemnych i drażniących innych;
d) w zakresie wzroku – fascynacja jaskrawymi, migającymi i/lub kolorowymi światłami, nieumiejętność rozróżniania kolorów, patrzenie peryferyczne (kątem oka – oglądany obiekt znajduje się w skrajnej części pola widzenia);
e) w zakresie smaku – preferowanie określonych smaków, wybiórczość pokarmowa, nieakceptowanie nowych smaków lub ich nierozróżnianie, jedzenie rzeczy nienadających się do spożycia;
f) w zakresie zmysłu równowagi – brak lęku przed wysokością, fascynacja ruchem okrężnym (samodzielne kręcenie się wokół własnej osi czy na krześle obrotowym) i podrzucaniem (zabawa, w której dorosły podrzuca dziecko) lub, wręcz

[2] K. Markiewicz, E. Ciećkiewicz: *Diagnostyczne różnicowanie autyzmu wczesnodziecięcego*. W: *Autyzm wyzwaniem naszych czasów*. Red. T. Gałkowski, J. Kossewska. Wydaw. Naukowe Akademii Pedagogicznej, Kraków 2000, s. 54.

[3] E. Pisula: *Autyzm. Przyczyny, symptomy, terapia*. Gdańsk, Harmonia 2016, s. 57–58.

[4] Ibidem.

przeciwnie, niechęć i odraza do ruchu, preferencja leżenia i odpoczynku, nieprawidłowe napięcie mięśniowe (hipo- lub hipertonia);

g) z zakresie propriocepcji – nieświadomość ułożenia własnego ciała, nieumiejętność kontrolowania jego ułożenia oraz poruszania częściami ciała z wyłączeniem kontroli wzrokowej, trudności z wykonywaniem ruchów precyzyjnych[5]. Zaburzenia w sferze sensorycznej mogą zatem dotyczyć każdego ze zmysłów, obejmować jeden, kilka z nich lub wszystkie, a także występować w różnych okolicznościach, przyjmować różnorakie postacie oraz manifestować się zróżnicowanym nasileniem, dlatego niezwykle istotna jest ich identyfikacja w procesie postępowania diagnostyczno-terapeutycznego[6]. Jak zauważa Katarzyna Markiewicz, owa złożoność i brak spójności w obrazie problemów percepcyjnych stanowią specyficzną cechę autyzmu dziecięcego[7].

Normatywny rozwój sprawności percepcyjnych

U dziecka, którego rozwój przebiega normatywnie, funkcje percepcyjne rozwijają się już od pierwszych dni jego życia (funkcje słuchowe rozwijają się już w życiu płodowym). Integracja sensoryczna i prawidłowy rozwój sprawności percepcyjnych warunkują zatem najbardziej złożony proces w rozwoju człowieka – porozumiewanie się.

Rozwój spostrzegania wzrokowego w 1. roku życia przebiega bardzo dynamicznie. U noworodków obserwuje się wyraźną tendencję do przyglądania się obiektom, które tworzą jakiś wzór – miesięczne dziecko dostrzega krawędzie o mocnych kontrastach (skupiając wzrok w miejscu połączenia koloru czarnego i białego), co w przyszłości skutkuje ułatwieniem w chwytaniu zabawek. Ponadto w 1. miesiącu życia kształtują się umiejętności skupiania wzroku na twarzy osoby dorosłej, śledzenia ruchu przedmiotu po łuku 90° (45° z każdej strony) oraz skupiania wzroku podczas leżenia na brzuchu. Najważniejsza umiejętność tego okresu – skupianie wzroku na osobach i przedmiotach – która kształtuje się i rozwija w ciągu kolejnych miesięcy życia dziecka, jest prymarna wobec innych funkcji wzrokowych, przez co determinuje dalszy przebieg poznawania otaczającego świata przez niemowlę[8].

U dwumiesięcznego dziecka obserwowana jest umiejętność dłuższego skupiania uwagi na twarzy osoby dorosłej oraz reagowania na nią mimiką (co jest

[5] Ibidem, s. 58–59.

[6] Ibidem.

[7] K. Markiewicz, E. Ciećkiewicz: *Diagnostyczne różnicowanie*…, s. 54.

[8] J. Cieszyńska, M. Korendo: *Wczesna interwencja terapeutyczna*. Kraków, Wydaw. Edukacyjne 2017, s. 72.

podstawą w kształtowaniu się pierwszych umiejętności społecznych oraz w procesie nabywania systemu językowego), a także śledzenia wzrokiem poruszającej się osoby[9]. W 3. miesiącu życia dziecka pojawia się uśmiech jako jego reakcja na osoby z najbliższego otoczenia, który jest pierwszą reakcją społeczną niemowlęcia (kształtowanie się dialogu pomiędzy rodzicami i dzieckiem, co warunkuje umiejętność rozpoznawania uczuć partnera interakcji i jest podwaliną w budowaniu wspólnej komunikacji)[10].

Jak wynika z badań, trzymiesięczne niemowlęta preferują kolor czerwony i żółty, dłużej przyglądają się obrazkom, kształtuje się u nich umiejętność widzenia peryferyjnego (co umożliwia odbiór bodźców pochodzących spoza obszaru, na którym dziecko aktualnie skupia swój wzrok) oraz zdolność do śledzenia obrazu znikającego z pola widzenia (obracanie główki za przedmiotem lub osobą)[11]. 4. miesiąc życia to czas, kiedy u dziecka pojawia się umiejętność interferencji obrazów pochodzących z obu oczu oraz widzenie stereoskopowe (trójwymiarowe). Pozwala to na rozpoznawanie stałości kształtu i wielkości, a w konsekwencji na dostrzeganie i rozpoznawanie obiektów (twarzy i przedmiotów) widzianych z różnych odległości i z odmiennych perspektyw. W tym okresie niemowlę doskonali umiejętność przyglądania się przedmiotom będącym w ruchu, co jest podstawą kształtowania się koordynacji wzrokowo-ruchowej[12]. W 5. miesiącu życia dziecko uczy się spostrzegać zmiany w otoczeniu przy jednoczesnym zainteresowaniu zabawką trzymaną w dłoni – wykształca się zdolność przerzutności uwagi. Jest także w stanie skoncentrować swój wzrok na ustach osoby do niego mówiącej. Do najważniejszych umiejętności, jakie w zakresie percepcji wzrokowej nabywa dziecko w 6. i 7. miesiącu życia, należy korzystanie ze wskazówek jednoocznych (dostępnych tylko dla jednego oka lub niewynikających z integracji informacji pochodzących z obu oczu – np. przy ocenie wielkości przedmiotów na ilustracji) oraz kinetycznych (pozwalających ocenić odległość obiektu na podstawie jego ruchu). Warunkuje to zdolność do rozpoznawania przedmiotów lub osób nawet wówczas, kiedy widziane są przez dziecko po raz pierwszy z danej perspektywy. Umiejętności te decydują o tworzeniu się w umyśle dziecka kategorii, które kształtują pojęcia, co po raz kolejny potwierdza, jak ważny jest wpływ spostrzegania wzrokowego na proces nabywania systemu językowego[13].

W 8. i 9. miesiącu życia w sposób szczególny tworzy się wspólne z dorosłym pole uwagi, czego przejawem jest wskazywanie przez dziecko palcem pokazywanego mu przedmiotu, będące dowodem na pojawienia się w umyśle dziecka świadomości otaczającego go świata. W tym czasie dziecko zaczyna także poszu-

[9] Ibidem.

[10] R. Vasta, M. Haith, S.A. Miller: *Psychologia dziecka*. Przeł. M. Babiuch et al. Warszawa, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne 1995, s. 35.

[11] Ibidem.

[12] J. Cieszyńska, M. Korendo: *Wczesna interwencja*…, s. 78.

[13] Ibidem.

kiwać zabawki, która zniknęła z jego pola widzenia, oraz naśladować dorosłych[14]. Pod koniec 1. roku życia dziecko aktywnie ogląda i przewraca strony w tzw. twardych książeczkach, wskazuje obiekty na ilustracjach oraz pokazuje je partnerowi interakcji. Próbuje utrzymać narzędzie graficzne w taki sposób, aby móc nim kreślić, co jest podstawowym ćwiczeniem koordynacji wzrokowo-ruchowej[15]. Cały 1. rok życia dziecka to szczególnie ważny okres w jego rozwoju, gdyż to właśnie wtedy poznaje ono świat dzięki bodźcom z otoczenia, od których liczby i jakości zależy jego dalszy rozwój poznawczy[16]. 2. i 3. rok życia jest dla dziecka czasem dynamicznych zmian w poznawaniu otaczającego go świata poprzez zmysły, a rozwój percepcji wzrokowej w zindywidualizowany sposób następuje i przejawia się głównie podczas zabaw konstrukcyjnych[17]. Od 2. do 3. roku życia doskonali się percepcja wzrokowa w aktywnościach związanych z posługiwaniem się narzędziami, a dzieci szczególnie chętnie naśladują zachowania dorosłych, bacznie się im przyglądając. Wszystkie czynności motoryczne (szczególnie manualne) w tym okresie istotnie wpływają na rozwój percepcji wzrokowej, dlatego też mówi się tutaj o wzmożonym rozwoju koordynacji wzrokowo-ruchowej[18]. Okres przedszkolny to czas intensywnego rozwoju analizy i syntezy wzrokowej, czego konsekwencją jest opanowanie przez dziecko czynności czytania i pisania[19]. Zmysł wzroku dostarcza człowiekowi różnorodnych i istotnych dla życia informacji, pełni prymarną funkcję w rozwoju inteligencji oraz w procesie uczenia się komunikacji językowej, dlatego stanowi niezwykle ważny element w poznawczym funkcjonowaniu jednostki, a u dzieci z zaburzeniami rozwoju jest konieczna jego stymulacja[20].

Percepcję słuchową, która decyduje o prawidłowym rozwoju mowy, warunkują przez odpowiednio wykształcone funkcje słuchowe (w odniesieniu nie tylko do zróżnicowanych czynności słuchowych i ich roli w przetwarzaniu dźwięków, ale również do ich wzajemnej korelacji)[21]. Pierwsza podstawowa funkcja słuchowa – recepcja dźwięków – zaczyna kształtować się już w okresie prenatalnym (4.–5. miesiąc) jako pierwsze reakcje sensoryczno-motoryczne na bodźce akustyczne. Około 24.–26. tygodnia płód, niezależnie od reakcji organizmu matki, zaczyna reagować na intensywne dźwięki, zwiększoną aktywnością lub zmianą rytmu serca. W okresie prenatalnym kształtuje się także funkcja różnicowania dźwięków (na początku dotyczy to głównie natężenia dźwięku), która jest zdol-

[14] Ibidem.
[15] Ibidem.
[16] Ibidem.
[17] Ibidem.
[18] Ibidem.
[19] Ibidem.
[20] Ibidem.
[21] Z.M. Kurkowski, A. Kruczyńska: *Rozwój funkcji słuchowych*. W: *Surdologopedia. Teoria i praktyka*. E. Muzyka-Furtak. Gdańsk, Harmonia Universalis 2015, s. 74.

nością do percypowania podobieństw i różnic pomiędzy bodźcami akustycznymi i jednocześnie stanowi podstawę wykształcenia się umiejętności identyfikowania. Liczne badania wskazują również na rozwój w okresie płodowym pamięci słuchowej (około 40. tygodnia ciąży), czego dowodem po narodzinach jest uspokajanie się dziecka przy dźwiękach znanych mu z okresu prenatalnego (w tym bicie serca matki). W tym czasie zaczynają kształtować się również receptory muzyczne.

Niemożliwe jest jednoznaczne ustalenie, w którym okresie wykształca się funkcja lokalizacji dźwięków, wiadomo natomiast, że dźwięk dociera do każdego ucha w inny sposób (jako głośniejszy – do ucha znajdującego się bliżej jego źródła)[22]. W okresie niemowlęcym, czyli w ciągu 1. rok życia dziecka, niedojrzały jeszcze ośrodkowy układ nerwowy zaczyna się doskonalić, dzięki wzmożonej stymulacji dźwiękowej, a także procesowi mielinizacji włókien nerwowych. W tym czasie u dziecka pojawiają się liczne odruchy (uszno-powiekowy, odruch Moro, przerwanie płaczu i ssania, odwracanie gałek ocznych i główki w kierunku źródła dźwięku, zmiana rytmu serca, wybudzanie się ze snu oraz ogólne pobudzenie organizmu) w reakcji na bodźce dźwiękowe.

Przejawem rozwoju słuchowego oraz pierwszych aktów mowy są wczesne zjawiska głosowe (krzyk, głużenie, gaworzenie). U niemowlęcia obserwuje się także duże zainteresowanie dźwiękami przedmiotowymi, które z czasem przechodzi w coraz większą koncentrację na danym bodźcu, co związane jest z rozwijającym się odruchem orientacyjnym, warunkującym z kolei proces integracji słuchowo-wzrokowej. Jest to zjawisko niezwykle istotne z punktu widzenia kształtowania się języka, możliwe dzięki dojrzewaniu dróg asocjacyjnych, determinującemu kojarzenie słyszanych dźwięków z widzianymi obrazami. W 1. roku życia u dziecka wykształca się również wrażliwość sensoryczno-emocjonalna na muzykę oraz rozpoczyna się aktywność muzyczna o charakterze reaktywno-funkcjonalnym (zdolność do żywego reagowania na odbierane przez dźwięki). Już w 2. miesiącu życia, dziecko rozwija umiejętności rytmiczne, około 6. miesiąca – reaguje na melodię ruchem, a następnie uczy się gestykulować podczas słuchania muzyki.

Zdolność do lokalizacji dźwięków pojawia się między 3. a 6. miesiącem życia, jako reakcja motoryczna (w tym gałek ocznych) na pojawiający się dźwięk, co jest warunkiem kształtowania się słyszenia dwuusznego. Między 6. a 9. miesiącem dziecko odwraca się w kierunku źródła dźwięku, a między 9. a 15. miesiącem – potrafi zlokalizować nawet cichy dźwięk. Funkcja ta wpływa także na zdolność koordynacji słuchowo-wzrokowej, słuchowo-ruchowej i – w konsekwencji – słuchowo-wzrokowo-ruchowej, stanowiącej podstawę wielu innych czynności (w tym działań językowych). Największa w okresie niemowlęcym wrażliwość na głos i mowę przypada na 4. miesiąc, co uwidacznia się w reakcjach adekwatnych

[22] Ibidem.

do tonu i barwy głosu. Pod koniec 1. roku życia dziecko powtarza nie już tylko sylaby, ale i proste słowa, rozumie niektóre wypowiedzi językowe, także w tym czasie zaczyna się kształtować słuch fonematyczny. Powstają coraz liczniejsze wzorce słuchowe wyrazów, a potrzeba ich różnicowania i zapamiętywania wpływa na rozwój pamięci słuchowej i wspomnianego słuchu fonematycznego (poprzez różnicowanie coraz większej liczby słów podobnie brzmiących), oraz rozpoczyna się proces lateralizacji słuchowej[23].

W 2. roku życia dziecka następuje doskonalenie się funkcji słuchowych poprzez ciągłą stymulację w zakresie dźwięków mowy (okres między 12. a 18. miesiącem nazwany jest stadium pierwszych 50 słów lub stadium całego słowa). Rozwija się także zdolność kontroli słuchowej, a przy tym pamięci krótko- i długotrwałej, oraz rozpoznawania różnej struktury fonologicznej i fonetycznej wypowiedzi[24]. W 3. roku życia dziecko wypowiada pierwsze dwu- i trzywyrazowe zdania, jego wymowa doskonali się, a słownictwo znacznie poszerza, co jest dowodem na sprawnie rozwijające się funkcje słuchowe i ich wzajemną korelację[25]. Okres przedszkolny (między 4. a 6. rokiem życia) to czas doskonalenia się sprawności językowych dziecka i dojrzewania funkcji słuchowych. Ważnym etapem w rozwoju percepcji słuchowej przypadającym na ten okres jest nabycie zdolności analizy i syntezy głoskowej wyrazu, co wymaga nie tylko poprawnego różnicowania i wyodrębniania głosek, ale także ukształtowanej pamięci słuchowej oraz świadomości i pamięci fonologicznej (zdolności zapamiętywania informacji językowej na czas potrzebny do jej przetworzenia; dzieci w tym wieku chętnie słuchają muzyki, rozpoznają melodię i reagują na nią ruchowo – niektóre potrafią już rozróżnić, a nawet powtórzyć, pojedyncze dźwięki określonej wysokości)[26].

Tylko poprzez prawidłowy rozwój i integrację poszczególnych sprawności sensorycznych dziecko jest w stanie wykształcić wyższe funkcje poznawcze, w tym mowę.

Charakterystyka badanych

Badaniu poddano 8-letniego chłopca, u którego stwierdzono sprzężone zaburzenia rozwoju – autyzm i niepełnosprawność intelektualną w stopniu umiarkowanym. Chłopiec urodził się w czerwcu 2010 roku jako drugie dziecko w rodzinie. Ciąża przebiegała prawidłowo, poród odbył się o czasie przez cesarskie cięcie. Dziecko otrzymało 9 punktów w skali Apgar (1 punkt został odjęty za obniżone

[23] Ibidem.
[24] Ibidem.
[25] Ibidem.
[26] Ibidem.

napięcie mięśniowe). W pierwszych latach życia chłopiec nie przebył żadnych poważnych chorób, infekcji czy urazów. Obecnie również rzadko choruje – sporadycznie zapada na infekcje górnych dróg oddechowych. Zaburzenia ze spektrum autyzmu zdiagnozowano u chłopca, gdy miał 6 lat. Do tego czasu jego trudności postrzegano jako niepełnosprawność intelektualną w stopniu umiarkowanym.

Obecnie dziecko uczęszcza do grupy specjalnej w przedszkolu, w którym korzysta z wielu zajęć dodatkowych (zajęcia rewalidacyjne, wczesne wspomaganie rozwoju, terapia logopedyczna, integracja sensoryczna, dogoterapia, hipoterapia, zajęcia korekcyjno-kompensacyjne w ramach pomocy psychologiczno-pedagogicznej, zajęcia z fizjoterapeutą na basenie). Poza zajęciami oferowanymi dziecku w przedszkolu, chłopiec uczęszcza na terapię logopedyczną i psychologiczną w ośrodku wczesnej interwencji.

Chłopiec mieszka razem z rodzicami i 11-letnim bratem. W wolnym czasie najchętniej bawi się na uboczu – lubi zabawy konstrukcyjne, z klocków buduje wieże i długie „pociągi" (one też stały się jego fascynacją), nie potrafi bawić się zabawkami w sposób symboliczny (w przedszkolu bardzo często wybiera plastikowe figurki zwierząt, które układa w rzędzie), bardzo rzadko bawi się z rówieśnikami, jeśli już podejmuje zabawę z innymi dziećmi, to nie odznacza się ona naprzemiennością. Preferuje zachowania rutynowe – w przedszkolu zawsze zajmuje to samo miejsce przy stoliku, w gabinecie logopedycznym zawsze wybiera to samo krzesło przy stole (spośród trzech), podobnie na stołówce – zawsze siada po wcześniejszym równym ułożeniu krzeseł przy stoliku. Zawsze zamyka za sobą drzwi i wielokrotnie podczas zajęć sprawdza, czy są one zamknięte. Rysuje (na poziomie bazgrot), wybierając zazwyczaj te same trzy kolory kredek (niebieski, zielony, brązowy). Chłopiec nie potrafi nazywać kolorów, ale adekwatnie przypasowuje je do danego obiektu przedstawionego na ilustracji bądź usłyszanego (słońce – żółty, trawa – zielony, niebo – niebieski, serce – czerwony etc.). Potrafi także dopasowywać do siebie różne przedmioty o tym samym kolorze. Podczas zajęć przejawia liczne zaburzenia koncentracji i uwagi – zazwyczaj potrafi skupić się na danej czynności bądź omawianym obiekcie na bardzo krótki czas. Wymaga pozytywnych wzmocnień i dodatkowej motywacji, a także częstych upomnień. U badanego obserwuje się liczne stereotypie ruchowe – machanie rękoma, podskakiwanie, kręcenie się wokół własnej osi, zasłanianie uszu przy głośnych bodźcach słuchowych. Ponadto jest dzieckiem bardzo lękliwym i nerwowym, przez co pozostaje pod stałą opieką psychiatryczną.

W sferze emocjonalno-społecznej chłopiec również przejawia liczne zaburzenia – ma znaczne trudności w nawiązaniu i utrzymaniu kontaktu z drugą osobą, ma problemy w utrzymaniu wspólnego pola uwagi, „wyłącza się", uciekając we własny świat. Bardzo rzadko wchodzi w trwały kontakt wzrokowy z druga osobą. Pomimo tak szerokiego spektrum zaburzeń, jest niezwykle pogodnym, uśmiechniętym i radosnym dzieckiem. Przebywanie w dobrze znanym mu otoczeniu

sprawia, że czuje się bezpiecznie, wówczas jest spokojny i radosny, nie wykazuje żadnych zachowań agresywnych i autoagresywnych. Chętnie pomaga w opiece nad słabszą koleżanką z grupy przedszkolnej – dziewczynką ze spastycznym czterokończynowym mózgowym porażeniem dziecięcym. Zawsze pilnuje, aby jej wózek ustawiony był obok jego krzesła przy stoliku (w sali dydaktycznej i na stołówce), a podczas spacerów i wycieczek trzyma się wózka prowadzonego przez nauczyciela. Rutyna, która implikuje u chłopca poczucie bezpieczeństwa, sprawia, że nie ma on problemów z kontaktem z osobami mu znanymi, cieszy się na ich widok – nie zaobserwowano żadnych przejawów buntu czy agresji podczas prowadzonych zajęć w ramach gromadzenia materiału empirycznego na potrzeby niniejszego opracowania. Na wszelkie zmiany reaguje rozdrażnieniem, nie potrafi wówczas skupić uwagi na wykonywanej czynności, jest rozkojarzony.

W celu porównania wyników badań postępowanie diagnostyczne przeprowadzono także u 6-letniego chłopca, który wiekiem rozwojowym odpowiada wiekowi rozwojowemu pierwszemu z badanych. Dziecko uczęszcza do przedszkola, w którym prowadzono postępowanie badawcze na przykładzie dziecka z autyzmem. To zdrowy, pogodny chłopiec, który rozwija się prawidłowo w sferze społeczno-emocjonalnej, psychoruchowej i poznawczej. Wyniki uzyskane z badania tego dziecka stały się płaszczyzną odniesienia do interpretacji materiału badawczego.

Rozwój funkcji percepcyjnych – analiza porównawcza

Analizie porównawczej poddano dane dotyczące obydwu chłopców, 8-letniego chłopca z autyzmem i niepełnosprawnością w stopniu umiarkowanym (oznaczonego w analizie literą A") oraz 6-letniego chłopca w normie rozwojowej (B). Informacje zostały zebrane za pomocą wywiadu z rodzicami, nauczycielami przedszkolnymi oraz terapeutami, którzy mają częsty kontakt z badanymi, a także na podstawie ukierunkowanej obserwacji. Ponadto przygotowano zestaw prób eksperymentalno-klinicznych do oceny funkcji wzrokowych i słuchowych. Materiał empiryczny zaprezentowano w postaci tabel.

Spostrzeganie wzrokowe

Charakterystykę rozwoju spostrzegania wzrokowego u każdego z badanych dzieci rozpoczęto od analizy danych pochodzących z wywiadu i ukierunkowanej obserwacji. Dane te przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Rozwój spostrzegania wzrokowego, na podstawie danych z wywiadu i obserwacji

Lp.	Próba	Chłopiec A*		Chłopiec B**	
		tak	nie	tak	nie
1	Dziecko skupia wzrok na poruszającym się przedmiocie	+		+	
2	Dziecko potrafi utrzymać kontakt wzrokowy		+	+	
3	Dziecko odwzajemnia uśmiech dorosłego	+		+	
4	Dziecko obserwuje otoczenie, inne osoby	+		+	
5	Dziecko naśladuje czynności innych osób	+		+	
6	Dziecko ogląda zabawki podczas manipulowania nimi	+		+	
7	Dziecko ogląda książki, opowiada, co widzi na zamieszczonych w nich ilustracjach		+	+	
8	Dziecko kontroluje wzrokowo czynności wykonywane za pomocą narzędzi (np. pisanie, wkładanie klocka, wkładanie małych przedmiotów do dużych)	+		+	
9	Dziecko umieszcza klocki w otworach o zróżnicowanym kształcie i wielkości	+		+	
10	Dziecko buduje wieżę i szeregi z klocków	+		+	
11	Dziecko rozpoznaje takie same przedmioty i obrazki	+		+	
12	Dziecko potrafi odnaleźć szczegóły różniące obrazki		+	+	
13	Dziecko dobiera części obrazka do całości		+	+	
14	Dziecko potrafi uzupełnić zbiory tematyczne i atematyczne		+	+	
15	Dziecko potrafi odwzorowywać sekwencje obrazków		+	+	

* Ośmiolatek z autyzmem i niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim.
** Sześciolatek w normie rozwojowej.

Źródło: Opracowanie własne.

U chłopca z autyzmem i niepełnosprawnością intelektualną zaobserwowano w zakresie rozwoju spostrzegania wzrokowego istotne zaburzenia. Potrafi on skupić uwagę na poruszającym się przedmiocie, przygląda się mu i śledzi go wzrokiem, ogląda zabawki i manipuluje nimi, jednakże często sprawia wówczas wrażenie „zawieszania się". Z licznych obserwacji wynika również, że chłopiec lubi przeglądać książki, jednakże potrzebuje wyraźnych poleceń i wielu pytań pomocniczych, aby powiedzieć, co widzi na przedstawionych ilustracjach. Potrafi

natomiast kontrolować wzrokowo czynności wykonywane za pomocą narzędzi (np. przenoszenie elementów z jednego miejsca w drugie, rysowanie, układanie klocków). Potrafi także umieścić klocki w odpowiednich otworach o zróżnicowanym kształcie, wielkości i kolorze, buduje szeregi i wieże z klocków, nakierowane rozpoznaje takie same przedmioty i ilustracje. Ma jednakże duże problemy w zakresie analizy i syntezy wzrokowej – nie jest w stanie odnaleźć szczegółów różniących dwie ilustracje czy dobrać fragmentu obrazka do podanej całości. Nie potrafi uzupełnić podanego zbioru (tematycznego i atematycznego) ani też odwzorować podanej sekwencji obrazków. Badany przygląda się osobom z otoczenia, odwzajemnia uśmiech, czasami próbuje nawet naśladować czynności wykonywane przez inne osoby, jednakże ma spory problem z utrzymaniem kontaktu wzrokowego, który jest bardzo krótki.

Istotne różnice wskazano na podstawie obserwacji i prób wykonywanych przez drugie dziecko. Potrafi ono skupić uwagę na poruszającym się przedmiocie, przygląda się mu i śledzi go wzrokiem, ogląda nowe zabawki i bawi się nimi wspólnie z rówieśnikami. Bardzo lubi przeglądać książki, często „czyta" je, wypowiadając zdania stworzone przez siebie na podstawie tego, co wie o danej bajce, czy historii, jaką niegdyś mu przekazano, lubi też opowiadać, co widzi na obrazkach. Potrafi kontrolować wzrokowo czynności wykonywane za pomocą narzędzi (np. przenoszenie elementów z jednego miejsca w drugie, rysowanie, układanie klocków). Potrafi także umieścić klocki w odpowiednich otworach o zróżnicowanym kształcie, wielkości i kolorze, buduje szeregi i wieże z klocków, bez problemu rozpoznaje także takie same przedmioty i ilustracje. Nie przejawia problemów w zakresie analizy i syntezy wzrokowej – bez problemu z dużym skupieniem odnajduje szczegóły różniące dwie ilustracje, a także poprawnie dobiera fragmenty obrazka do podanej całości. Potrafi uzupełnić dany zbiór (tematyczny i atematyczny), jak również odwzorować podaną sekwencję ilustracji. Badany przygląda się osobom z otoczenia, nawiązuje z nimi kontakt wzrokowy i werbalny, odwzajemnia uśmiech, naśladuje czynności i zachowania innych, co w znacznym stopniu odróżnia go od pierwszego chłopca.

Badanie rozwoju percepcji wzrokowej poszerzono o osiem prób eksperymentalno-klinicznych, których wyniki przedstawiono w tabeli 2.

Tabela 2. Badanie percepcji wzrokowej, na podstawie prób eksperymentalno-klinicznych

Lp.	Próba	Chłopiec A*		Chłopiec B**	
		tak	nie	tak	nie
1	Dziecko wyodrębniania części z całości (analiza)		+	+	
2	Dziecko układa obrazek z kilku części (syntetyzowanie)		+	+	
3	Dziecko wyszukuje podobieństwa i różnice na obrazkach		+	+	

4	Dziecko określa wzajemne położenie przedmiotów	+		+	
5	Dziecko określa wielkości przedmiotów	+		+	
6	Dziecko odwzorowuje wzory płaskie i przestrzenne		+	+	
7	Dziecko rozpoznaje litery i cyfry		+	+	
8	Dziecko rozpoznaje i nazywa kolory		+	+	

* Ośmiolatek z autyzmem i niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim.
** Sześciolatek w normie rozwojowej.

Źródło: Opracowanie własne.

Na podstawie przeprowadzonych prób zauważono, że chłopiec ma problemy z analizą i syntezą wzrokową – nie potrafi wyodrębnić fragmentu ilustracji z przedstawionej całości, jest w stanie złożyć prosty obrazek z kilku części, jednak pod warunkiem, że nie są to skomplikowane ilustracje, ale wyraźne i przejrzyste, z wyrazistą figurą i przejrzystym tłem. Chłopiec nie ma problemów z określeniem wielkości przedmiotów, robi to bezbłędnie, zarówno jeśli chodzi o te, które aktualnie widzi, jak i te, które przywołuje z pamięci. Potrafi bez większych trudności określić wzajemne położenie przedmiotów (za pomocą wyrażeń przyimkowych: na, w, obok, przez, za, przy, nad, pod etc.), trudność pojawia się natomiast, kiedy musi określić ich wzajemne położenie w pozycji horyzontalnej (z prawej strony, z lewej strony), co potwierdza po raz kolejny zaburzenia w tej sferze percepcji wzrokowej. Spore trudności zauważono w próbie, w której zadaniem dziecka było odnalezienie trzech różnic pomiędzy obrazkami – chłopiec zupełnie nie zauważa różnic. W wyniku przeprowadzonych badań stwierdzono także, że badany chłopiec nie jest w stanie odwzorować kształtów (płaskich i przestrzennych), nie radzi sobie z układaniem szeregów i sekwencji obrazkowych, nie rozpoznaje liter i cyfr, ma kłopot z rozpoznawaniem i nazywaniem kolorów – potrafi poprawnie dopasować do siebie przedmioty o takiej samej barwie, natomiast nie potrafi wskazać (na podstawie polecenia słownego) odpowiedniego koloru ani też samodzielnie nazwać wskazywanego mu koloru.

Celem porównania te same próby wykonano w przypadku drugiego chłopca. Nie przejawia on żadnych zaburzeń w zakresie percepcji wzrokowej. Nie ma kłopotów z analizą i syntezą wzrokową, nawet jeśli dotyczą one skomplikowanych ilustracji. Wyszukuje bez większych trudności podobieństwa i różnice we wskazanych obrazkach, określa wielkość i wzajemne położenie przedmiotów (za pomocą wspomnianych wyrażeń przyimkowych), zarówno pozycji horyzontalnej, jak i wertykalnej. Nie ma problemów z odwzorowaniem kształtów płaskich, trudności pojawiają się z przestrzennymi. Chłopiec rozpoznaje i poprawnie nazywa kolory, potrafi wskazać podany kolor. Rozpoznaje także litery i cyfry.

Percepcja słuchowa

Badanie percepcji słuchowej przeprowadzono, analizując dane pochodzące z wywiadu i obserwacji (tabela 3), a także dokonując oceny percepcji słuchowej na podstawie prób eksperymentalno-klinicznych (tabela 4).

Tabela 3. Rozwój spostrzegania wzrokowego, na podstawie danych z wywiadu i obserwacji

Lp.	Próba	Chłopiec A*		Chłopiec B**	
		tak	nie	tak	nie
1	Dziecko reaguje na dźwięk (dźwięki otoczenia, np. dzwonek, odkurzacz, pozytywkę, odgłosy zwierząt)	+		+	
2	Dziecko odwraca głowę w stronę źródła dźwięku	+		+	
3	Dziecko identyfikuje dźwięk z jego źródłem	+		+	
4	Dziecko potrafi rozpoznać osobę mówiącą	+		+	
5	Dziecko reaguje na komunikaty słowne	+		+	
6	Dziecko identyfikuje i różnicuje słowa	+		+	
7	Dziecko dostrzega różnicę w brzmieniu podobnych głosek		+	+	
8	Dziecko potrafi dobrać, odnaleźć rymy		+	+	
9	Dziecko wyraża chęć wywoływania dźwięku (np. poprzez uderzanie pałeczką o bębenek, łyżeczką o kubek, poprzez zabawę grzechotką)	+		+	
10	Dziecko reaguje rytmicznymi ruchami na muzykę	+	+	+	
11	Dziecko gra na zabawkowych instrumentach	+		+	
12	Dziecko podejmuje próby śpiewania	+		+	
13	Dziecko potrafi naśladować głos niski i wysoki		+	+	
14	Dziecko lubi słuchać muzyki	+		+	

* Ośmiolatek z autyzmem i niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim.
** Sześciolatek w normie rozwojowej.

Źródło: Opracowanie własne.

W zakresie rozwoju percepcji słuchowej nie zaobserwowano u chłopca większych trudności. Reaguje on na dźwięki otoczenia, potrafi zlokalizować ich źródło, a także zazwyczaj poprawnie identyfikuje dźwięk z jego źródłem – zarówno dźwięki otoczenia, jak i dźwięki mowy. Chłopiec reaguje na komunikaty słowne, potrafi zidentyfikować i różnicować poszczególne słowa. Chętnie samodzielnie generuje dźwięki (lubi grać na prostych instrumentach muzycznych, bawić

się sztućcami poprzez uderzanie nimi o stół czy naczynia). Podejmuje próby śpiewania (zazwyczaj jest to utrzymanie linii melodycznej, ze względu na niemożność wyartykułowania kolejnych słów oraz zaburzenia słuchowej pamięci słownej), zarówno śpiewając, jak i słuchając muzyki, chłopiec reaguje rytmicznymi ruchami ciała, chociaż na głośną muzykę reaguje zatykaniem uszu, sporadycznie płaczem. Nie potrafi natomiast naśladować zmian wysokości głosu, powtórzyć sekwencji dźwięków (np. wygrywanych na bębenku), dobrać rymów czy wreszcie ma trudności w dostrzeżeniu różnic brzmieniowych poszczególnych głosek (w izolacji). Opisanych trudności nie zaobserwowano u drugiego badanego. Chłopiec ten nie przejawia żadnych kłopotów ani w zakresie recepcji, ani w zakresie percepcji słuchowej. Poprawnie lokalizuje źródło dźwięku, a także identyfikuje go. Reaguje na polecenia słowne, bez problemu identyfikuje i różnicuje poszczególne słowa i głoski opozycyjne, nie ma problemów z odnajdywaniem i dobieraniem rymów. Dziecko bardzo lubi grać na instrumentach, śpiewać i słuchać muzyki, w takt której rytmicznie się porusza. Potrafi także naśladować głos niski i wysoki.

Tabela 4. Badanie percepcji słuchowej, na podstawie prób eksperymentalno-klinicznych

Lp.	Funkcja słuchowa	Próba		Chłopiec A*		Chłopiec B**	
				tak	nie	tak	nie
1	Recepcja	Dziecko poprawnie powtarza usłyszane słowa	kot	+		+	
			mama	+		+	
			balon	+		+	
			przedszkole	+		+	
			kaloryfer	+		+	
2	Pamięć słuchowa	Dziecko poprawnie wskazuje przedmioty, których odgłosy usłyszało	klucze	+		+	
			gwizdek	+		+	
			kartka papieru	+		+	
			pałeczki, klucze (sekwencja)		+	+	
			tamburyno, dzwonek (sekwencja)		+	+	
3	Słuchowa pamięć słowna	Dziecko poprawnie powtarza usłyszane zdania	Kot pije mleko.	+		+	
			Dzisiaj pada deszcz.		+	+	
			Ola lubi lody.	+		+	
			Pies głośno szczeka.		+	+	
			Mama piecze ciasto.	+		+	

cd. tabeli 4

4	Słuch prozodyczny	Dziecko poprawnie wskazuje akcentowany wyraz	*Mama piecze **pyszne** ciasto.*		+	+	
			***Wczoraj** byłam w kinie.*		+	+	
			*Kasia **kupiła** ciastka.*		+	+	
			***Zamknij** te drzwi!*		+	+	
			*Pójdziesz ze mną **na spacer**?*		+	+	
5	Słuch fonematyczny	Dziecko poprawnie identyfikuje błędnie wypowiedziane wyrazy, poprawia je	biedlonka – *biedronka*	+		+	
			folek – *worek*	+		+	
			domek – *domek*	+		+	
			trabina – *drabina*	+		+	
			gruszka – *gruszka*	+		+	
6	Podsumowanie	Dziecko słucha z uwagą			+	+	
		Dziecko różnicuje dźwięki dochodzące z otoczenia		+		+	
		Dziecko rozpoznaje i nazywa dźwięki z otoczenia		+		+	
		Dziecko odtwarza proste rytmy			+	+	
		Dziecko odtwarza kolejność dźwięków			+	+	
		Dziecko odtwarza słowa: jednosylabowe/ wielosylabowe (*wybrać właściwe*)		+		+	
		Dziecko wiernie odtwarza zapamiętane treści słowne (wierszyków, piosenek)		+		+	
		Dziecko rozróżnia samogłoski i spółgłoski			+	+	
		Dziecko składa wyraz z usłyszanych sylab			+	+	
		Dziecko wyróżnia sylaby w wyrazie			+	+	

* Ośmiolatek z autyzmem i niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim.
** Sześciolatek w normie rozwojowej.

Źródło: Opracowanie własne.

W celu pełniejszej oceny percepcji słuchowej chłopca przeprowadzono postępowanie badawcze dotyczące pięciu najważniejszych funkcji słuchowych, tj. recepcji dźwięku, pamięci słuchowej, słuchowej pamięci słownej, słuchu prozodycznego oraz słuchu fonematycznego (próby te poszerzono na podstawie kwestionariusza badania słuchu fonematycznego autorstwa Bronisława Rocławskiego). Analiza uzyskanych wyników w przypadku pierwszego z badanych wskazuje na brak zaburzeń w zdolności recepcji dźwięków, w tym dźwięków mowy. Chłopiec zauważa

pojawiający się dźwięk, a także jest w stanie poprawnie go powtórzyć (usłyszane słowa). Dziecko ma jednakże trudności w zakresie pamięci słuchowej. Chociaż bezbłędnie identyfikuje przedmioty, których dźwięki uprzednio usłyszało, problem pojawia się wówczas, kiedy podawana jest sekwencja dwu dźwięków (pałeczki, klucze; tamburyno, dzwonek). Próby te powtórzono kilkakrotnie z wykorzystaniem innej sekwencji dźwięków (klucze, dzwonek; dzwonek, pałeczki), jednakże chłopiec i wówczas popełniał błędy. W kolejnych pięciu próbach sprawdzono zdolność słuchowej pamięci słownej. Ujawniły się w nich problemy obserwowane u chłopca na co dzień, nie zawsze jest on bowiem w stanie powtórzyć usłyszane zdania. Chłopiec bezbłędnie powtórzył trzy z pięciu podanych zdań prostych. Największe trudności odnotowano w zakresie słuchu prozodycznego – badany nie wykonał poprawnie żadnej z pięciu prób, w których prezentowano zdania proste o różnym konturze intonacyjnym (trzy zdania twierdzące, jedno pytające i jedno rozkazujące – z różnym akcentem zdaniowym). Ostatnie pięć prób przeprowadzono, by sprawdzić zdolności słuchowego różnicowania dźwięków podobnie brzmiących (słuch fonematyczny). W tym celu podano badanemu pięć wyrazów, z których trzy wypowiedziano nienormatywnie (*biedlonka*, *folek*, *trabina)* – z tym zadaniem chłopiec poradził sobie bezbłędnie. Badanie słuchu fonematycznego testem Rocławskiego również wyklucza zaburzenia dziecka w tej sferze.

Podsumowując przeprowadzone próby eksperymentalno-kliniczne, poczyniono dodatkowo kilka spostrzeżeń. Badane dziecko nie potrafi skupić swojej uwagi przez dłuższy czas na bodźcach słuchowych, co zaobserwowano głównie podczas codziennego zwyczaju czytania bajek przez wychowawcę grupy – dziecko wyłącza się, rozprasza i przestaje słuchać już po kilku minutach. Chociaż badany potrafi rozpoznać i nazwać dźwięki otoczenia oraz poprawnie je różnicować, znaczne trudności sprawia mu odtworzenie kolejności podawanych bodźców dźwiękowych, a także odtworzenie nawet prostych rytmów. Na podstawie długotrwałej obserwacji, potwierdzonej rozmową z wychowawcą grupy, stwierdzono także, że pomimo niezaburzonej umiejętności powtórzenia wyrazów jedno- i wielosylabowych dziecko jest w stanie zapamiętać tylko krótkie, proste wierszyki, pod warunkiem, że są one odpowiednio długo utrwalane i wielokrotnie powtarzane. Chłopiec nie opanował zupełnie umiejętności rozróżniania głosek (samogłoski, spółgłoski), a także analizy i syntezy sylabowej wyrazu.

Drugi badany nie przejawia żadnych trudności w zakresie funkcji słuchowych. Powtarza poprawnie usłyszane słowa, wskazuje również przedmioty, których dźwięk usłyszał wcześniej (brzęk kluczy), co świadczy o jego dobrze rozwiniętej recepcji i pamięci słuchowej. Doskonale radzi sobie w próbie powtarzania usłyszanych zdań, co wyklucza jakiekolwiek problemy w zakresie słuchowej pamięci słownej. Nie ma kłopotów ze wskazaniem akcentu zdaniowego, a więc potrafi rozpoznać wyraz, który w podanym zdaniu brzmi mocniej, a także powtarza dane zdanie z zachowaniem podanego akcentu, co świadczy o dobrze rozwiniętym słuchu prozodycznym. Nie ma także trudności ze wskazaniem błędnie

wypowiedzianych wyrazów oraz wypowiedzeniem ich w sposób normatywny, co jest wynikiem prawidłowo rozwijającego się słuchu fonematycznego. Ponadto, dziecko słucha z uwagą, koncentruje się na docierających do niego bodźcach słuchowych, poprawnie rozpoznaje i nazywa dźwięki z otoczenia, a także je różnicuje. Wiernie odtwarza proste rytmy oraz sekwencję podanych dźwięków. Bez problemu odtwarza usłyszane słowa (jedno- i wielosylabowe) oraz zapamiętane treści słowne (wierszyki, piosenki). Rozróżnia głoski (samogłoski i spółgłoski), nie ma również problemów z analizą i syntezą sylabową i wyrazową.

Podsumowanie

Analiza wyników przeprowadzonych prób eksperymentalno-klinicznych, a także ukierunkowanej obserwacji oraz wywiadów z rodzicami, nauczycielami i terapeutami wskazuje na wyraźne opóźnienie w rozwoju percepcji wzrokowej i słuchowej dziecka z autyzmem i niepełnosprawnością intelektualną. Znaczne zaburzenia stwierdzono w rozwoju spostrzegania wzrokowego, szczególnie w zakresie analizy i syntezy wzrokowej oraz pamięci wzrokowej. W zakresie rozwoju percepcji słuchowej nie zaobserwowano u chłopca większych trudności – reaguje on na dźwięki otoczenia, potrafi zlokalizować źródło bodźca dźwiękowego, a także zazwyczaj poprawnie identyfikuje dźwięk z jego źródłem. Badanie najważniejszych funkcji słuchowych (tj. recepcji dźwięku, pamięci słuchowej, słuchowej pamięci słownej, słuchu prozodycznego, słuchu fonematycznego) wykazało zaburzenia w sferze pamięci słuchowej, słuchowej pamięci słownej oraz słuchu prozodycznego, w którego przypadku odnotowano największe trudności – badany nie wykonał poprawnie żadnej z pięciu prób, w których prezentowano zdania proste o różnym konturze intonacyjnym. Badanie słuchu fonematycznego, rozszerzone o próby zawarte w kwestionariuszu Bronisława Rocławskiego, pozwoliło stwierdzić prawidłowy rozwój w tym zakresie.

U drugiego z badanych chłopców nie stwierdzono żadnych zaburzeń w sferze rozwoju funkcji percepcyjnych. Dziecko jest otwarte, chętnie nawiązuje nowe kontakty, uczestniczy w grach i zabawach zespołowych, co również w diametralny sposób odróżnia go od pierwszego chłopca. Wykonuje starannie polecenia nauczyciela (w domu rodziców), jest spokojne, staranne, obowiązkowe i systematyczne. Chłopiec jest bardzo lubiany przez rówieśników.

Złożoność problemów i deficytów, jakie obserwowane są u badanego dziecka ze sprzężonymi zaburzeniami rozwoju, oraz ich interferencja, sprawiają, że trudno jasno i precyzyjnie określić mechanizmy zaburzeń, które determinowane są przez zaburzenia ze spektrum autyzmu, oraz oddzielić je od tych powodowanych niepełnosprawnością intelektualną. Choć typowymi dla autyzmu są zaburzenia

w sferze interakcji, komunikacji oraz wzorców zachowań, zainteresowań i aktywności, to zaburzenia językowe obserwowane są w obu typach zaburzeń rozwoju, podobnie jak deficyty w sferze funkcji percepcyjnych.

Należy pamiętać, że mowa rozumiana jako „zespół czynności, jakie przy udziale języka wykonuje człowiek, poznając świat i przekazując jego interpretację innym uczestnikom życia społecznego[27]" jest procesem niezwykle złożonym, wymagającym integracji wszystkich funkcji sensorycznych. Dlatego też w ocenie rozwoju językowego nieodzowna jest ocena rozwoju wszystkich funkcji percepcyjnych, które są podstawą w procesie całościowego rozwoju dziecka.

Bibliografia

Cieszyńska J., Korendo M.: *Wczesna interwencja terapeutyczna*. Kraków, Wydaw. Edukacyjne 2017.

Grabias S.: *Teoria zaburzeń mowy. Perspektywy badań, typologie zaburzeń, procedury postępowania logopedycznego*. W: *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy*. Red. S. Grabias, Z.M. Kurkowski. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 2012, s. 15.

Kornas-Biela D.: *Wokół początku życia ludzkiego*. Warszawa, Nasza Księgarnia 1993.

Kurkowski Z.M.: *Audiogenne uwarunkowania zaburzeń komunikacji językowej*. Lublin Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 2013, s. 63.

Kurkowski Z.M., Kruczyńska A.: *Rozwój funkcji słuchowych*. W: *Surdologopedia. Teoria i praktyka*. Red. E. Muzyka-Furtak. Gdańsk, Harmonia Universalis 2015, s. 74–85.

Markiewicz K., Ciećkiewicz E.: *Diagnostyczne różnicowanie autyzmu wczesnodziecięcego*. W: *Autyzm wyzwaniem naszych czasów*. Red. T. Gałkowski, J. Kossewska. Kraków, Wydaw. Naukowe Akademii Pedagogicznej 2000, s. 54.

Pisula E.: *Autyzm u dzieci. Diagnoza, klasyfikacja, etiologia*. Warszawa, Wydaw. Naukowe PWN 2000.

Pisula E.: *Autyzm. Przyczyny, symptomy, terapia*. Gdańsk, Harmonia 2016.

Szuman S.: *Studia nad rozwojem psychicznym dziecka*. Wybór i oprac. M. Przetacznikowa, G. Makiełło-Jarża. W: „Dzieła wybrane".. T. 1. Warszawa, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne 1985.

Vasta R., Haith M., Miller S.: *Psychologia dziecka*. Warszawa, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne 1995.

[27] S. Grabias: *Teoria zaburzeń mowy. Perspektywy badań, typologie zaburzeń, procedury postępowania logopedycznego*. W: *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy*. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 2012, s. 15.

„Logopedia Silesiana", t. 7, ISSN 2391-4297
DOI 10.31261/LOGOPEDIASILESIANA.2018.07.11
(cc) BY-SA

Anna Gagat-Matuła
Instytut Pedagogiki Specjalnej, Katedra Rehabilitacji Osób z Zaburzeniami Słuchu i Komunikacji, Wydział Pedagogiki, Uniwersytet Pedagogiczny im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie
0000-0002-9349-5924

Natalia Malik
Instytut Pedagogiki Specjalnej, Katedra Rehabilitacji Osób z Zaburzeniami Słuchu i Komunikacji, Wydział Pedagogiki, Uniwersytet Pedagogiczny im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie
0000-0003-3620-2256

Dysfunkcje komunikacyjne u dziecka z zaburzeniami ze spektrum autyzmu Studium przypadku

Impaired Communication in a Child with Autism Spectrum Disorder: A Case Study

Abstract: The article presents the tasks of psychological therapy, speech therapy, sensory integration, and the planned activities undertaken to support the development of communication in children with the autism spectrum disorder. This attempt to describe communication disorders and their relationship with therapy is based on the selected case study. It should be emphasised that the theoretical part of the article discusses social and emotional deficits in children with autism spectrum disorders, and describes their communication disorders. Moreover, two classifications used in the diagnosis of autism spectrum disorders are presented.

Keywords: autism, communicative disorders, therapy tasks, diagnosis, social deficits

Charakterystyka komunikacji dziecka z zaburzeniami ze spektrum autyzmu

Istotną rolę w funkcjonowaniu człowieka odgrywa mowa, gdyż jest sposobem porozumiewania się z otoczeniem. Dzięki mowie sygnalizujemy rozmówcom nasze potrzeby, opinie oraz spostrzeżenia odnośnie do otaczającego świata. Proces nabywania kompetencji językowych i komunikacyjnych zaczyna się już w 1. miesiącu życia dziecka. W tym okresie dziecko sygnalizuje swoje potrzeby płaczem. Jest to nieświadoma komunikacja dziecka z otoczeniem. W 2. miesiącu życia zaobserwować można głużenie oraz kontakt wzrokowy z bliskimi osobami.

Świadczy to o początku wchodzeniu przez dziecko w interakcje z otoczeniem. Około 3. miesiąca życia dziecka pojawia się uśmiech. Odwzajemnianie uśmiechu przez dziecko jest istotnym etapem w rozwoju jego reakcji społecznych[1]. W kolejnych miesiącach (6.–8.) zaczyna się pojawiać gaworzenie, będące przejawem świadomego bawienia się mową (tworzeniu dźwięków). Pod koniec 1. roku życia dziecko buduje słowa z sylab otwartych (np. „tata", „mama") oraz dąży do ciągłego kontaktu z drugim człowiekiem[2], ponadto zaczyna rozwijać kompetencje komunikacyjne, nabywając wiedzę językową, społeczną i ogólną wiedze o świecie, które potrafi wykorzystać w sytuacjach komunikacyjnych[3].

W przypadku dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu (ASD) głównym problemem w codziennym funkcjonowaniu są trudności w komunikowaniu się z otoczeniem. W okresie niemowlęctwa zauważane są pierwsze zaburzenia, charakteryzujące się upośledzeniem interakcji z otaczającym środowiskiem. We wspomnianym okresie dziecko unika kontaktu wzrokowego z matką oraz nie reaguje na jej głos. Najczęściej są to pierwsze objawy świadczące o wystąpieniu zaburzenia. W drugim półroczu 1. roku życia dziecka zauważyć można nieprawidłowe zachowania: ignorowanie otoczenia, patrzenie na bliskie osoby, ale przez krótki czas, nieumiejętność reagowania na komunikaty werbalne i niewerbalne, nieprzejawianie zachowań społecznych oraz zachowywanie się jak „głuche dziecko"[4]. Ponadto zaobserwować można, że dzieci takie żyją jakby w „innym świecie" niż ich otoczenie – takie nietypowe zachowanie ujawnia się w 2. roku życia. Najczęściej występują w tym okresie również niepokojące sygnały, jak: powtarzanie (nierozumienie treści) wypowiedzi innych osób, brak zabawy symbolicznej, schematyczny sposób myślenia, brak inicjowania interakcji[5]. W 3. roku życia u dzieci z autyzmem zaobserwować można trudności z wymową samogłoski *y*, *o*, *i* oraz spółgłoski *cz*, *sz*, *ż*. Pojawiają się głoski tylnojęzykowe (*k*, *g*, *h*)[6]. Analizując charakterystyczne zaburzenia w wymienionych okresach życia, Ewa Pisula wskazała trzy obszary:

1) zaburzenia społeczne;
2) zaburzenia komunikacji;
3) stereotypowe zachowania[7].

---

[1] K. Sacher-Szafrańska: *Torowanie drogi rozwoju mowy* poprzez rozwijanie sprawności komunikacyjnych dzieci dotkniętych zaburzeniami autystycznymi. „Logopedia Silesiana" 2013, nr 2, s. 184

[2] B. Kamińska, B. Siebert: *Podstawy rozwoju mowy u dzieci*. „Forum Medycyny Rodzinnej" 2012, t. 6, nr 5, s. 239.

[3] E. Wieczór: *Proces nabywania przez dzieci kompetencji językowych i komunikacyjnych*. „Studia Dydaktyczne" 2014, nr 26, s. 343.

[4] E. Młynarczyk-Karabin: *Komunikacja dzieci z autyzmem – przegląd badań*. „Człowiek – Niepełnosprawność – Społeczeństwo" 2016, nr 2 (32), s. 105–106.

[5] Ibidem, s. 106–107.

[6] Ibidem, s. 108.

[7] E. Pisula: *Autyzm, przyczyny, symptomy, terapia*. Gdańsk, Harmonia 2010, s. 10.

Beata Wołosiuk w odniesieniu do przebiegu zaburzeń komunikacyjnych u dzieci z ASD wskazuje trzy modele:

1) pojawia się gaworzenie, a w okresie 1. roku życia dziecko zaczyna wypowiadać pierwsze słowa; około 2. roku życia rozwój mowy się zatrzymuje; najczęściej pozostaje wokalizacja, co daje nadzieję na możliwość rozwoju mowy w przyszłości;
2) całkowity brak wokalizacji;
3) mowa dziecka może rozwinąć się prawidłowo; pojawiają się echolalie oraz przestawienia zaimków „ja", „on"[8].

U dzieci z ASD mogą wystąpić deficyty ilościowe: całkowity brak mowy, komunikacja wyraźnie ograniczona, uboga gestykulacja, mimika nieadekwatna do sytuacji, deficyty jakościowe (echolalia, neologizmy, nietaktowne uwagi, nieprawidłowe odczytywanie ukrytych znaczeń), deficyty w pragmatycznym użyciu języka (mowa jest monotonna, brak umiejętności naprzemiennego wysławiania się, brak potrzeby kontaktu i komunikowania się z otoczeniem)[9]. Wymieniona wśród deficytów jakościowych echolalia jest najbardziej typową cechą komunikacji dzieci z autyzmem[10]. Faktem jest, że echolalia pojawia się u zdrowych dzieci około 9. miesiąca życia, ale w 30. miesiącu zanika. W tym czasie jest ona zabawą naśladowczą, polegającą na powtarzaniu dźwięków mowy pochodzących z otoczenia[11]. Echolalię można uznać za opóźnienie rozwoju mowy, gdy „wystąpiło zahamowanie rozwoju mowy i przedłużenie się występowania echolalii u dziecka poza górną granicę rozwojową lub też doszło do regresu, - cofania się mowy do etapów poprzedzających dotychczasowy stan rozwoju mowy, aż do całkowitego mutyzmu"[12]. Reasumując, u dziecka z autyzmem, echolalia nie zanika, jak w przypadku dzieci prawidłowo rozwijających się. Co więcej, jest rodzajem kodu informacyjnego oraz świadomego dostosowania przekazu do zaistniałej sytuacji.[13]. Echolalia stanowi problem dla rodziców i terapeutów w pracy z dzieckiem z autyzmem, ale może stać się pierwszym krokiem w osiągnięciu wyższego poziomu komunikacji[14]. Rodzice i terapeuci muszą jednak posiadać wiedzę dotyczącą aktywności i mowy dziecka, w tym funkcji echolalii.

Funkcje echolalii bezpośredniej w aspekcie interaktywnym to: reprodukowanie bez zrozumienia, nazywanie konkretów, potwierdzenie oraz prośba

---

[8] B. Wołosiuk: *Rozwijanie komunikacji dziecka ze spektrum autyzmu*. „Roczniki Pedagogiczne" 2017, t. 9 (45), nr 3, s. 99–100.

[9] M. Konstantareas et al.: *Autyzm*. Przeł. K. Hipp. Warszawa, Krajowe Towarzystwo Autyzmu 1992, s. 73.

[10] E. Młynarczyk- Karabin: *Komunikacja dzieci z autyzmem…*, s. 108

[11] T. Gałkowski, M. Wardyn: *Echolalia u dzieci z autyzmem i jej rozwojowe uwarunkowania*. „Audiofonologia" 2002, t. 21, s. 150–151

[12] Ibidem, s. 150.

[13] Ibidem, s. 149.

[14] Ibidem, s. 155.

(np. o przedmiot), a w aspekcie nieinteraktywnym: powtórzenie bez wyraźnego znaczenia (wyrażenia echolaliczne jest używane bez wyraźnego celu), powtórzenie ze zrozumieniem (działanie po wyrażeniu echolalicznym potwierdza zrozumienie powtarzanego wyrażenia), autostymulacja (wyrażenie echolaliczne służy jako regulator własnego zachowania)[15] . Echolalia bezpośrednia może być używana w określonym celu lub też nie. W przypadku echolalii odroczonej dziecko z autyzmem powtarza dźwięki mowy (np. frazy wypowiedziane przez rodziców) z pewnym opóźnieniem. Echolalia odroczona często uznawana jest za oznakę wysokiej inteligencji, gdyż dziecko może recytować z pamięci długie dialogi, jednakże nie zawsze jest jej przejawem[16]. Tadeusz Gałkowski i Małgorzata Wardyn dzielą funkcje echolalii odroczonej na dwie kategorie:

1) interaktywne:
   - reprodukowanie bez zrozumienia,
   - kończenie rutynowych sformułowań;,
   - dostarczanie informacji,
   - nazywanie,
   - protest,
   - prośba np. o przedmiot,
   - przywołanie,
   - potwierdzenie,
   - nakierowanie;
2) nieinteraktywne:
   - powtarzanie bez wyraźnego znaczenia,
   - związek z sytuacją,
   - autostymulacja,
   - powtarzanie jako forma ćwiczenia,
   - nazywanie[17].

Oprócz echolalii, charakterystyczną formą komunikacji u dziecka z ASD jest metonimia. Jak pisze Ewelina Młynarczyk-Karabin, „pełni ona funkcję desygnacyjną, co pozwala używać pewnego pojęcia tak, aby zastąpiło inne […]. Używają bowiem nazw marek samochodów, danych adresowych lub innych cech, które charakteryzują te osoby, np. „Cześć Chevrolet" (zwrot do osoby jeżdżącej samochodem marki Chevrolet)"[18]. Posługiwanie się procesorem metonimicznym stano-

[15] B. Prizant, J. Duchan: *The Functions of Immediate Echolalia in Autistic Children*. „Journal of Speech and Hearing Disorders" 1981, no. 46, s. 241–249; za: T. Gałkowski, M. Wardyn: *Echolalia u dzieci…*, s. 151.

[16] T. Gałkowski, M. Wardyn: *Echolalia u dzieci…*, s. 152.

[17] Ibidem, s. 153 (autorzy odwołuję się do: B. Prizant: *Language Acquisition and Communicative Behavior in Autism: Toward an Understanding of the "Whole" of It*. „Journal of Speech and Hearing Disorders" 1983, no. 48, s. 296–307).

[18] E. Młynarczyk- Karabin: *Komunikacja dzieci z autyzmem…*, s. 111.

wi tu kompensację braku procesora metaforycznego[19]. Mowa u większości dzieci z ASD charakteryzuje się dysprozodią, czyli zaburzone są jej cechy melodyczne (nieprawidłowości w zakresie rytmu, intonacji lub wysokości tonu).[20]

W celu zapewnienia dziecku z ASD lepszego funkcjonowania społecznego niezbędne jest jak najszybciej zidentyfikowanie wspomnianych nieprawidłowości oraz podjęcie odpowiedniej terapii. W procesie diagnozowania zaburzeń ze spektrum autyzmu klinicyści stosują dwie klasyfikacje – DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*)[21], stworzoną przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (*American Psychiatric Association, APA*), oraz ICD (*International Classification of Diseases and Related Health Problems*)[22], opracowaną przez Światową Organizację Zdrowia (*World Health Organization, WHO*). W klasyfikacji DSM-5 zaproponowano nadrzędną kategorię – spektrum autyzmu, określającą kontinuum od najcięższych do najsłabszych objawów. Spektrum autyzmu obejmuje: autyzm, zespół Aspergera, PDD-NOS (całościowe zaburzenie rozwoju nie zdiagnozowane inaczej).

Zaburzenia ze spektrum autyzmu, zgodnie z DSM-5, obejmują dwa obszary – deficyty społeczno-komunikacyjne oraz uporczywe zainteresowania i powtarzalne zachowania. W diagnozie stosuje się cztery następujące kryteria:

I. Stałe deficyty w zakresie komunikacji społecznej i społecznej interakcji w różnych kontekstach, nie możliwe do wyjaśnienia przez ogólne opóźnienia rozwojowe i manifestujące się we wszystkich następujących trzech formach (w obrębie każdej stopień deficytów może być różny):
   1. Deficyty w zakresie społeczno-emocjonalnej wzajemności; od anormalnego podejścia społecznego i niepowodzeń w normalnej dwustronnej konwersacji, przez zredukowanie dzielenia zainteresowań, emocji i afektu oraz reakcji, po całkowity brak inicjowania interakcji społecznej.
   2. Deficyty w zakresie zachowań o charakterze komunikacji niewerbalnej, podejmowanych w celu nawiązania lub podtrzymania interakcji społecznej; od słabo zintegrowanej komunikacji werbalnej i niewerbalnej, przez anormalności dotyczące kontaktu wzrokowego i języka ciała, deficyty w zakresie rozumienia i stosowania komunikacji niewerbalnej, po całkowity braku ekspresji twarzy lub gestów.
   3. Deficyty dotyczące rozumienia i utrzymywania relacji, odpowiednio do poziomu rozwojowego (oprócz tych związanych z opiekunami); od trudności w doborze zachowania odpowiednio do kontekstu społecznego, przez

[19] Ibidem, s. 111.

[20] http://www.ptab.univ.gda.pl/charakterystyka_dzieci_autystycznych.htm [data dostępu: 29.03.2018].

[21] Zob. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. DSM-5.* Washington, American Psychiatric Association 2013 (w tłumaczeniu K. Grzywacz).

[22] Zob. *International Classification of Diseases and Related Health Problems. Tenth Revision. ICD-10.* Geneva, World Health Organization 2004.

trudności w dzieleniu zabawy wyobrażeniowej i nawiązywaniu przyjaźni, po widoczny brak zainteresowania ludźmi.

II. Ograniczone, powtarzalne wzorce zachowania, zainteresowań lub aktywności, manifestujące się w przynajmniej dwóch formach spośród następujących:

1. Stereotypowe lub powtarzalne: mowa, ruchy lub posługiwanie się przedmiotami (jak proste stereotypie ruchowe, echolalia, powtarzalne używanie przedmiotów lub frazy idiosynkratyczne).
2. Nadmierna rutynowość, wykorzystywanie zrytualizowanych wzorców zachowań werbalnych lub niewerbalnych, nadmierny opór wobec zmiany (jak rytuały ruchowe, naleganie na pójście tą samą, znaną już drogą, sztywne preferencje żywieniowe, powtarzanie tego samego pytania, skrajny stres w odpowiedzi na małe zmiany).
3. Wysoce ograniczone, uporczywe zainteresowania, anormalne pod względem intensywności lub przedmiotu uwagi (nadmierna fascynacja niezwykłymi obiektami, zainteresowania nadmiernie zawężone lub persewerujące).
4. Hiper- lub hiporeaktywność na sensoryczny bodziec lub niezwykłe zainteresowanie sensorycznymi aspektami otoczenia (jak widoczna obojętność na ból, gorąco, zimno, negatywna reakcja na specyficzne dźwięki lub powierzchnie, intensywne wąchanie lub dotykanie przedmiotów, fascynowanie się błyskami światła lub wirującymi przedmiotami).

III. Symptomy muszą być obecne we wczesnym dzieciństwie (ale mogą się nie manifestować przed czasem, w którym społeczne wymagania ujawniają ograniczone możliwości).

IV. Symptomy razem wzięte ograniczają i upośledzają codzienne funkcjonowanie.

Zaburzenia ze spektrum autyzmu jest zaburzeniem neurorozwojowym i są obecne od niemowlęctwa lub wczesnego dzieciństwa, ale mogą nie być rozpoznane w tym okresie z powodu minimalnych wymagań społecznych i wsparcia ze strony rodziców oraz opiekunów we wczesnych latach życia dziecka.

Według klasyfikacji ICD-10, autyzm jest zaliczany do kategorii zaburzeń rozwoju psychologicznego (F80–F89), które objawiają się w okresie niemowlęcym lub we wczesnym dzieciństwie. W tym czasie dochodzi do zaburzenia lub opóźnienia funkcji, które są powiązane z dojrzewaniem ośrodkowego układu nerwowego[23].

Do metod wspierania rozwoju komunikowania się dziecka z ASD należą:

- stosowana analiza zachowania – rozwijanie zachowań deficytowych (np. mowy) i redukowanie zachowań, których jest w nadmiarze (np. stymulacje);
- terapia integracji sensorycznej – znormalizowanie odbioru bodźców sensorycznych;
- Metoda Ruchu Rozwijającego Weroniki Sherborne – polepszenie kontaktu wzrokowego dziecka z najbliższym otoczeniem, do terapii dziecka włącza się jego bliskie osoby;

[23] E. Młynarczyk-Karabin: *Komunikacja dzieci z autyzmem*…, s. 103–104.

- metoda krakowska – stymulacja słuchowa, komunikacja ułatwiona, gesty wizualizacyjne i gesty interakcyjne;
- system PIC (*pictogram ideogram communicationm*) –piktogramy;
- metoda Makaton – program zawiera około 400 podstawowych gestów;
- system PECS (*picture exchange communication system*) – system polegający na wymianie obrazków[24].

Założenia badań własnych

Celem podjętych badań była diagnoza poziomu rozwoju kompetencji i umiejętności komunikacyjnych oraz dostosowanie programu terapii do potrzeb i możliwości dziecka. Odpowiednio do postawionego celu diagnostycznego sformułowano problemy badawcze zawarte w pytaniach:

1. Jakie są kompetencje i umiejętności komunikacyjne dziecka z zaburzeniami ze spektrum autyzmu?
2. Jakie terapie wspomagały rozwój kompetencji dziecka?

Zastosowano badania jakościowe, metodę indywidualnego przypadku. Jako techniki wybrano wywiad z matką oraz analizę dokumentacji.

Studium przypadku

Informacje na temat dziecka

Paweł urodził się w 2013 roku w jednym z przemyskich szpitali. Na świat przyszedł przez cesarskie cięcie (przedłużający się poród) w 38. tygodniu ciąży, uzyskał 9 punktów w skali Apgar. Stan noworodka po porodzie oceniono jako dobry. Rozwój psychoruchowy był opóźniony, dlatego dziecko zostało objęte kompleksową, wielospecjalistyczną terapią w Ośrodku Wczesnej Interwencji Polskiego Stowarzyszenia na Rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelektualną „Koło" w Jarosławiu. Uczestniczył w zajęciach pedagogicznych i logopedycznych w ramach programu „Rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego". Rozwój dziecka był monitorowany podczas kontrolnych badań lekarskich i fizjoterapeutycznych.

[24] B. Wołosiuk: *Rozwijanie komunikacji…*, s. 5–9.

Wyniki badań psychologicznych i logopedycznych

Wolniej niż rozwój ruchowy postępowały rozwój psychiczny Pawła oraz nabywanie przez niego słownictwa biernego i czynnego. W wieku 2 lat chłopiec wykonywał proste polecenia, jednak – nieadekwatnie do wieku – zasłyszane słowa powtarzał (echolalie), nie zadając pytań i nie prowadząc prostych konwersacji. Systematycznie prowadzono terapię logopedyczną wspomagającą rozwój słownika. W wieku 3 i 4 lat dziecko bardzo niechętnie nawiązywało kontakt werbalny, obecne były echolalie (bezpośrednie i odroczone), a zasób słownictwa czynnego był ograniczony. Obecnie chłopiec komunikuje się za pomocą pojedynczych wyrazów, zwrotów i prostych zdań. W wypowiedziach nadal obecne są echolalie. Komunikaty werbalne są niezrozumiałe ze względu na liczne substytucje, elizje i metatezy. Trudność sprawia chłopcu odpowiadanie na pytania dotyczące jego osoby oraz najbliższego otoczenia. Wykonuje proste polecenia werbalne poparte gestem lub osadzone w kontekście sytuacyjnym. Wymaga stałego motywowania, żeby doprowadzić zdanie do końca. Często zniechęca się i rezygnuje. Umie nazwać znane mu zwierzęta, przedmioty codziennego użytku (rzadko podaje ich funkcję użytkową). Nazywa kolory w języku angielskim. Paweł potrafi kierować i utrzymywać uwagę na atrakcyjnych dla niego ćwiczeniach, niestety na krótko, ponieważ rozpraszają go bodźce zewnętrzne i bardzo często zmienia aktywność. Potrafi łączyć w pary takie same ilustracje oraz proste pary asocjacyjne. Dobiera kształt do cienia. Składa trzyelementowe puzzle w całość. Trudność sprawia mu odwzorowanie prostych budowli z klocków. Grupuje przedmioty według koloru, w klasyfikowaniu według kształtu potrzebuje pomocy terapeuty. Nie dostrzega prostych zależności przyczynowo-skutkowych na materiale obrazowym. Chłopiec ma utrwalony w umyśle schemat ciała. Rozwój poznawczy i językowy jest opóźniony w stosunku do wieku metrykalnego.

W lutym 2018 roku chłopiec (w wieku 4 lat i 11 miesięcy), ze względu na zauważalne deficyty w komunikacji z otoczeniem, słabe postępy w terapii logopedycznej i psychologicznej, został skierowany do Specjalistycznej Poradni dla Osób z Artyzmem Dziecięcym w Leżajsku w celu diagnozy.

Diagnoza ASD

Zespół diagnostyczno-terapeutyczny, w składzie: specjalista psychiatra, specjalista pediatrii i medycyny rodzinnej, psycholog kliniczny dzieci i młodzieży, oligofrenopedagog, logopeda, terapeuta integracji sensorycznej, na podstawie wywiadu klinicznego, specjalistycznych badań, obserwacji swobodnej aktywności dziecka i na podstawie analizy dostarczonych materiałów stwierdził występowanie zaburzeń ze spektrum autyzmu – autyzm wczesnodziecięcy (F 84.0).

Chłopiec wymaga znacznego wsparcia (2 poziom w klasyfikacji DSM-5) ze względu na deficyty w komunikacji oraz ograniczonych, powtarzanych zachowań. Rozwój psychomotoryczny jest opóźniony. Stwierdzono niski poziom koordynacji wzrokowo-ruchowej, myślenia logicznego oraz zaburzenia koncentracji uwagi. Ponadto sztywność wzorców zachowań i trudności w radzeniu sobie ze zmianami inicjuje znaczne trudności w chwili zmiany obiektu zainteresowań lub aktywności. Paweł przejawia stereotypowe manieryzmy ruchowe i wokalne, silną potrzebę niezmienności, przybierające formę rytuałów, oraz wzmożoną reaktywność na bodźce zmysłowe.

U Pawła występują dwa typy dysfunkcji integracji sensorycznej – zaburzenia rejestracji bodźców sensorycznych oraz zaburzenia modulacji impulsów sensorycznych. Zaburzenia rejestracji dotyczą przede wszystkim bodźców: wzrokowych (chłopiec unika kontaktu wzrokowego, nie skupia się na wszystkich elementach przedmiotu), słuchowych (ignoruje dźwięki, nie zawsze reaguje na kierowane do niego słowa), dotykowych (oczekuje silnych wrażeń dotykowych, nie zawsze rejestruje bodźce bólowe, uderza siebie lub innych, gryzie i ślini dłonie). Zaburzenia modulacji bodźców przedsionkowych przejawiają się niepewnością grawitacyjną i zaburzeniem równowagi.

W obszarze komunikacji werbalnej obserwuje się trudności w budowaniu złożonych wypowiedzi (chłopiec mówi niechętnie, krótkimi zdaniami) oraz nawiązywaniu kontaktu i wykonywaniu poleceń. Występują echolalie. Paweł odmówił badania sprawności aparatu artykulacyjnego, nie inicjował dialogu i nie chciał odpowiadać na pytania werbalnie (czynił to tylko niewerbalnie, za pomocą mimiki i gestów). Chłopiec pozostaje w stałej terapii logopedycznej w OWI. Jego zainteresowania są ubogie, potrafi budować proste konstrukcje z klocków, bawi się samochodami. Zna przeznaczenie przedmiotów, *zabawek. Nie podejmuje zabaw symbolicznych. Nie inicjuje i nie potrafi podtrzymywać prawidłowych relacji z rówieśnikami.*

Terapia

Na podstawie diagnozy Paweł został objęty indywidualnym programem terapeutycznym. Podjęto terapię polegająca na wszechstronnej stymulacji różnych sfer rozwoju. W podrozdziale przedstawiono skrótowo jej strukturę i poszczególne elementy.

Terapia psychologiczna

Cele:

- rozwijanie sprawności motorycznej;
- rozwijanie sprawności manualnej;
- rozwijanie funkcji słuchowych i wzrokowych;

- rozwijanie koordynacji wzrokowo-ruchowej;
- stymulowanie myślenia (kategoryzowanie, myślenie przyczynowo-skutkowe);
- generalizowanie i utrzymywanie efektów uczenia się;
- kształtowanie umiejętności wspólnej pracy;
- odkrycie i rozwijanie indywidualnych zainteresowań i uzdolnień;
- rozwijanie umiejętności społecznych według metody Emmena i Plasmeijera.

Zadania:

Zadania określono na podstawie wykazu umiejętności z podziałem na kroki opracowanego przez R. Emmena i M. Plasmeijera.

- Zawieranie znajomości z osobami dorosłymi:
  - Podejdź do drugiej osoby.
  - Popatrz na nią.
  - Podaj jej rękę.
  - Powiedz głośno i wyraźnie swoje imię.
  - Słuchaj uważnie imienia drugiej osoby.
- Zawieranie znajomości z dziećmi:
  - Podejdź do dziecka.
  - Popatrz na nie.
  - Powiedz „cześć" w miły sposób.
  - Powiedz głośno i wyraźnie swoje imię.
  - Słuchaj uważnie imienia.
- Słuchanie:
  - Popatrz na drugą osobę.
  - Słuchaj, co ona mówi.
  - Nie przerywaj.
  - Zapytaj o to, czego nie rozumiesz.
  - Powiedz, co o tym myślisz.
- Zadawanie pytania osobie dorosłej:
  - O co chcesz zapytać? (świadomość)
  - Czy możesz o to zapytać teraz?
  - Popatrz na drugą osobę.
  - Powiedz, że chciał(a)byś o coś zapytać.
  - Zapytaj w jasny sposób, wyraźnie.
  - Wytłumacz, dlaczego zadajesz to pytanie.
  - Uważnie słuchaj odpowiedzi.
  - Powiedz, co o tym myślisz.
- Zadawanie pytania dziecku:
  - O co chcesz zapytać? (świadomość)
  - Czy możesz o to zapytać teraz?
  - Popatrz na drugą osobę.
  - Powiedz, że chciał(a)byś o coś zapytać.

Terapia logopedyczna

Cele:
- kształtowanie funkcjonalnej komunikacji;
- stymulowanie opóźnionego rozwoju mowy i doskonalenie wymowy już ukształtowanej;
- kształtowanie prawidłowej mowy poprzez korygowanie zaburzeń w zakresie strony fonetycznej, leksykalnej, gramatycznej;
- wdrażanie do praktycznego wykorzystania nawyków poprawnej wymowy przyswojonej w toku ćwiczeń;
- rozwijanie kompetencji językowych.

Zadania:
- wykonywanie poleceń jednoetapowych, wskazywanie części ciała, przedmiotów na polecenie, identyfikowanie cech, emocji, zabawa w udawanie, naśladowanie;
- naśladowanie niewerbalne –, w tym naśladowanie specyficznych ruchów twarzy i ust;
- usprawnienie narządów mowy;
- usunięcie wadliwych form realizacji dźwięków i wytworzenie w ich miejsce nowych prawidłowych;
- ćwiczenia logopedyczne – oddechowe, fonacyjne, artykulacyjne, usprawniające motorykę i kinestezję narządów tempa i płynności mowy;
- prowadzenie dialogu na różne tematy.

Terapia integracji sensorycznej

Cele:
- Znormalizowanie odbioru bodźców sensorycznych poprzez:
  – stymulację układu przedsionkowego i proprioceptywnego;
  – stymulację układu wzrokowego;
  – stymulację układu dotykowego;
  – rozwijanie praksji.

Zadania:
- stosowanie technik wyciszających, pomagających regulować stan pobudzenia;
- dostarczanie wrażeń proprioceptywnych w celu regulacji stanu pobudzenia.;
- normalizacja systemu przedsionkowego;
- rozwijanie koordynacji ruchowej w zakresie małej motoryki i dużej;
- ćwiczenie uwagi;
- ćwiczenia na przekraczanie linii środkowej ciała;
- ćwiczenia wodzenia wzrokiem;
- masaż (różny nacisk);
- ćwiczenia kształtujące obraz i schemat ciała oraz orientację przestrzenną.

Wnioski

Obecnie Paweł objęty jest kompleksową opieką terapeutyczną: psychologa, pedagoga specjalnego, logopedy, terapeuty zaburzeń integracji sensorycznej, fizjoterapeuty. W celu wspomagania chłopca w rozwijaniu mowy oraz eliminowaniu specyficznych trudności w zakresie komunikacji, został on objęty specjalnym programem terapeutycznym i skierowany na różne terapie dostosowane do jego potrzeb i możliwości.

Podsumowując zebrane informacje, można stwierdzić, że brak podjęcia działań w zakresie interdyscyplinarnej diagnozy i terapii we wczesnych etapach rozwoju rzutuje obecnie na poziom rozwoju kompetencji i umiejętności komunikacyjnych u chłopca. Należy tu podkreślić, że program, którym chłopiec był objęty, nie wspomagał w wystarczającym stopniu rozwoju komunikacji dziecka, brakowało specjalistycznego i holistycznego podejścia w terapii, stąd tak obszerne zaburzenia w zakresie komunikacji. Tylko wczesna diagnoza i terapia mogłyby zapobiec tym problemom lub zmniejszyć ich spektrum. Bardzo ważne w tym przypadku jest jak najszybsze wdrożenie kompleksowego programu terapeutycznego.

Bibliografia

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. DSM-5. Washington, American Psychiatric Association 2013 (w tłumaczeniu K. Grzywacz).

Gałkowski T., Wardyn M.: *Echolalia u dzieci z autyzmem i jej rozwojowe uwarunkowania*. „Audiofonologia" 2002, T. 21, s. 147–177.

http://www.ptab.univ.gda.pl/charakterystyka_dzieci_autystycznych.htm [data dostępu: 26.03.2018].

International Classification of Diseases and Related Health Problems. Tenth Revision. ICD-10. Geneva, World Health Organization 2004/.

Kamińska B., Siebert B.: *Podstawy rozwoju mowy u dzieci*. „Forum Medycyny Rodzinnej" 2012, t. 6, nr 5, s. 236-243

Konstantareas M., Blackstock E.B., Webster C.D.: *Autyzm*. Przeł. K. Hipp. Warszawa, Krajowe Towarzystwo Autyzmu 1992.

Młynarczyk-Karabin E.: *Komunikacja dzieci z autyzmem – przegląd badań*. „Człowiek – Niepełnosprawność – Społeczeństwo" 2016, nr 2 (32), s. 103–116.

Pisula E.: *Autyzm, przyczyny, symptomy, terapia*. Gdańsk, Harmonia 2010.

Prizant B.: *Language acquisition and communicative behavior in autism: Toward an understanding of the "whole" of it*. „Journal of Speech and Hearing Disorders" 1983, nr 48, s. 296–307.

Prizant B., Duchan J.: *The Functions of Immediate Echolalia in Autistic Children*. „Journal of Speech and Hearing Disorders" 1981, no. 46, s. 241–249.

Sacher-Szafrańska K.: *Torowanie drogi rozwoju mowy poprzez kształtowanie sprawności komunikacyjnych dzieci dotkniętych zaburzeniami autystycznymi.* " „Logopedia Silesiana" 2013, nr 2, s. 181–187.

Wieczór E.: *Proces nabywania przez dzieci kompetencji językowych i komunikacyjnych*. „Studia Dydaktyczne" 2014, nr 26, s. 341–359.

Wołosiuk B.: *Rozwijanie komunikacji dziecka ze spektrum autyzmu*. „Roczniki Pedagogiczne" 2017, t. 9 (45), nr 3, s. 97–109.

„Logopedia Silesiana", t. 7, ISSN 2391-4297
DOI 10.31261/LOGOPEDIASILESIANA.2018.07.12
(cc) BY-SA

Aneta Syta
Zakład Logopedii i Emisji Głosu, Instytut Polonistyki Stosowanej,
Uniwersytet Warszawski
0000-0001-7487-4083

Rozwój mowy i komunikacji dziecka z zaburzeniami ze spektrum autyzmu Studium przypadku

Development of Speech and Communication of the Child with Autism Spectrum Disorder: A Case Study

Abstract: The aim of the article is to show the degree of speech development of a 6-year-old boy diagnosed with autism. The article also presents, among others, the development of the child's motor skills, medical documentation, and the results of specialist research. Finally, the proposal of a speech therapy plan is presented, and the need to work on accompanying disorders is emphasised.

Key words: autism, speech disorders, speech therapy, social communication, language behaviours

Autyzm jest zaliczany do problemów o podłożu neurologicznym i jest jednym z najcięższych zaburzeń rozwoju[1]. Termin „autyzm", „zachowania autystyczne" w odniesieniu do zaburzeń, które pojawiają się we wczesnym dzieciństwie, wprowadził Leo Kanner, austriacki psychiatra, który jako pierwszy opisał syndrom zaburzeń zachowania u dzieci, charakteryzujący się wyraźną odmiennością na tle innych zaburzeń rozwoju[2]. Dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu (ASD) przejawiają zachowania schematyczne, źle znoszą zmiany dotyczące codziennych czynności. Często w niewłaściwy sposób wykorzystują przedmioty (np. podczas zabawy), wykazują nietypowe reakcje na dźwięki (np. zasłaniają uszy, kiedy słyszą płacz innego dziecka). Występuje u nich również nadwrażliwość smakowa oraz brak wrażliwości na ból, zimno lub gorąco. Kanner w swoich badaniach wskazywał na liczne zaburzenia mowy; podczas swoich obserwacji zauważył, że w niektórych przypadkach mowa nie rozwija się w ogóle. Brak mowy jest jednym z pierwszych powodów niepokoju u rodziców dziecka z autyzmem. Dzieci te czę-

[1] E. Pisula: *Małe dziecko z autyzmem. Diagnoza i terapia.* Gdańsk, Gdańskie Wydaw. Psychologiczne 2005, s. 13.

[2] W. Lipski: *Standard postępowania logopedycznego w przypadku autyzmu*. W: *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego.* Red. S. Grabias, J. Panasiuk, T. Woźniak. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 2015, s. 462.

sto wokalizują, są w stanie powtórzyć dźwięki, które usłyszały, jednak najczęściej czynią to bez intencji komunikacyjnej. Brak mowy jest kompensowany krzykiem, płaczem, zachowaniami agresywnymi czy samouszkadzaniem się, które pełnią funkcję komunikatu[3]. W spektrum zaburzeń autystycznych Kanner wyróżnił także niechęć do tworzenia relacji międzyludzkich, skłonność do pozostawania w izolacji od świata społecznego[4].

U osób z autyzmem o wyższym poziomie funkcjonowania, które swobodnie posługują się mową, często jest obserwowana skłonność do tworzenia nowych, oryginalnych konfiguracji słownych[5]. Wypowiedzi dzieci z ASD charakteryzuje:

- brak próby dostosowania tempa i głośności wypowiedzi do sytuacji i potrzeb słuchacza;
- mowa skandowana, nieuwzględnianie modulacji głosu;
- liczne echolalie (również u osób częściowo posługujących się mową), w których upatruje się skłonność do perseweracji;
- obojętność na reakcję rozmówcy;
- brak utrzymywania kontaktu wzrokowego z rozmówcą.

W artykule przedstawiam poziom funkcjonowania językowego oraz rozwój komunikacji u sześcioletniego dziecka ze zdiagnozowanym autyzmem. Studium dotyczy chłopca, Michała, urodzonego w lutym 2011 roku. Dziecko trafiło do mnie na terapię w marcu 2017 roku. Pierwszy kontakt był nieco utrudniony ze względu na to, że wypowiedzi chłopca zawierały liczne błędy artykulacyjne i gramatyczne. Michał wymawiał kilkadziesiąt słów. Były to przede wszystkim rzeczowniki (oznaczające zabawki, ubrania, pokarmy, meble, części ciała itp.), które chłopiec łączył nieraz z czasownikami w formie bezokolicznika. Zwracał szczególną uwagę na przedmioty mające kształt koła, lubił bawić się kulkami. Jego zachowanie cechowała duża zmienność, dynamizm i nieprzewidywalność. Istotny problem stanowiła skłonność dziecka do uderzania głową na znak niezadowolenia, protestu.

Charakterystyka społeczna

Michał wychowuje się w pełnej, kochającej rodzinie. Oboje rodzice mają wykształcenie wyższe i są czynni zawodowo. Chłopiec ma rodzeństwo – 14-letniego

[3] E. Pisula: *Małe dziecko z autyzmem*…, s. 36.

[4] U. Bigas: *Autyzm – charakterystyka zachowań językowych w autystycznym spektrum zaburzeń*. W: *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy*. Red. S. Grabias, M. Kurkowski. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 2012, s. 365.

[5] T. Gałkowski: *Zaburzenia komunikacji dzieci z autyzmem*. W: *Zaburzenia mowy. Mowa – teoria – praktyka*. Red. S. Grabias. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 2001, s. 357–358.

brata, z którym jest bardzo związany. Rodzice starają się zapewnić swoim dzieciom jak najlepsze warunki do rozwoju i funkcjonowania. Matka dziecka chorowała przed ciążą na niedoczynność tarczycy, dyskopatię oraz nadwrażliwość jelita grubego. Stan zdrowia ojca był dobry. W dalszej rodzinie występowały przypadki alkoholizmu, nowotworów (rak piersi u kobiet, rak płuc u dziadka Michała ze strony ojca).

Przebieg ciąży, stan noworodka

Matka zaszła w ciążę w wieku 29 lat, została przyjęta na oddział patologii ciąży z powodu nadciśnienia tętniczego oraz obecności białka w moczu. Kobieta przeszła również infekcje górnych i dolnych dróg oddechowych w 2. trymestrze ciąży. Przyznała, że przez cały okres trwania ciąży towarzyszył jej silny stres spowodowany lękiem przed utratą dziecka. Michał urodził się w 34. tygodniu ciąży, poprzez cesarskie cięcie, które wykonano z powodu stanu przedrzucawkowego matki. Po urodzeniu Michał nie oddychał, był reanimowany. Masa urodzeniowa – 2050 g, długość ciała –50 cm, obwód głowy – 31 cm. W skali Apgar w 1. minucie dziecku przyznano 5 punktów, w 5. minucie – 8., a w 10. minucie – 10 punktów. Chłopiec ma wrodzoną niedoczynność tarczycy.

Rozwój mowy oraz funkcji związanych z mową

Michał od 1. do 3. dnia życia był karmiony pozajelitowo, od 3. do 7. dnia życia – częściowo pozajelitowo, natomiast od 8. dnia życia – wyłącznie enteralnie, początkowo sondą, następnie smoczkiem i piersią (do 7. miesiąca życia).

Po urodzeniu chłopiec nie miał odruchu ssania, który pojawił się dopiero około 18. dnia życia. Cierpiał na nietolerancję pokarmową, skazę białkową, miał nasilone kolki do urodzenia do 7. miesiąca życia. Pierwszy krzyk wystąpił dopiero około 1. miesiąca życia dziecka, wokalizacja – w 11. miesiącu życia, gaworzenie – w wieku 1 roku i 3 miesięcy, a pierwsze słowa: „mama", „koła" – w 2. roku życia. Natomiast pierwsze zdanie – „Daj kasę" – w 3. roku życia dziecka. Słowa nie były wypowiadane w sposób znaczący, dziecko miało liczne echolalie bezpośrednie.

Rozwój motoryki dziecka

Sprawność ruchowa dziecka była słaba: chłopiec często się potykał, upadał, miał nieskoordynowane ruchy. Z powodu obniżonego napięcia mięśniowego Michał był rehabilitowany od 2. miesiąca życia do 1. roku. Zaczął siadać dopiero w 7. miesiącu życia, raczkować – od 1 roku życia. Natomiast swoje pierwsze kroki postawił w wieku 18. miesięcy.

W orzeczeniu z poradni psychologiczno-pedagogicznej z roku 2013 stwierdza się duże trudności w zakresie motoryki dużej. Chłopiec nie stał na jednej nodze, nie pokonywał przeszkód, miał obniżone napięcie posturalne, wykazywał nadruchliwość. Miał obniżoną sprawność manualną, nieprawidłowo chwytał kredkę, miał także trudności z przekraczaniem osi ciała. Naprzemiennie posługiwał się prawą i lewą ręką, miał obniżoną koordynację wzrokowo-ruchową, nie współpracował przy ubieraniu i rozbieraniu, nie jadło samodzielnie, był pieluchowany. Za pomocą arkusza oceny opisowej umiejętności dziecka[6] w zakresie motoryki dużej w 2016 roku stwierdzono, że chłopiec:

- chętnie biega i zmienia w biegu kierunek;
- jest nadpobudliwy ruchowo;
- jego ruchy są nieskoordynowane i niezdarne;
- wchodzi i schodzi po schodach ruchem naprzemiennym, bez pomocy osoby dorosłej.

W zakresie motoryki małej:

- lepi z plasteliny kulkę, koło, rogalik;
- potrafi ciąć papier nożyczkami;
- potrafi zrobić trwałą babkę z piasku;
- przejawia znacznie obniżoną sprawność manualną, nieprawidłowo chwyta długopis;
- nie radzi sobie np. z rozpakowaniem prezentu.

W zakresie koordynacji wzrokowo-ruchowej:

- poprawnie dopasowuje dwie części obrazka rozciętego na pół;
- potrafi przejść po narysowanej linii prostej kilka metrów
- trafia małą piłeczką w tarczę z odległości 1 metra;
- potrafi ciąć papier w linii krzywej na długość około 4 cm, na rysunku postać ludzką przedstawia jako „głowonoga".

W tymże badaniu szczególnie zwraca uwagę to, że chłopiec nie czyta wyrazów ani zdań. Umie przeczytać jedynie alfabet. Jeśli ma przed sobą wyraz – przeliteruje go, ale nie dokonuje jego syntezy.

Z pomocą osoby dorosłej zakłada skarpety oraz koszulkę, potrafi samodzielnie założyć spodnie oraz buty z rzepami, potrafi również samodzielnie zjeść posiłek, który lubi. Jest samodzielny w zakresie czynności samoobsługowych w toalecie.

[6] Na podstawie J. Kielin: *Profil osiągnięć ucznia. Przewodnik dla terapeutów i nauczycieli*. Sopot, Gdańskie Wydaw. Psychologiczne 2016.

Wyniki badań specjalistycznych

Jak wynika z orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego oraz z opinii o potrzebie wczesnego wspomagania, wydanych w poradni psychologiczno-pedagogicznej w 2013 roku, stwierdzono, że Michał wymaga stałej opieki oraz wspomagania rozwoju, ze względu na autyzm. Zaobserwowano także brak koncentracji uwagi, brak wykonywania poleceń oraz występowanie autoagresji – uderzanie głową o podłogę.

W badaniu integracji sensorycznej z 2014 roku (wiek dziecka: 2 lata i 9 miesięcy) odnotowano nieprawidłowości w funkcjonowaniu układu przedsionkowego, proprioceptywnego i dotykowego, co może skutkować między innymi obniżonym napięciem mięśniowym, słabszą koncentracją uwagi i słabszą koordynacją wzrokowo-ruchową, dziecko ma niski próg wrażliwości na bodźce dotykowe i słuchowe.

Z badania psychologiczno-pedagogicznego z 2017 roku[7] w zakresie percepcji wzrokowej wynika, że dziecko:

- koncentruje wzrok na bodźcach świetlnych;
- podąża wzrokiem za bodźcami świetlnymi poruszającymi się w linii poziomej i pionowej oraz po liniach krzywych w całym obszarze pola widzenia;
- dostrzega zmiany w mimice twarzy znanych osób, rozpoznaje ich stany emocjonalne.

W zakresie percepcji słuchowej:

- odwraca głowę w kierunku źródła dźwięku:
- pod wpływem modulacji i zmiany tonu głosu ludzkiego, zmienia swoje zachowanie;
- potrafi reagować emocjonalnie na muzykę;
- reaguje na ciche dźwięki, np. tykanie zegara.

Rozwój percepcji słuchowej i wzrokowej jest znacznie poniżej normy wiekowej – na poziomie rocznego dziecka.

Z obserwacji Michała w przedszkolu oraz rozmów z jego wychowawczynią wynika, że:

- chłopiec dzieli się zabawkami z innymi dziećmi;
- okazuje współczucie dziecku, przytula je;
- potrafi szukać pomocy u dorosłych, w sytuacjach, kiedy wykonanie zadania przekracza jego możliwości;
- zgłasza nauczycielowi niepokojące sytuacje, które dostrzega (np. bójka rówieśników);
- potrafi zidentyfikować swój stan emocjonalny – określić, czy czuje się zły, smutny, wesoły;

[7] Jak również z własnej obserwacji.

- skupia się na zadaniu grupowym tylko przez kilka minut, po czym wycofuje się ze wspólnej zabawy;
- nie respektuje pauzy, często się rozprasza;
- wykonuje wiele czynności naraz.

Michał poddany był wielu badaniom medycznym, oto wyniki:

- badanie echokardiograficzne, 28 lutego 2011 roku – wyniki w normie.
- badanie wzroku, 13 marca 2011 roku – odcinek przedni i dno oka w granicach fizjologii, siatkówka niemal w rąbku;
- USG przezciemiączkowe, 21 kwietnia 2012 roku – w normie; badanie elektroencefalograficzne, 21 listopada 2013 roku – rozpoznanie: autyzm;
- badanie słuchu, 31 stycznia 2014 roku – rozpoznanie: ICD-10: H93.2 – inne zaburzenia percepcji słuchowej, współistniejące; J39.8 – inne choroby dróg oddechowych; R62.0 – opóźnienie etapów rozwoju fizjologicznego.

W wieku 5 lat chłopiec był konsultowany przez neurologa, który (według relacji matki) nie wskazał potrzeby przeprowadzenia dalszych badań.

Z wywiadu z matką wynika, że Michał cierpi na astmę, bardzo często ma infekcje gardła oraz zapalenie oskrzeli. Z powodu częstych infekcji górnych dróg oddechowych przynajmniej raz w miesiącu przebywa w szpitalu. Obecnie chłopiec uczęszcza na:

- terapię integracji sensorycznej;
- terapię psychologiczną;
- terapię logopedyczną.

Jest również pod stałą opieką lekarzy specjalistów:

- endokrynologa;
- ortopedy;
- gastrologa;
- psychiatry.

Diagnoza rozwoju językowego

Badanie logopedyczne zostało przeprowadzone za pomocą narzędzia Sprawdź, jak mówię. Karta badania logopedycznego z materiałami pomocniczymi, opracowanego przez Elżbietę Stecko[8]. Karta składa się z trzech części i wywiadu. Wyniki uzyskane na podstawie wszystkich tych elementów dają kompletny ogląd rozwoju mowy dziecka.

[8] E. Stecko: *Sprawdź, jak mówię. Karta badania logopedycznego z materiałami pomocniczymi*. Warszawa, Wydaw. ES 2014.

Pierwsze spotkanie diagnostyczne odbyło się 23 marca 2017, kolejne 23 listopada 2017, a ostatnie 25 listopada 2017 roku. Rodzice dziecka zgodzili się na przeprowadzenie badania. Na potrzeby pracy, w celu zachowania anonimowości, imię chłopca zostało zmienione.

Badania przebiegały w bardzo miłej atmosferze. Jednak czasami występował spadek koncentracji dziecka i kłopot z utrzymywaniem wspólnego pola uwagi podczas wykonywania zadań. Utrudniało to dokonanie dokładnej oceny zasobu słownictwa.

Budowa i sprawność aparatu artykulacyjnego

Dziecko ma znacznie obniżoną sprawność aparatu artykulacyjnego. U chłopca występuje nadmierne ślinienie się, co bardzo utrudnia mu artykulację, a także spożywanie posiłków. Pokarmy odgryza nieprawidłowo (zębami przedtrzonowymi, trzonowymi), a zjedzenie posiłku zajmuje mu bardzo dużo czasu. Obserwuje się połykanie o typie zespolenia językowo-wargowo wewnętrznego. Wędzidełko podjęzykowe ma prawidłową długość. W ocenie sprawności warg chłopiec otrzymał 45 na 80 możliwych punktów, a w ocenie sprawności języka – 65 na 120 punktów, co w obu przypadkach daje wynik na poziomie dziecka trzy-, czteroletniego. Wyniki te wskazują na konieczność podjęcia ćwiczeń usprawniających wargi i język.

Rozumienie mowy

W badaniu rozumienia mowy chłopiec uzyskał 10 na 12 punktów. Niezaliczona została próba *Opowiadanie*. Wszystkie sprawdzone części mowy poza przyimkami są przez dziecko rozumiane.

Rozumienie (materiał językowy dla grupy wiekowej dzieci poniżej 7. roku życia):

- rzeczowniki – rozpoznanych 40/40 przedmiotów (4 pkt.);
- czasowniki – rozpoznanych 10/10 czynności (1 pkt);
- przymiotniki – rozpoznane 4/4 pary przeciwstawnych cech przedmiotów (1 pkt);
- przysłówki – rozpoznane 4/4 pary przeciwstawnych cech czynności (2 pkt.);
- wyrażenia przyimkowe – rozpoznane 0/2 wyrażenia przyimkowe (bez punktów).
- nazwy pojęć – rozpoznane 5/5 pojęć (2 pkt.);
- opowiadanie – odpowiedź nieprawidłowa, dziecko wskazało błędny obrazek (bez punktów).

Mowa ekspresywna

Michał ma dość bogaty zasób słownictwa czynnego – bez trudności nazywa proste czynności, przedmioty, przeciwstawne cechy przedmiotów i cechy czynności. Występuje problem z nazywaniem określeń stosunków przestrzennych.

Nazywanie (materiał językowy dla grupy wiekowej dzieci poniżej 7. roku życia):

- rzeczowniki – prawidłowo nazwanych 38/40 przedmiotów (3,8 pkt.);
- czasowniki – prawidłowo nazwanych 9/10 czynności (0,9 pkt.);
- przymiotniki – prawidłowo nazwane 4/4 pary przeciwstawnych cech przedmiotów (1 pkt);
- przysłówki – prawidłowo nazwane 4/4 pary przeciwstawnych cechy czynności (2 pkt.);
- wyrażenia przyimkowe – prawidłowo nazwanych 0/5 par określających stosunki przestrzenne (bez punktów);
- nazwy pojęć – prawidłowo nazwanych 5/5 pojęć (2 pkt.);
- opowiadanie – chłopiec nie poradził sobie z samodzielnym opowiedzeniem historyjki obrazkowej (bez punktów).

W sumie w teście nazywania chłopiec uzyskał 9,7 na 12 możliwych punktów. Dziecko nie poradziło sobie z ułożeniem historyjki obrazkowej. Skupiało się na pojedynczym obrazku i próbowało opowiadać, co się na nim znajduje. Jego wypowiedź jest niezrozumiała, chaotyczna. W budowie wyrażeń wystąpiły liczne agramatyzmy. Ponadto Michał wymienił wiele nazw przedmiotów, a na zadane mu pytanie „co robi?" odpowiadał prawidłowym czasownikiem. Nie buduje zdania. Czasami nie odpowiadał na zadane mu pytanie, tylko mówił o elemencie obrazka, który go zainteresował.

Artykulacja

W artykulacji chłopca występują liczne błędy. Mowa dziecka jest niezrozumiała, a realizacja głosek niestabilna. W wyrazach występuje zamiana głosek trzech szeregów głosek detalizowanych, bez cech regularności, oraz głoski *r* na *l*. Michał ma problem z artykulacją głoski *r* oraz głosek szeregu szumiącego, ciszącego i syczącego w izolacji. Duże trudności ma również z powtarzaniem głosek opozycyjnych – w przypadku wszystkich par zanotowano błędne powtórzenia (zamiany głosek, a także powtórzenia ostatniej głoski). Zaburzona była również struktura wyrazów (elizje, deformacje). Głoski *s*, *z*, *c*, *dz* chłopiec wypowiada czasem jako zmiękczone. Głos Michała ma zmienne natężenie. W sytuacjach, gdy dziecko jest zdenerwowane, pojawia się pisk. Tempo mowy jest zróżnicowane. Zdarzają się nieregularne przerwy w wypowiedzi, czasem zrozumienie wypowiedzi jest niemożliwe. Prozodia mowy jest zaburzona, zauważyć można nienaturalną śpiewność. Michał ma również problemy z prawidłowym gospodarowaniem

oddechem podczas mówienia – fonacja jest skrócona, a płytki wydech powoduje męczliwość i ściszenie głosu.

Chłopiec nie dokonuje analizy ani syntezy wyrazowej, nie różnicuje ani nie identyfikuje głosek artykułowanych.

Propozycja planu terapii

Ze względu na charakter deficytów chłopca konieczna jest wszechstronna terapia logopedyczna obejmująca:

- poprawę sprawności aparatu artykulacyjnego, w zakresie: oddychania, napięcia mięśniowego i synchronizacji pracy artykulatorów;
- poprawę prozodii;
- rozwijanie słuchu fonematycznego, w zakresie: różnicowania i identyfikowania dźwięków mowy, analizy i syntezy głoskowej, pamięci słuchowej;
- prowokowanie użycia mowy czynnej;
- stymulowanie rozwoju komunikacji pozawerbalnej;
- pracę nad motoryką drobną rąk.

Kluczowa w regulacji procesów modulacji i wzmacniania mechanizmów posturalno-okołoruchowych jest ponadto terapia integracji sensorycznej. Dotyk stymuluje rozwój fizyczny i emocjonalny, a różnorodność odbieranych przez dziecko bodźców dotykowych pozwala mu na nauczenie się ich rozpoznawania i różnicowania[9].

Niezwykle istotna jest praca – z pomocą specjalistów – nad zaburzeniami towarzyszącymi, obejmująca:

- przeciwdziałanie zaburzeniom wtórnym, takim jak: agresja, krzyk, płacz, nieadekwatne zachowania;
- usprawnianie percepcji wzrokowej;
- rozwój grafomotoryczny, rozwój poznawczy (przygotowanie dziecka do nauki w szkole).

Bardzo ważne jest także oddziaływanie na sferę emocjonalną poprzez zabawy ruchowe, muzykę, logorytmikę – mają one na celu rozwijanie funkcji językowych. Takie formy stymulowania aktywności poznawczej pozwalają często na wywołanie ekspresji słownej[10].

---

[9] O. Przybyla: *Procesy przetwarzania sensorycznego w stymulowaniu rozwoju małego dziecka*. W: *Wczesna interwencja logopedyczna*. Red. K. Kaczorowska-Bray, S. Milewski, Gdańsk, Harmonia Universalis 2016, s. 114.

[10] T. Gałkowski: *Zaburzenia komunikacji…*, s. 360.

Podsumowanie

Zachowania językowe warunkują właściwy rozwój poznawczy i społeczny. W przypadku dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu obserwuje się ogromne deficyty w zakresie mowy i komunikacji[11]. Rozpoczęcie terapii we wczesnym okresie życia stanowi bazę oddziaływań terapeutycznych w przyszłości. Początkowy okres terapii powinien służyć wykształceniu u dziecka poczucie bezpieczeństwa, na kolejnych etapach wszelkie zachowania pożądane należy wzmacniać, a naukę nowych umiejętności prowadzić stopniowo[12]. Terapeuci dzieci z ASD powinni zatem wykazać dużą konsekwencję oraz umieć pokonywać codzienne przeszkody, ponieważ są to najważniejsze ogniwa terapii.

Bibliografia

Bigas U.: *Autyzm – charakterystyka zachowań językowych w autystycznym spektrum zaburzeń*. W: *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy*. Red. S. Grabias, M. Kurkowski. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 2012, s. 361–378.

Gałkowski T.: *Zaburzenia komunikacji dzieci z autyzmem*. W: *Zaburzenia mowy. Mowa – teoria – praktyka*. Red. S. Grabias. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 2001, s. 357–363.

Kielin J.: *Profil osiągnięć ucznia. Przewodnik dla terapeutów i nauczycieli*. Sopot, Gdańskie Wydaw. Psychologiczne 2016.

Lipski W.: *Standard postępowania logopedycznego w przypadku autyzmu*. W: *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego*. Red. S. Grabias, J. Panasiuk, T. Woźniak. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 2015, s. 461–516.

Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja dziesiąta. ICD-10. Kraków, Vesalius 1994.

Panasiuk J.: *Spektrum autystyczne w opóźnionym rozwoju mowy – problemy diagnozy różnicowej*. „Psychiatria i Psychologia Kliniczna", 2011, nr 1, suplement, s. 43–44.

Panasiuk J.: *Zaburzenia mowy u dzieci chorych neurologicznie – diagnoza i terapia logopedyczna*. W: *Różne aspekty opóźnionego rozwoju mowy*. Red. B. Cyl. Katowice, Metis 2010, s. 30–69.

Pisula E.: *Autyzm. Fakty, wątpliwości, opinie*. Warszawa, Wyższa Szkołą Pedagogiki Specjalnej 1993.

Pisula E.: *Małe dziecko z autyzmem. Diagnoza i terapia*. Gdańsk, Gdańskie Wydaw. Psychologiczne 2005.

[11] U. Bigas: *Autyzm – charakterystyka zachowań językowych…*, s. 377.

[12] M. Piszczek: *Typologia Nikolskiej: Nawiązanie kontaktu i kształtowanie umiejętności współdziałania z dziećmi autystycznymi, które osiągnęły różne poziomy afektywnej regulacji*. W: *Niedyrektywność i relacja. Terapia osób z zaburzeniami ze spektrum autyzmu*. Red. A. Prokopiuk, Warszawa–Lublin 2014.

Piszczek M.: *Typologia Nikolskiej: Nawiązanie kontaktu i kształtowanie umiejętności współdziałania z dziećmi autystycznymi, które osiągnęły różne poziomy afektywnej regulacji*. W: *Niedyrektywność i relacja. Terapia osób z zaburzeniami ze spektrum autyzmu*. Red. A. Prokopiuk. Warszawa–Lublin, Fraszka Edukacyjna 2014, s. 22–34.

Przybyla O.: *Procesy przetwarzania sensorycznego w stymulowaniu rozwoju małego dziecka*. W*: Wczesna interwencja logopedyczna*. Red. K. Kaczorowska-Bray, S. Milewski. Gdańsk, Harmonia Universalis 2016, s. 110–117.

Przybyla O.: *Zaburzenie rozwoju koordynacji – dyspraksja. Przegląd badań*. „Logopedia Silesiana" 2016, t. 5, s. 227–248.

Stecko E.: *Sprawdź, jak mówię. Karta badania logopedycznego z materiałami pomocniczym*. Warszawa, Wydaw. ES 2014.

Styczek I.: *Badanie i kształtowanie słuchu fonematycznego*. Warszawa, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne 1998.

Wing L., Gould J.: *Severe Impairment of Social Interaction and Associated Abnormalities in Children: Epidemiology and Classification*. „Journal of Autism and Developmental Disorders" 1979, vol. 9, no. 1, s. 11–29.

„Logopedia Silesiana", t. 7, ISSN 2391-4297
DOI 10.31261/LOGOPEDIASILESIANA.2018.07.13
(cc) BY-SA

Olga Przybyla
Uniwersytet Śląski w Katowicach, Katedra Dydaktyki Języka i Literatury Polskiej, Centrum Logopedii
0000-0001-8924-3102

Justyna Wons
Zespół Szkolno-Przedszkolny w Potępie
0000-0003-3220-4449

Zaburzenia językowe i komunikacyjne dziecka z zespołem Aspergera Studium przypadku

Disorders of Speech Development and Communication of the Child with the Asperger Syndrome: A Case Study

Abstract: The article presents the tasks of speech therapy and the planned activities undertaken to support the communication development of the child with the Asperger syndrome. An attempt to describe communication disorders and the relationship with the aforementioned therapy is based on the selected case study. The article also presents such issues as the development of the child's motor skills, the medical documentation, and the results of specialist and authors' research.

Key words: Asperger syndrome, linguistic disorders, speech therapy, social communication, language behaviours

> […] posługiwanie się językiem jest na pewnych poziomach zadaniem sensomotorycznym, a na innych zachowaniem w znacznej mierze społecznym, można [więc] oczekiwać, że zaburzenia w obszarach sensomotorycznych i społecznych będą powodowały deficyty językowe[1].

Postęp cywilizacyjny przeobraża rzeczywistość i sprawia, że nieustannie wzrasta liczba zadań do wykonania oraz ilość treści do przyswojenia. W wymiarze jednostkowym progresywna dynamika przemian obejmuje swym zakresem m.in. adaptacyjne procesy dostosowywania się do otaczającej rzeczywistości

[1] G. Hickok: *Mit neuronów lustrzanych. Rzetelna neuronauka komunikacji i poznania*. Przeł. K. Cipora, A. Machniak. Kraków, Copernicus Center Press 2016, s. 325–326.

mózgu i programu genetycznego. Nie zawsze jednak tak się dzieje. Jeśli mózg ma zbyt mało czasu na scalenie docierających do niego informacji, dochodzi do nieprawidłowego ich odbioru i niewłaściwej ich integracji. Z sytuacją taką mamy do czynienia w przypadku dzieci dotkniętych zespołem Aspergera, których relacje z otoczeniem odbiegają od ogólnie przyjętych norm i zasad. Dzieci z ZA cechuje mocno zaniżona potrzeba wchodzenia w interakcje na rzecz silniejszej tendencji do podążania za własnymi pragnieniami i przekonaniami. Akceptują działania i doświadczenia, których przebieg mogą kontrolować, i mają sobie właściwe normy zachowań językowych i komunikacyjnych.

Celem w artykule jest opis i analiza zachowań komunikacyjnych dziecka z ZA. Przedstawiamy wyniki badań własnych oraz dane pochodzące z dokumentacji medycznej oraz psychologiczno-pedagogicznej. Część teoretyczna obejmuje zwięzły opis problematyki sprawności językowych i komunikacyjnych dzieci z ZA., w części empirycznej omawiamy – na podstawie przeprowadzonych badań – poziom sprawności językowych i kompetencji komunikacyjnych dziecka z ZA. Zależy nam na tym, by uzyskane wyniki – choć w drobnym zakresie – przyczyniły się do rozpoznania zasad językowego funkcjonowania dzieci z ZA i mogły okazać się pomocne w pracy z dziećmi z omawianym zaburzeniem. Osoba z ZA potrzebuje zrozumienia i wsparcia w swojej codziennej aktywności.

Zespół Aspergera jest zaburzeniem rozpoznanym stosunkowo niedawno, przypisanym do całościowych zaburzeń rozwojowych[2]. Jako odrębna jednostka kliniczna zostało w 1994 roku wpisane na listę Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (DSM-IV). Od kilkudziesięciu lat prowadzi się badania i poszukuje przyczyn zaburzonego rozwoju i nietypowych wzorców zachowań, które charakteryzują ZA[3]. Obecnie uznaje się, że jest to farmakologicznie nieuleczalne zaburze-

---

[2] *ICD-10. Międzynarodowa statystyczna klasyfikacja chorób i problemów zdrowotnych. Rewizja dziesiąta. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*. Przeł. zespół tłumaczy: C. Brykczyńska et al. Kraków–Warszawa, Vesalius, Fundacja Zdrowia Publicznego Krakowie 2007, s. 194, 209–214.

[3] Por. m.in.: T. Atwood: *Zespół Aspergera. Kompletny przewodnik*. Gdańsk, Harmonia 2013; Eadem: *Zespół Aspergera*. Poznań, Zysk i Spółka 2013; J. Bluestone: *Materia autyzmu, łączenie wątków w spójną teorię*. Warszawa, Fundacja Rozwiązać Autyzm 2012; A. Borkowska: *Zrozumieć świat ucznia z zespołem Aspergera*. Gdańsk, Harmonia 2014; C. Grand: *Autyzm i Zespół Aspergera*. Poznań, Studio Emka 2012; T. Grandin: *Mózg autystyczny. Podróż w głąb niezwykłych umysłów*. Kraków, Copernicus Center Press 2016; U. Frith: *Autyzm i zespół Aspergera*. Warszawa, Wydaw. Lekarskie PZWL 2005; Eadem: *Autyzm. Wyjaśnienie tajemnicy*. Gdańsk, Gdańskie Wydaw. Psychologiczne 2008; J. Komender, G. Jagielska, A. Bryńska: *Autyzm i zespół Aspergera*. Warszawa, Wydaw. Lekarskie PZWL 2014; A. Maciarz, M. Biadasiewicz: *Dziecko Autystyczne z zespołem Aspergera*. Kraków, Impuls 2010; E. Pisula: *Autyzm. Przyczyny, symptomy, terapia*. Gdańsk, Harmonia 2010; Ch. Preissmann: *Zespół Aspergera. Jak z nim żyć. Jak pomagać. Jak prowadzić terapię*. Gdańsk, Gdańskie Wydaw. Psychologiczne 2013; J.E. Robinson: *Patrz mi w oczy. Moje życie z zespołem Aspergera*. Poznań, Linia 2014; A. Rynkiewicz: *Zespół Aspergera. Inny mózg, inny umysł*. Gdańsk, Harmonia 2009.

nie (choroba), z nie do końca wyjaśnioną etiologią, którego psychopatologiczny obraz zmienia się w ciągu życia jednostki[4].

Zespół Aspergera, sklasyfikowany w obszarze całościowych zaburzeń rozwojowych, odznacza się specyficznym zespołem objawów psychopatologicznych, na które składa się upośledzenie empatii, niezdolność do rozpoznawania i wyrażania stanów emocjonalnych w sposób społecznie akceptowalny, trudności w werbalnym i niewerbalnym porozumiewaniu się, obniżona sprawność przystosowywania się do zmienionych sytuacji życiowych, powtarzalne i sztywne wzorce aktywności, zawężenie zainteresowań, a w konsekwencji zakłócenie interakcji społecznych[5].

Badacze nie określają jednoznacznie przyczyn powstawania zaburzenia. W wielu przypadkach predyspozycje genetyczne, czynniki środowiskowe są elementami aktywizującymi zachowanie autystyczne. Przyczyną ZA mogą być uszkodzenia pewnych obszarów mózgu i dysfunkcje jego pracy pod wpływem czynników patogennie działających na dziecko w życiu płodowym, jak również urazy mechaniczne i okołoporodowe czy zatrucia organizmu toksycznymi substancjami oraz infekcje wirusowe[6].

Prace nad kryteriami diagnostycznymi zespołu Aspergera trwają i brak w tej kwestii jednolitego stanowiska[7]. Osoby z ZA diagnozowane są później i rzadziej niż osoby z autyzmem. Często czymś, co nie budzi niepokoju, jest pozornie dobrze postępujący rozwój mowy, bogaty zasób leksykalny, ale wbrew podawanym informacjom, że w ZA nie występują istotne trudności w rozumieniu i użyciu struktur języka, to właśnie objawy zaburzeń lingwistycznych stanowią podstawowe kryterium rozpoznawania tego zespołu. Trudności językowe objawiają się w sferze semantyczno-pragmatycznej i prozodycznej[8].

---

[4] J. Panasiuk, M.M. Kaczyńska-Hałdyj: *Postępowanie logopedyczne w przypadku osób dorosłych z zespołem Aspergera*. W: *Logopedia standardy postępowania logopedycznego*. Red. S. Grabias, J. Panasiuk, T. Woźniak. Lublin, Wydawn. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 2015, s. 518; J. Święcicka: *Uczeń z zespołem Aspergera. Praktyczne wskazówki dla nauczyciela*. Kraków, Impuls 2010, s. 11.

[5] J. Panasiuk, M.M. Kaczyńska-Hałdyj: *Postępowanie logopedyczne*…, s. 11.

[6] Ibidem, s. 21–25.

[7] W DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual: klasyfikacja zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego) z 2013 roku zostały przedstawione zasadnicze zmiany względem definicji ZA ujętej w DSM-IV: rezygnuje się z diagnozy zespołu Aspergera jako samodzielnego zaburzenia i włącza się go do zespołu zaburzeń autystycznych z uwzględnieniem zaburzeń sensorycznych jako jednego z kryteriów diagnostycznych. W obowiązującej w Polsce klasyfikcji ICD-10 wyodrębnienia się zespół Aspergera jako samodzielną jednostkę nozologiczną.

[8] J. Panasiuk, M.M. Kaczyńska-Hałdyj: *Postępowanie logopedyczne*…, s. 524.

Zaburzenia językowe i komunikacyjne dziecka z ZA

Jednym z obszarów nie uwzględnionych przez Hansa Aspergera w opisie diagnozowanego zespołu zaburzeń był język. W tworzonych charakterystykach znalazły się wprawdzie wzmianki o sposobach wyrażania się i zasobie słownictwa oraz spostrzeżenia na temat trudności badanych w rozumieniu pytań lub uwagi o mowie oficjalnej porównywanej do mowy dorosłych, jednak spostrzeżenia te nie miały charakteru systemowego[9].

Badacze zgodnie stwierdzają, że język osób z zespołem Aspergera jest charakterystyczny i jest przyczyną specyficznych zaburzeń komunikacyjnych, a także trudności w nawiązywaniu kontaktów społecznych oraz sztywnych i stereotypowych zachowań.

Charakterystyczny dla ZA jest brak opóźnienia w rozwoju mowy, a nawet wyjątkowo dobry jej rozwój, przy jednoczesnej nieumiejętności komunikowania się niewerbalnego: językiem ciała, tonem głosu, gestem i mimiką. Często wydaje się, że dziecko mówi „w kierunku", a nie „do" słuchającego, co u odbiorcy może wywoływać irytację. Wczesny rozwój językowy osób z ZA zazwyczaj przebiega prawidłowo, jedynie w niektórych przypadkach mogą wystąpić znaczące jego opóźnienie. Typowym bogate. Dzieci bardzo dużo i chętnie rozmawiają na tematy, które je interesują, używając skomplikowanej terminologii, a nie potrafią wymienić nazw kolorów.

Za wyznacznik zespołu Aspergera uznaje się także perfekcjonizm wypowiedzi – dziecko posługuje się językiem literackim, nieadekwatnie dobiera słownictwo, używa „kwiecistego" języka w momentach zwykłej rozmowy. Sprawia wrażenie osoby przemądrzałej, buduje zdania, uważnie dobierając słowa, lub używa takich słów, których samo do końca nie rozumie (dla ZA typowe jest odtwórcze, spektakularne magazynowanie informacji, gromadzenie faktów encyklopedycznych), nierzadko używanie neologizmów – słów wymyślonych przez siebie.

Osoby z ZA cechuje schematyzm w użyciu języka, co ujawnia się najczęściej w postaci automatycznych zachowań językowych w określonych sytuacjach. Nierzadko taki rodzaj wypowiedzi przypomina zachowanie typu bodziec–reakcja, kiedy na dźwięk danego słowa, frazy dziecko uruchamia określoną konstrukcję, nie zawsze rozumiejąc, co mówi, a przede wszystkim nie odnosząc się do przeżytych doświadczeń. Innym przejawem jest cytowanie całych fragmentów dialogów z bajek i filmów. Zapamiętywanie nierozerwalnych całości nie sprzyja jednak budowaniu systemu językowego i nawiązywaniu satysfakcjonującej komunikacji[10].

Język osób z ZA określa nadkompetencja, patos językowy, powtarzanie całych fraz i zdań zaczerpniętych z wypowiedzi rodziców czy komunikatów zasłyszanych

[9] Ibidem, s. 262.

[10] M. Korendo: *Rozwój języka dzieci z zespołem Aspergera – konsekwencje diagnostyczne*. W: *Metodologia badań logopedycznych. Z perspektywy teorii i praktyki*. Red. S. Milewski, K. Kaczorowska-Bray. Gdańsk, Harmonia Universalis 2014, s. 265.

np. telewizji. Dziecko sprawia wrażenie nadzwyczaj rozwiniętego intelektualnie. Patetyczny język i bogate słownictwo nie łączą się jednak ze zrozumieniem treści wypowiedzi. W sposobie porozumiewania się widoczne są ograniczenia w zakresie zdolności do inicjowania lub podtrzymywania rozmowy[11]. Osoba z ZA niejednokrotnie nie zwraca uwagi na to, czy ktoś jej w danym momencie słucha, często nie uwzględnia reakcji otoczenia.

Dziecko z ZA często mówi monotonnym, pozbawionym emocji głosem. Zdarza się, że treści są wypowiadane na jednym wydechu (bez zaakcentowania początku i końca zdań), stają się arytmiczne. Bywa również i tak, że komunikaty słowne są przerywane, charakteryzują się zmienną intonacją, zostają wykrzyczane lub wypowiedziane zbyt cicho[12].

Mowę osoby z ZA wyróżnia także dosłowne, literalne, nadmiernie konkretne rozumienie i używanie języka oraz upośledzona zdolność odczytywania ironii, metafor, wypowiedzi wieloznacznych (wypowiedzi wyrażonych nie wprost). W następstwie poznawczych trudności z dostrzeganiem i rozumieniem relacji występują problemy z odczytywaniem znaczenia przysłów i kłopoty w interpretacji metafor. Informacje są odbierane na poziomie konkretnym, dosłownym, podstawowym, co utrudnia rozumienie wypowiedzi innych i przyczynia się do nieadekwatnych zachowań komunikacyjnych[13].

Zespół Aspergera cechują zaburzenia kompetencji dialogowych. Osoba z ZA nie uwzględnia zasad dialogu i nie odczytuje sygnałów płynących z konsytuacji oraz niewerbalnej komunikacji. Ponadto nie odwzajemnia emocji i nade wszystko unika kontaktu wzrokowego. Ma duże trudności z utrzymaniem uwagi oraz słuchaniem wypowiedzi rozmówcy, którego np. zasypuje serią pytań. Typowe dla osoby z ZA są długie partie monologowe, w czasie których opowiada ona o swoich zainteresowaniach, nie uwzględniając przy tym podejmowanych przez rozmówcę prób zmiany tematu lub włączenia się w wypowiedź (nie jest empatyczna). Zdarza się również, że sprawia wrażenie osoby małomównej, zamkniętej w sobie, która spontanicznie nie rozpocznie konwersacji. Repliki dialogowe osoby z ZA bardzo często bywają wymijające, mają formę półsłówek. Zdarza się, że podczas konwersacji osoby z ZA wydają się w ogóle nie zainteresowane tematem – mogą siedzieć tyłem do rozmówcy i podejmować jakieś inne aktywności[14].

W ZA nie występuje tak ważny w rozwoju poznawczym i komunikacyjnym dziecka etap zadawania pytań. Dzieci z ZA, mające problem z dokonywaniem syntezy, postrzeganiem, rozumieniem i budowaniem relacji, nie widzą potrzeby

---

[11] J. Święcicka: *Uczeń z zespołem Aspergera*…, s. 10; zob. także M. Korendo: *Językowa interpretacja świata w wypowiedziach osób z zespołem Aspergera*. Kraków, Omega Stage Systems 2013, s. 147–149.

[12] J. Święcicka: *Uczeń z zespołem Aspergera*…, s. 10.

[13] M. Korendo: *Rozwój języka dzieci z zespołem Aspergera*…, s. 266; zob. także Eadem: *Językowa interpretacja świata w wypowiedziach*…, s. 134–145.

[14] Por. J. Święcicka: *Uczeń z zespołem Aspergera*…, s. 17.

ich formułowania. Dlatego też nie poszukują dowodów na istnienie określonego regułami porządku w świecie. Rzeczywistość jest dla nich zbiorem faktów, a nie reguł ich występowania. W bezpośrednim działaniu konsekwencją jest popełnianie tych samych błędów, negatywne reakcje na narzucane zasady i brak umiejętności samodzielnego ich abstrahowania z doświadczeń. Cechą charakterystyczną są także problemy z linearną organizacją wypowiedzi – trudności z budowaniem narracji, dotyczące umiejętności zarówno uporządkowywania zdarzeń, jak i ich językowego przekazywania. Podczas próby uporządkowania doświadczeń uruchamia się często mechanizm skojarzeń wywołujący serię tematów z sobą niezwiązanych. Trudności w prawidłowym rozumieniu i nazywaniu relacji czasowych i deficyty sprawności sekwencyjnej łączą się z niską kompetencją narracyjną (m.in. nieumiejętność tworzenia opowiadań na podstawie historyjek obrazkowych zawierających relacje i układy hierarchiczne)[15].

Dzieci z ZA ujawniają także trudności systemowe, przede wszystkim popełniają błędy fleksyjne i składniowe[16]. Nie zauważają i nie obserwują relacji między elementami otaczającego świata, nie szukają zatem sposobów ich wyrażania. Nie rozumiejąc zależności między ludźmi i zdarzeniami, nie uświadamiają sobie konieczności stosowania odpowiednich form fleksyjnych. Najczęściej popełniają błędy w zakresie deklinacji i koniugacji, a także szyku frazy. Znane są przypadki dzieci z ZA, które budują wypowiedzi poprawnie gramatycznie, cechują się one jednak oszczędnością, minimalizmem[17].

Często zdaniem rodzica to zaburzenia mowy, takie jak: mowa bezdźwięczna, lambdacyzm, wetacyzm, seplenienie, reranie, jąkanie, rzadziej echolalie, są przyczyną frustracji i nieporozumień w kontaktach dziecka z otoczeniem. Nierzadko rodzice nie dostrzegają trudności w budowaniu relacji interpersonalnych swoich dzieci.

Wskazane specyficzne zachowania językowe i komunikacyjne są typowymi, osiowymi objawami ZA. Co istotne, o poziomie sprawności językowej i sprawności komunikacyjnej decydować będą zarówno biologiczne komponenty z zakresu organizacji przetwarzania bodźców sensorycznych, jak i środowisko, w którym dziecko żyje i się rozwija. Dziś doświadczenia klinicystów oraz osób z najbliższego otoczenia osób z ZA pozwalają formułować wnioski umacniające nadzieję i przekonanie, że dziecko z takim zaburzeniem będzie mogło wieść normalne i satysfakcjonujące życie[18].

---

[15] M. Korendo: *Zaburzenia rozumienia i nazywania relacji u dzieci z zespołem Aspergera*. W: *Interwencja logopedyczna. Zagadnienia ogólne i praktyka*. T. 7. Red. J. Porayski-Pomsta, M. Przybysz Piwko. Warszawa, Elipsa 2012, s. 266–267; Eadem: *Językowa interpretacja świata w wypowiedziach*…, s. 125–131.

[16] M. Korendo: *Językowa interpretacja świata w wypowiedziach*…, s. 92–97.

[17] Ibidem, s. 95–97.

[18] J. Święcicka: *Uczeń z zespołem Aspergera*…, s. 13–14.

Studium przypadku

Charakterystyka ogólna

W celach badawczych analizie zachowań językowych i komunikacyjnych poddano dziewczynkę, Maję, z orzeczonym przez specjalistów zespołem Aspergera. Rodzice dziecka wyrazili zgodę na badanie córki. W trakcie prowadzonej diagnozy logopedycznej Maja miała 6 lat i 7 miesięcy i była uczennicą pierwszej klasy szkoły podstawowej. Na podstawie wielospecjalistycznej oceny i rozpoznania ZA dziewczynka miała przyznane orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego, z udziałem nauczyciela wspomagającego w procesie edukacyjnym. Już w okresie przedszkolnym dziewczynka korzystała z zajęć terapeutycznych, głównie rehabilitacyjnych, w ramach wczesnego wspomagania rozwoju.

Przed przystąpieniem do pracy z Mają przeprowadzono wywiad z matką oraz nauczycielką dziewczynki. Dokonano również analizy dokumentacji medycznej oraz psychologiczno-pedagogicznej udostępnionej przez rodziców dziewczynki.

Informacje uzyskane w wywiadzie z rodzicem oraz nauczycielem

Rozmowa z mamą Mai dostarczyła cennych informacji na temat rozwoju i funkcjonowania dziecka. Z wywiadu wynika, że Maja od urodzenia przebywała wśród osób dorosłych. Mimo że w rodzinie była mobilizowana do działania i wspierana, nie przejawiała zainteresowania werbalną komunikacją. Z punktu widzenia logopedycznego niepokoi fakt systematycznego dokarmiania dziecka butelką. Z tego powodu dziewczynka, w porównaniu do dzieci w jej wieku, ma niesprawny aparat artykulacyjny. Mama dziewczynki, zawsze chętna do współpracy, aktywnie uczestniczyła w diagnozie, postępowaniu rehabilitacyjnym oraz terapii córki.

Tabela 1. Informacje uzyskane w wywiadzie z matką na temat funkcjonowania dziewczynki w środowisku domowym

Dane o rodzinie	Maja pochodzi z pełnej wielodzietnej rodziny, w której najstarsze rodzeństwo jest na własnym utrzymaniu. W domu, na utrzymaniu rodziców, pozostaje troje dzieci w wieku szkolnym. Maja jest najmłodszym, siódmym dzieckiem w rodzinie. Dziewczynka wychowuje się wśród osób dorosłych, ale ma kontakt z rówieśnikami – dziećmi z rodziny oraz kolegami i koleżankami z klasy. Nikt w rodzinie nie choruje na przewlekłe choroby, każdy z domowników swój ogólny stan zdrowia określa jako dobry. Nie występują wady wzroku, słuchu, narządu ruchu.

Przebieg ciąży i stan dziecka po urodzeniu	Poród operacyjny (decyzją lekarza, matka chciała rodzić naturalnie) przez cesarskie cięcie nastąpił w terminie. Waga urodzeniowa 3000 g, 52 cm długości. Dziewczynka otrzymała 10 pkt w skali Apgar.
Pierwszy rok życia	W okresie niemowlęcym dziewczynka nie chorowała. Została poddana wszystkim podstawowym szczepieniom według kalendarza szczepień. Rozwój fizyczny, ruchowy dziecka przebiegał prawidłowo. Mając około 6 m., siedziała i raczkowała, około 12. miesiąca życia chodziła. Zachowanie dziecka w pierwszych miesiącach życia nie budziło zastrzeżeń, była spokojna, niezbyt płaczliwa, lubiła leżeć w łóżeczku, nie lubiła być noszona. Od urodzenia była karmiona piersią na żądanie. Pierwsze pokarmy mieszane zostały wprowadzone po 6. miesiącu życia. Dziecko z chęcią spożywało zupki i papki, mniej chętnie produkty stałe. Podczas karmienia połykało prawidłowo, nie krztusiło się. W okresie niemowlęcym dziecko było karmione za pomocą butelki ze smoczkiem, korzystało z tzw. kubka niekapka, butelki z dzióbkiem, piło ze szklanki.
Choroby wieku dziecięcego i ogólny stan zdrowia	Przebyta bez powikłań ospa. Dziewczynka dość często choruje, powrót do zdrowia zazwyczaj trwa długo. Jest niejadkiem (najchętniej spożywa pokarmy miękkie, unika twardych).
Rozwój psychoruchowy	Rozwój psychoruchowy nieharmonijny, opóźniony rozwój mowy. Rodziców, szczególnie matkę, niepokoją występujące u córki zaburzenia równowagi oraz męczliwość (dziewczynka skarży się na ból nóg podczas chodzenia).
Rozwój poznawczy i zachowanie dziecka	Maja słyszy i rozumie polecenia wydawane przez rodziców. Rozumie gesty niewerbalne, mimikę twarzy. Jest wrażliwa na głośne dźwięki, nie lubi hałasu, krzyku. Od wczesnego dzieciństwa dziewczynka izolowała się od innych dzieci, unikała hałasu (w hałasie potrafiła odruchowo wyłączyć się, zamknąć w sobie i nie reagować na otoczenie). Pierwsze słowa zaczęła wypowiadać w wieku około 2,5 lat, pierwsze zdania – w wieku około 3,5 lat. W kontaktach z otoczeniem nie zawsze używała mowy. Zdaniem matki, nie miała takiej potrzeby. Zabierała sobie to, co chciała, i pokazywała, co chce robić. Maja jest uparta, nie poddaje się, jest ambitna i nie zraża się niepowodzeniami, uparcie dąży do obranego celu. Nie lubi zmian i denerwuje się, gdy ktoś chce zrobić inaczej, niż sama zaplanowała. Wykonuje zadania zgodnie ze znanym jej schematem. Nie lubi nudy, cały czas jest aktywna – układa, rysuje, koloruje, „czyta książeczki". Wykazuje umiejętności matematyczne, od małego przelicza, liczy, porównuje. Preferuje wiadomości encyklopedyczne i książki zawierające informacje o zwierzętach.

Źródło: Opracowanie własne.

Ważnym źródłem informacji o dziewczynce są również dane pozyskane od nauczycielki, będącej obiektywnym obserwatorem jej zachowań[19]. Dodatkowo

[19] Pragnąc pozyskać konkretne informacje o dziecku i jego zachowaniu w środowisku rówieśniczym, o umiejętnościach adaptacyjnych, kontaktach grupowych, relacjach z rówieśnikami i starszymi uczniami oraz sposobach komunikowania się w małej grupie czy w klasie, przeprowadzono również rozmowę z nauczycielką wspomagającą, pracującą z dzieckiem w szkole od września 2016 roku. Spostrzeżenia nauczycielki są bardzo cenne. Dotyczą głównie językowego i komunikacyjnego funkcjonowania dziecka w środowisku szkolnym. Nauczycielka zwraca

nauczycielka została poproszona o wypełnienie ankiety „Język i komunikacja – skala obserwacyjna dla nauczycieli”[20]. Z kilkumiesięcznych obserwacji nauczycielki wynika, że dziewczynka od września poczyniła postępy. Niestety, Maja często choruje i z tego powodu opuszcza zajęcia szkolne, braki nadrabia w domu.

Zdaniem nauczycielki dziecko ma zauważalną wadę wymowy. Często mówi zbyt szybko i chaotycznie, tak że trudno ją zrozumieć. Wypowiedzi Mai są często nieporadne, nielogiczne, niełatwo pojąć ich sens. Czasami dziewczynka się zacina i waha w trakcie mówienia, robi długie pauzy lub potrzebuje więcej czasu niż rówieśnicy na zbudowanie zdania. Nierzadko nie potrafi przypomnieć sobie jakiegoś słowa. Ma duże trudności ze zrozumieniem długich skomplikowanych poleceń słownych. Trudność sprawia jej także wykonanie polecenia we właściwej kolejności.

Maja lubi mówić i w grupie osób jej znanych, jaką jest dziewięcioosobowa klasa, chętnie wypowiada się na forum. Zna zasady konwersacji, nie przerywa wypowiedzi innych osób. Ma jednak problemy z inicjowaniem wypowiedzi. W nowych miejscach unika sytuacji, w których musiałaby mówić. W rozmowie nadmiernie koncentruje się na jednym temacie lub przeskakuje z tematu na temat. Nie zawsze potrafi udzielić konkretnej odpowiedzi. Podawane przez Maję informacje cechuje przypadkowość doboru, chaotyczność. Wykazuje niskie umiejętności narracyjne (nie potrafi opowiedzieć historyjki z zachowaniem następstwa przyczynowo-skutkowego; w wypowiedziach brakuje wprowadzenia i zakończenia). Elementy historyjek obrazkowych układa w prawidłowej kolejności, ma jednak problemy z zadawaniem pytań co do przebiegu przedstawianych w nich zdarzeń.

Dziewczynka często nie rozumie złożonych poleceń z podręcznika, ma duże trudności ze zrozumieniem podtekstów, aluzji, przysłów, powiedzeń, przenośni. Ma również problemy z koncentracją uwagi. Wykazuje trudności w nauce czytania i pisania (zapomina litery, myli znaki). Powoli uczy się nowych umiejętności i przyswaja nowe wiadomości. Wymaga systematycznego utrwalania wiedzy i umiejętności. Angażuje się w szkolne aktywności jedynie przy stałym wsparciu nauczyciela.

---

uwagę na zaburzenia w zakresie ekspresji werbalnej, podkreślając, że wypowiedzi dziewczynki są niegramatyczne, chaotyczne, czasem nielogiczne. Dodatkowo wada wymowy dziewczynki znacząco utrudnia zrozumienie jej mowy. Wskazuje także na występujące problemy z koncentracją, które stanowią przeszkodę m.in. w rozumieniu dłuższych poleceń. Warto nadmienić, że wskazane przez nauczyciela zachowania komunikacyjne dziewczynki są zbieżne z typowymi zachowaniami osób ze spektrum zespołu Aspergera.

[20] M. Kochańska, M. Łuniewska: *Język i komunikacja. Skala obserwacyjna dla nauczycieli*. Warszawa, Instytut Badań Edukacyjnych 2015.

Diagnoza medyczna

Audiometria tonalna świadczy o prawidłowym słuchu fizycznym Mai. Dziewczynka była konsultowana okulistycznie – dno oka bez zmian, naczynia i siatkówka prawidłowe.

Wynik badania EEG wykazał czynność podstawową o zaznaczonym zróżnicowaniu przestrzennym. W przodogłowiu zaznaczona czynność beta, w tylnych okolicach mózgu obecna czynność alfa około 8 c/s z domieszką czynności theta, obecnej również w pozostałych odprowadzeniach. RZ słabo wyrażona. Podczas FS obecne wodzenie rytmów. HW bez patologicznego wpływu na przebieg krzywej. Dość liczne artefakty ruchowe utrudniały nieco ocenę zapisu, niemniej ewidentnych zmian napadowych i ogniskowych nie zarejestrowano. Zapis w granicach normy dla wieku.

Dziewczynka została poddana badaniom neurologicznym, które potwierdziły obniżone napięcie mięśniowe przy zachowanych odruchach głębokich, bez objawów patologicznych. Wykonano badanie przewodnictwa w nerwach obwodowych, stwierdzając prawidłowe parametry latencji końcowej, amplitudy oraz szybkości przewodzenia we włóknach ruchowych i czuciowych badanych nerwów kończyn górnych i dolnych.

Badanie MR głowy: mózgu i pnia mózgu, z kontrastem, wykonane w obrazach T1, T2, FLAIR, DWI PWI przed i po podaniu środka kontrastowego w płaszczyznach poprzecznych, strzałkowych i czołowych wykazało obraz mózgowia w granicach normy. W obrębie istoty białej w obszarach podkorowych widoczne pojedyncze drobne ogniska podwyższonego sygnału w sekwencji T2 i FLAIR, średnicy około 2 mm. Układ komorowy nadnamiotowy, nieposzerzony, nieprzemieszczony, z dyskretną asymetrią, kora boczna prawa nieco szersza od lewej. Jama Vergi średnicy około 5 mm. Wodociąg mózgu, komora IV prawidłowe. Struktury tylnojamowe bez patologicznych sygnałów. W rzucie szyszynki widoczna przestrzeń płynowa średnicy około 4 mm. Patologicznego wzmocnienia po podaniu środka nie stwierdzono.

Diagnostyka w kierunku chorób metabolicznych wykonana metodą tandemowej spektrometrii nie wykazała nieprawidłowości. Wrodzonych chorób metabolicznych u dziecka nie stwierdzono. Diagnostyka genetyczna wykluczyła choroby dziedziczone.

Podsumowując, szczegółowe badania diagnostyczne i techniki neuroobrazowania nie potwierdziły neurologicznej przyczyny zaburzeń obserwowanych u dziecka. Dziecko jest fizycznie zdrowe, niepokój budzi nieprawidłowy rozkład napięcia mięśniowego dziewczynki. Neurolog zalecił ocenę procesów przetwarzania sensorycznego.

Ocena procesów przetwarzania sensorycznego

Ocena procesów przetwarzania sensomotorycznego wykazała zaburzenia modulacji sensorycznej (procesów hamowania i pobudzania w centralnym układzie nerwowym). Wysoka reaktywność na bodźce dotykowe, przedsionkowe, wzrokowe oraz słuchowe łączy się z niskim poziomem wrażliwości proprioceptywnej. Dziewczynka została objęta zajęciami SI. Mama otrzymała również zalecenia do pracy z dzieckiem w domu. W przebiegu badania logopedycznego zostały uwzględnione elementy oceny procesów przetwarzania sensorycznego (zob. tabela 2, s. 238–242).

Diagnoza psychologiczna

Maja została poddana badaniu psychologicznemu. Badanie za pomocą skali WISC-R wykazało, że ogólny rozwój intelektualny dziewczynko kształtuje się na poziomie wyższym niż przeciętny. Określono, że do mocnych stron dziecka należy pamięć w aspekcie jej trwałości, co przekłada się na obszerny zakres wiedzy ogólnej o świecie. Bardzo dobrze kształtuje się również myślenie na poziome konkretno-obrazowym. Dziewczynka operuje schematami, trudno jej zrozumieć zależności w kolejnych sekwencjach tego samego zdania. Cechuje ją duża sztywność w myśleniu. Najlepiej przyswaja informacje docierające poprzez kanał wzrokowy. Nieadekwatnie do wieku rozwijają się zdolności poznawcze dotyczące koordynacji wzrokowo-ruchowej (dziewczynka pracuje w wolnym tempie, jej sprawność grafomotoryczna jest obniżona). Niższy jest również poziom rozumowania logicznego opartego na materiale cyfrowym, myślenia słowno-pojęciowego, stwierdzono także mniejszą umiejętność abstrahowania i uogólniania.

Obniżenie sprawności dotyczy pamięci słuchowej dziecka. Maja uczy się wolniej poprzez bodźce przekazywane drogą analizatora słuchowego. Słaba jest spostrzegawczość i umiejętność wyodrębniania w materiale percepcyjnym istotnych braków oraz nieprawidłowości, co bezpośrednio przekłada się na nieadekwatną do wieku koncentrację uwagi. W wypowiedziach występują liczne nieprawidłowości o charakterze fonetycznym, fleksyjnym i składniowym. Dziewczynka wykonuje liczne współruchy, wierci się, trudno jej usiedzieć spokojnie.

Diagnoza pedagogiczna

W badaniu pedagogicznym oceniono umiejętność czytania, pisania, analizy i syntezy słuchowej, wypowiadania się oraz zdolności matematyczne. W zakresie czytania stwierdzono, że Maja posługuje się techniką mieszaną, często zniekształcając czy też zgadując wyrazy. Tempo czytania określono jako wolne, poziom

rozumienia czytanego tekstu – jako obniżony. Dużą trudność sprawia dziecku budowanie wypowiedzi ustnych. Są one niepełne, wymagają podpowiedzi i naprowadzania. Próby pisania wykazały liczne błędy ortograficzne, opuszczanie i przestawianie liter, słów i innych znaków. Zaburzona jest analiza i synteza słuchowa wyrazów. Obniżona jest jakość graficzna pisma. Znacznie lepiej dziecko wykonuje operacje na cyfrach. Na zadowalającym poziomie kształtuje się umiejętność dodawania i odejmowania. Trudność sprawiają dziewczynce złożone polecenia słowne.

Diagnoza logopedyczna

U dziewczynki występują duże trudności artykulacyjne. Obniżony jest słuch fonemowy, co uwidacznia się zwłaszcza w zakresie dyskryminacji fonemów i dekodowaniu wyrazów, zapamiętywania sekwencji słuchowych oraz rozumienia poleceń słownych. Dlatego też pogłębiono badanie logopedyczne o ocenę wyższych funkcji słuchowych przy wykorzystaniu platformy APD Medical. Uzyskane wyniki potwierdziły trudności dziewczynki w uczeniu się poprzez analizator słuchowy. Przebieg badania logopedycznego przedstawiono w tabeli 2 (s. 218–222).

Ocena poziomu sprawności językowych i kompetencji komunikacyjnych na podstawie czynności mówienia i rozumienia[21]

Analiza próbek mowy Mai pozwoliła na stwierdzenie faktycznego sposobu porozumiewania się i wypowiedzi dziewczynki. Maja wykazuje pełne intencje komunikacyjne. Posiadają one swoistą odmienność. Dziewczynka komunikuje się z otoczeniem, przekazuje informacje, w dialog wchodzi tylko wtedy, kiedy ma na niego ochotę, czasami prowadzi monolog. Intencja komunikacyjna dziewczynki ma charakter „ja chcę powiedzieć". Maja często narzuca swój temat, pomimo ukierunkowywania rozmowy próbuje usilnie wracać do swojej koncepcji wypowiedzi. Wykorzystuje język jako narzędzie zdobywania i przekazywania informacji. Język umożliwia jej opowiedzenie o swoich przeżyciach, emocjach. Jest podstawową formą komunikowania się z najbliższym otoczeniem, przekazywania otoczeniu informacji.

Prezentowane analizowane wypowiedzi dziewczynki zostały zapisane z pominięciem błędów wynikające z nieprawidłowej artykulacji. Oryginalne wypowiedzi dziewczynki – ze względu na liczne błędy artykulacyjne – mogłyby być niezrozumiałe i mało czytelne dla osób pierwszy raz mających kontakt z tekstem.

[21] Ze względu na niski poziom sprawności grafomotorycznej w artykule ograniczono się do oceny czynności mówienia i rozumienia.

Tabela 2. Przebieg badania logopedycznego z elementami oceny procesów przetwarzania sensorycznego dziecka z zespołem Aspergera – omawiany przypadek

1. Analiza dokumentów i wytworów	np. opinie i orzeczenia; prace plastyczne dziecka							
2. Analiza dokumentacji medycznej	np. wyniki badania słuchu; USG głowy, wyniki badania EEG							
3. Wywiad*	ogólne dane o dziecku i rodzinie, rozmowa z nauczycielem							
4. Obserwacja i badanie	próby kliniczne (4A–4D)							
4A. Motoryka oralna Budowa narządów artykulacyjnych i badanie motoryki oraz propriocepcji narządów artykulacyjnych Obserwacja (ocena) dźwiękowej realizacji mowy	język							
	omówienie wyników motoryki języka	Prawidłowe wykonanie prób, czasami brakowało dziewczynce pewności i stanowczości w wykonywanych ćwiczeniach. Utrwalenia wymaga kląskanie.						
	wargi							
	omówienie wyników motoryki warg	Wykonanie ćwiczeń dość sprawne. W kilku próbach stwierdzono niedokładność w wykonaniu ćwiczenia, wolniejsze przechodzenie z jednego do drugiego układu warg.						
	ocena żuchwy i podniebienia miękkiego	Badanie podniebienia twardego i miękkiego nie wykazało zmian anatomicznych ani występowania podśluzówkowego rozszczepu podniebienia. Języczek bez anomalii, przerost migdałków nie występuje. Zgryz prawidłowy. Dziecko jest w okresie wymiany uzębienia.						
	ocena aparatu artykulacyjnego pod względem nieprawidłowości anatomicznych	Prawidłowa ruchomość języka, wędzidełko podjęzykowe w normie, nie wymaga interwencji chirurga stomatologicznego. Budowa anatomiczna aparatu artykulacyjnego prawidłowa, zgodność z normą rozwojową.						

cd.	artykulacja	realizacja głosek w izolacji	prawidłowa
		realizacja głosek w wyrazach (ocena realizacji głosek w wyrazach ze względu na strukturę fonotaktyczną wyrazów – grupy spółgłoskowe)	nieprawidłowa
		ocena realizacja głosek w mowie spontanicznej	nieprawidłowa
	omówienie wyników	Dyslalia wieloraka: wetacyzm – głoskę *w* dziewczynka realizuje jako *ł* lub *b*, np. *łoda* (woda), *łidelec* (widelec), *łyzby* (łyżwy). Występują także częste elizje głoski *w*, np. *tedy* (wtedy). Głoska *l* realizowana jako *j*, np. *jiście* (liście) - lambdacyzm. Sygmatyzm: w realizacji głosek ciszących częste elizje, np. *cianę* (ścianę), głoska *dz* często realizowana jako *c* lub *zg*, np. *cbanek* (dzbanek), *zgwon* (dzwon). W szeregu szumiącym głoski *sz*, *ż*, *cz*, *dź* realizowane jako *s*, *z*, *c*, *dz*, np. *scypce,* (szczypce), *zeby* (żeby), *dzokej* (dżokej).Rotacyzm: głoska *r* realizowana jako *l*,np. *lenka* (ręka), lub gardłowo, np. w wyrazie *tran*. W wymowie stwierdzono ubezdźwięcznianie oraz liczne uproszczenia grup spółgłoskowych, np. upodobnienia: *ftak* (ptak), liczne zamiany głosek: *blabina* (drabina), *pajentaj* (pamiętaj), *leśniły* (leśniczy), wstawianie dodatkowych głosek w wyrach: *biendlonka* (biedronka), *fitpopotam* (hipopotam).	
	oddech	tor oddechowy	prawidłowy
		typ oddechu	prawidłowy
		fazy oddechu (wdech, wydech)	prawidłowe
		rytm (płynność) oddechu	prawidłowy
		aktywność mięśni oddechowych	prawidłowa
	fonacja	nastawienie głosowego	prawidłowe
		natężenie głosu	nieregularne
		wysokość głosu	nieregularne
		barwa głosu	prawidłowa
	prozodia	realizacja struktur intonacyjnych	nieregularne
		realizacja akcentu wyrazowego i logicznego	nieregularne
		tempo mowy	nieregularne

cd. tabeli 2

4B. Motoryka duża, koordynacja i propriocepcja	antygrawitacyjna pozycja wyprostna		↓ (trudność z wykonaniem próby)	
	pozycja zgięciowa		↓ (trudność z wykonaniem próby)	
	stanie na jednej nodze z otwartymi oczami		↑	
	stanie na jednej nodze z zamkniętymi oczami		↓ (trudność z wykonaniem próby)	
	krążenia rąk		↓ (nieharmonijne, zamaszyste ruchy)	
	wykonanie tzw. pajacyka		↓ (trudność z wykonaniem próby)	
	dwukrotna sekwencja kroku odstawno-dostawnego		↑	
	wykonanie 3 przysiadów i 3 podskoków obunóż		↑	
	OKR (test obustronnej koordynacji ruchowej)		↓ (wynik standardowy: 1,4)	
	RP-L (test różnicowanie stron prawo–lewo)		↓ (wynik standardowy: –1,7)	
4C. Motoryka mała	próby sprawności grafomotorycznej	↑	↓	↑
		↓	↑	↓
		↑	↓	↓
	dotykpowierzchniowy i propriocepcji (wybrane testy zestawu Południowokalifornijskich Testów Integracji Sensorycznej)	IP (test identyfikacji palców)	↓ (wynik standardowy: 0,7)	
		GRA (test grafestezji)	↓ (wynik standardowy: –0,5)	
		LBD (test lokalizacji bodźca dotykowego)	↓ (trudność z wykonaniem zadania)	

4D. Badanie wyższych funkcji: wzrokowych i słuchowych	testy wg metody Neuroflow ATS**	TRW (test reakcji wzrokowych)	↑ (356,571 [ms])
		TRS (test reakcji słuchowej)	↓ (567,857 [ms])
		ASPN-S (adaptacyjny test rozumienia mowy w szumie – słowny)	↑ (SNR: –6000 [dB])
		ASPN-Z (adaptacyjny test rozumienia mowy w szumie – zdaniowy)	↓ (SNR: –0,667 [dB])
		DDT (przesiewowy dychotyczny test słyszenia rozdzielnousznego)	↓ (UP 65 %; UL 50%)
		FPT (przesiewowy test sekwencji tonów o różnej wysokości)	↓ (60%)
		GDT (adaptacyjny test wykrywania przerw w szumie)	↑ (3 [ms])
		DLF (adaptacyjny test różnicowania wysokości dźwięków)	↓ (40%)

cd. tabeli 2

cd.	badanie ruchów gałek ocznych	ogólne ruchy w dół i w górę	nieregularne ruchy gałek ocznych
		przekraczanie linii środkowej ciała (po łuku, diagonalnie)	nieregularne ruchy gałek ocznych (trudność z wykonaniem próby)
		szybka lokalizacja	nieregularne ruchy gałek ocznych
		konwergencja	nieregularne ruchy gałek ocznych
5. Ocena poziomu sprawności językowych i kompetencji komunikacyjnych	mówienie i rozumienie (sprawności językowe i kompetencje komunikacyjne), pisanie, czytanie		

Oznaczenia: ↑ – wynik prawidłowy; ↓ – wynik nieprawidłowy.

* Por. tabela 1.

** Twórcą programu Neuroflow Aktywny Trening Słuchowy platformy APD Medical jest doktor nauk medycznych Andrzej Senderski. Por. www.neuroflow.pl.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: O. Przybyla: *Studium przypadku dziecka z zaburzeniami motorycznymi o podłożu sensorycznym. „Logopedia Silesiana" 2016, t. 5, s. 364–366;* próby badania motoryki języka i warg za: H. Rodak: *Terapia dziecka z wadą wymowy.* Warszawa, Wydaw. Uniwersytetu Warszawskiego 2002, s. 43–44; w badaniu aparatu artykulacyjnego ocena stanu wędzidełka podjęzykowego na podstawie prób B. Ostapiuk: *Dziecięca artykulacja czy wada wymowy.* „Logopedia" 2002, t. 31, s. 148–149; próby sprawności grafomotorycznej na podstawie testu: B. Wilgockiej-Okoń: *Gotowość szkolna dzieci sześcioletnich.* Poznań, Żak 2003; opis testów według metody Neuroflow ATS wraz z procedurą testowania w: A. Senderski et al.: *Wartości normatywne przesiewowych testów wyższych funkcji słuchowych platformy diagnostycznoterapeutycznej APD-Medical.* „Otorynolaryngologia" 2016, t. 15, nr 2, 99–106.

.

Cechą charakterystyczną mowy Mai są liczne nieprawidłowości fleksyjne i składniowe.Fleksja to jeden z głównych systemowych mechanizmów dający możliwość wyrażania powiązań i zależności w zdaniu. Na podstawie analizy próbek mowy dziewczynki stwierdza się, że część konstrukcji i form gramatycznych wypowiedzi jest zgodna z systemem językowym. Dziecko popełnia jednak liczne jak na swój wiek błędy gramatyczne, objawiające się złą formą fleksyjną w zdaniu. Mowa Mai jest niezgodna z aktualną normą dotyczącą dzieci w wieku wczesnoszkolnym.

W słowniku czynnym wśród wyrazów dominują rzeczowniki i czasowniki. Dziewczynka używa czasowników do opisywania sytuacji, czynności. Wskazane części mowy pełnią w wypowiedziach funkcję informacyjną. Rzeczowniki wykorzystuje Maja do nazywania przedmiotów i osób. Stosuje również przymiotniki oraz przysłówki. W wypowiedziach znaleźć można niewielką liczbę zaimków, przyimków. Dziewczynka często używa spójników, czasami pojawiają się liczebniki.

Za niegramatyczne uznano połączenia wyrazowe w obrębie wypowiedzenia cechujące się nieprawidłową odmianą wyrazów, naruszeniem zasad łączliwości wyrazów (nierzadko w zakresie liczby, czasu, rodzaju):

zbierała ten kwiatki (zbierała te kwiatki)

na bębenie (na bębenku)

dwoje pani już zrobili (dwie panie już zrobiły)

dzieci jechali (dzieci jechały)

taka karuzela o koniu (taka karuzela z koniem)

jadał ze wata cukrowa (jadł watę cukrową)

dwa dziewczynki sobie robili (dwie dziewczynki sobie zrobiły)

pany grają (panowie grają)

mówiła wilk (mówił wilk)

turlała na te moje rączka (toczyła, turlała po moich rączkach)

i farby do malować (i farby do malowania)

na góry (w góry)

ja musiał (ja musiałam)

potem szlaczki jeden (potem jeden szlaczek)

razem z moim misiem (razem ze swoim misiem)

nie, z moimi rodzicami (nie, ze swoimi rodzicami)

kula, która zmieniało się kształty (kula, w której zmieniały się kształty).

Maja buduje zdania oznajmujące, rozkazujące i pytające. Tworzy wypowiedzi proste, zawierające podmiot i orzeczenie. Rozwija też zdania pojedyncze, używając dopełnienia, okolicznika lub przydawki:

A tata czytał.

Huśtałam się na takim koniku.

Pany grają na ustumentach.

Umyć rence.

Mały chłopiec rysuje do swojej koleżanki.

Analiza próbek mowy dziecka wykazała występowanie zaburzonego szyku wyrazów. Dziewczynka jest świadoma, co chce powiedzieć. Rozumie znaczenie użytych w wypowiedzi wyrazów, jednakże ich porządek semantyczno-syntaktyczny jest zaburzony. Zdania zawierają liczne inwersje, cechuje je przypadkowa kolejność wyrazów. Na układ wyrazów w zdaniu często ma wpływ stan uczuciowy dziewczynki. Dziecko najprawdopodobniej na pierwszym miejscu wstawia te składniki wypowiedzenia, które w danym momencie są dla niego najważniejsze. Problem ze stosowaniem prawidłowego szyku wypowiedzi może być jednym z przejawów linearnych zaburzeń językowych osób z ZA. Brak sprawności w linearnym porządkowaniu czasowym może utrudnić układanie wydarzeń, doświadczeń zgodnie z chronologią występowania:

Potem szlaczki jeden. Ja te łatwe zrobiłam, a te trudne.

Wszystko spakowali jak miało być.

Co robi mama?

Ona oglądała też, a tata czytał.

A foka na dziewczynce (a dziewczynka na foce).

Piłka zielona igłami (piłka z zielonymi igłami).

Maja stara się spostrzegać relacje między elementami otaczającego świata. Jeżeli je zauważy i chce opisać, to nierzadko nie potrafi wyrazić swych myśli adekwatnie dobranymi słowami. Problemy poznawcze dziewczynki objawiają się często złą formą znaczeniową danego słowa czy nieudaną próbą szukania właściwego słowa:

– *Potem wyruszyli do pociągu i siedzieli, a dziewczynka patrzała na okna, razem z moim misiem i mamą, a tata czytał.*
– Co wydarzyło się dalej?
– *Poszli na pabobus.*
– Gdzie poszli? Do autobusu?
– *Do apobusu. Do pociągu!*

U dziewczynki zauważono problemy z przekazywaniem informacji, z wyrażaniem własnego zdania, z wyjaśnianiem, co chce powiedzieć. Maja ma problem z odpowiednim doborem słów, ale wytrwale próbuje przekazać swoje myśli. Wypowiedzi Mai dla osoby nie znającej sytuacji, kontekstu wypowiedzi czasami mogą być niezrozumiałe:

– A co będzie musiała zrobić?
– *Umyć ręce.*
– Dlaczego?
– *Tak, to wtedy, jak było tak wszędzie mokre, wtedy mogła wszystko pobałaganić i wtedy mama na nią krzyczała, i wtedy tak nie wolno. Więc musi wtedy umyć.*
– Co robi pani?
– *Pani im rozkazuji, robi im kiedy start. Kiedy wygrają. Tak już koniec.*

– Skąd te kropki? Dostałaś je w nagrodę?
– *Nie, pani tak robiła, a potem tak pani zrobiła właśnie. Wzięła jakieś takie rzeczy a potem tutlała na te moje rączka, a potem taka huśtawka miała i wtedy tak do dziesięciu mruczeliśmy, a potem patrzeć o tak , i patrzeć na ręce, a potem tak. Tak. I patrzeć na ścianę.*
– Aha.
– *Jeszcze tam jakieś były zadania. Taka kula, która zmieniało się kształty.*
– Kalejdoskop?
– *Tak. Kaletostop. Kalesdoskop. Kalejdostop. Dotykała mnie, to znaczy oglądała. Potem musieliśmy robić rękami. Jakieś. Jak pani robi takiś jakiś głos, to ja muszę powtórzyć, jak taki który.*
– Pani wystukiwała rytmy, pokazywała ruchy, a ty je powtarzałaś?
– *Tak.*

– Po czym poznałaś, że pojechała w góry?
– *To widzę z tego.*
– W którym miejscu to widać?
– *Tak, to tu są góry!* (pokazuje palcem).

Podczas opisywania sytuacji na obrazku Maja po kolei nazywa czynność każdej osoby, czasami stara się określać wzajemne relacje:

Ja widzę tamto, dzieci a dorośli albo dzieci tak opom grają. A jakaś pani maluje im właśnie takie buźki, które pasują do kosmunuf. I a dziewczynka robi tam rękami, maluje, a inni dwoje pani już zrobili taki, a pan a dzieci inne jechali na autach. Tak a, a niebieskie wygrywało. Fajnie się tam bawi i taka karuzela o koniu, słoniu i właśnie jak to się… (szuka nazwy zwierzęcia) *foka, a inni grali piłką. Jest jeden chłopczyk. Jadał ze wata cukrową, a dwa dziewczynki sobie robili, dopingowali chłopców. Chłopcy i jeszcze bańki jedna dziewczynka puszczała, ta.*

Wypowiedzi dziewczynki stanowią splecione z sobą ciągi skojarzeń. Maja buduje zdania złożone poprzez wymienianie kolejnych elementów bądź łączenie prostych zdań. Wykorzystuje do tego stosunek zespolenia łączny (np. *a tu*; *a ten*; *a tam*; *i…, i…, i…*) lub łączy zdania bezspójnikowo, wymieniając, wyliczając kolejne elementy. Określa następstwo czasowe. Wykorzystuje permutacje elementów zdaniowych, powtarzanie pewnych elementów wypowiedzenia (np. *bo… bo…*; *tedy… tedy… tedy…*) oraz wydłużanie długości samogłosek (np. *booo*), podtrzymując wypowiedz i w międzyczasie dobierając odpowiednie słowa. Nie można w tym przypadku mówić o istniejących w tekście relacjach, raczej o opisywaniu faktów.

– Co dziewczynka musi spakować?
– *Swoje ubrania i jakąś książkę chyba do og do czytania, i piłkę do grania, i jeszcze farby do malować, swojego misia.*

– A teraz przyjrzyj się tym obrazkom.
– *Te autko jest tutaj, a foka na dziewczynce jest tutaj. Dziewczynka, która bańki robi, to tutaj, a ta piłeczka to tutaj, a ten chłopczyk ten poszedłby tutaj.*

W tekście wypowiadanym przez dziewczynkę występują także błędy wynikające z braku podmiotu w wypowiedzi. Części zdania są pomijane (występują w domyśle). Dziecko opuszcza wyrazy, gdyż jego zdaniem nie zakłócają one odbioru informacji. Nierzadko Maja nienaturalnie skraca swoją wypowiedź.

Ja te łatwe zrobiłam, a te trudne (w domyśle: nie).

…i potem się przebrał. Za babcię. I położył się i udawał. Potem zadzwoniła i potem mówiła: Wilk – To wejdź kochanie i pytała…

Mama powiedziała: Daj cioci ciasteczka, ale uważaj na wilka. Pamiętaj i zanieś koszyczek do babci. Pamiętaj, bo jest chora. Poszedł w świat. Poszedł i wyskoczył ten wilk, a ona zapomniała.

– Nie lubisz wędrować i chodzić?
– *Nie lubię, że wtedy nogi* (w domyśle: nie lubię, bo wtedy bolą mnie nogi).

Potem wyru i byli na miejscu (potem wyruszyli i po chwili byli na miejscu).

Dziewczynka posiada duży zasób słów. W analizowanych tekstach nie zauważono występowania echolalii, nasilenie słów jest zawsze wprost proporcjonalne do poziomu posiadanych umiejętności.

Występujące w wypowiedziach dziecka powtórzenia wyrazu (np. *pamiętaj… pamiętaj…*) lub sekwencji wyrazów oraz liczne wtrącenia czy niespodziewane komentarze wskazują na trudności semantyczno-syntaktyczne.

Wypowiedzi dziewczynki cechują różnego rodzaju zniekształcenia wyrazów, elizje, substytucje, asymilacje i dysymilacje, a także duża liczba neologizmów, np.:

kosmunuf (kostiumów), *pabobus* (autobus), *do apabusu* (do autobusu), *na ustumentach* (na instrumentach), *autka wpadziły* (autka wpadały na siebie), *wetelanyny* (weterynaryjny).

Maja doskonale rozumie pytania, odpowiada na nie prostym zdaniem lub wyrażeniem. Werbalizuje swoje myśli:

– A gdzie przyjeżdżają pociągi?
– *Na stacje kolejowa.*
– Gdzie jest stacja kolejowa?
– *Bardzo daleko.*

– Gdzie pojechała dziewczynka?
– *Na góry.*

– Co wydarzyło się dalej?
– *Potem było tak, to ona dziewczynka oglądała i dała rękę tak i patrzała.*

Chcąc się czegoś dowiedzieć, sama formułuje pytania. Szuka potwierdzenia dla własnych opinii i sądów. Takie zachowania komunikacyjne wskazują na prawidłowe kształtowanie się umiejętności interakcyjnych:

– *Co robi dziewczynka?* (Maja pyta nauczyciela, sama nie potrafi określić).
– Pakuje się, a tu wszystko pasuje?
– *Dobrze poukładałam?*

Dziewczynce zdarza się wprowadzać do komunikacji sformułowania zapamiętane jako stałe zwroty lub frazy (cytaty). Nie są to samodzielnie tworzone wypowiedzi, ale odtwarzane zdania i teksty będące powtórzeniem zasłyszanego wzorca, często źródło cytatów stanowią wypowiedzi dorosłych oraz filmy, bajki animowane itp.

– Co chciałabyś robić na festynie?
– *Bym poszła, bym tak, ja bym poszła tutaj zrobić sobie twarz.*

Wypowiedzi Mai, na pierwszy rzut oka niespójne i chaotyczne, cechuje pewien schematyzm. Mowę dziecka charakteryzują wyliczenia, stanowiące próbę ujęcia związków i relacji między elementami. Maja często spostrzega relacje czasowe i zależności. Używa pojęć opisujących następstwo czasowe. Potrafi prawidłowo ułożyć historyjkę obrazkową, ułożyć wydarzenia zgodnie z chronologią ich występowania. Wie, jakie wydarzenie było na początku, a jakie na końcu opowiadania. Potrafi określić przyczynę i skutek wydarzenia.

Skoncentrowana na zadaniu dostrzega związki przyczynowo-skutkowe w analizowanej sytuacji, potrafi całościowo ocenić wydarzenie i dokonać jego prostego opisu. Wykorzystując posiadaną sprawność językową, tworzy logiczny ciąg zda-

rzeń historyjki obrazkowej. Postrzega ją całościowo, ze świadomością związków zdarzeń. Opisuje historyjkę obrazkową prostymi słowami, stara się wprowadzać elementy narracji i prostego dialogu, komentarze. Sposób i długość wypowiedzi Mai zależy od stanu psychofizycznego dziewczynki w danym dniu.

Dziewczynka pakowała się – bo oni jadą na wakacje – powiedział tata – i pakowała się.

– *Dawno temu, za górami za lasami żyła Czerwony Kapturek. Chciała dać. Mama powiedziała: Daj cioci ciasteczka, ale uważaj na wilka. Pamiętaj i zanieś koszyczek do babci. Pamiętaj to,* (bo) *jest chora. Poszedł w świat. Poszedł i wyskoczył ten wilk, a ona zapomniała. Potem mówiła: Daj mi ciastka. Ale mówiła: Nie dam , zbierała ten kwiatki. I zrobiła tak to,* (bo) *bardzo ona lubiła, ale ona bardzo zapomina.*
– O co wilk zapytał?
– *Bardzo chcę ciastka, to* (bo) *jak nie, to pożre cię, i tak było. Ona poszła już do tego domu, a potem. Ale wilk zjadł tą babcię i potem się przebrał, i położył się, i udawał. Potem zadzwoniła i potem mówiła wilk: To wejdź kochanie. I pytała: Dlaczego babciu masz takie kły, i taki nochal, i takie łapska i uszy, i oczy. To* (bo) *chcę cię pożreć.*
– Co zrobił wilk?
– *Zjadł i zjadł ją. Położył się, potem leśniły poszedł i pogonił go. I już nigdy go nie zobaczyli. Tak, to* (bo) *on znikł.*

– *Mały chłopiec rysuje do swojej koleżanki. Daje do koperty. Potem daje do skrzynki na poczcie. Potem pani kasuje, daje listonoszowi. A potem dziewczynka ma.*
– Co ma?
– *Od kolegi prezent na święta.*

Cechą charakterystyczną wypowiedzi Mai są nagłe zmiany tematu rozmowy na bardziej interesujący dziecko w danym momencie.

– Byłaś kiedyś w górach?
– *Nie. Jeszcze nie. W górach zabiera się plecak na plecy i wędruje szlakami, takimi ścieżkami. No i dlatego nie!*
– Dlaczego?
– *Dlatego nie lubię, że tedy nogi i tedy mogę szybko się położyć na śnieg, i tedy spałam.*
– Dlaczego nie lubisz wędrować ? Czy jesteś często zmęczona?
– *Bardzo często.*
– Co ci się dzieje?
– *Tedy jak bolą nogi bardzo, to jak ja, tak już ja. Jak ja jeszcze chodzę, tedy nogi szybko tedy bolą.*
– Musisz powoli spacerować.
– *A ja wczoraj byłam u lekarza na takim ćwiczeniu.*
– Co robiliście?
– *Muszę se przypomnieć* (bardzo długo myśli).

W celach diagnostycznych należy podzielić wypowiedź dziecka na wypowiedzi samodzielne i niesamodzielne – odtwórcze. Jest to konieczne w ocenie sposobu akcentowania i intonowania. Wypowiedź zależy od nastawienia dziecka do rozmówcy i chęci nawiązania kontaktu. W przypadku naśladowania, powtarzania tekstu za nauczycielem jest prawidłowa, zgodna z podanym wzorem. W przypadku wypowiedzi swobodnej, obojętnej dla dziecka zaobserwowano intonację monotonną, taką samą dla wszystkich form wypowiedzi. W przypadku tematów interesujących dziecko zmienia się sposób wypowiadania się. Intonacja i melodia są prawidłowe, tempo mowy żywe, czasami – w przypadku tematów ekscytujących dziewczynkę – przyspieszone. Intonacja wypowiedzi każdorazowo zależy od emocji i stanu psychofizycznego dziewczynki.

Ocena stanu sprawności językowych i kompetencji komunikacyjnej na podstawie czynności mówienia i rozumienia Mai ujawnia jeszcze wiele cech charakterystycznych dla zachowań językowych osób z ZA[22]. Należy podkreślić, że pod wpływem zintensyfikowanej opieki terapeutycznej i środowiskowej stymulacji nastąpił sukcesywny wzrost sprawności językowej i komunikacyjnej dziewczynki. Systematycznie prowadzona terapia językowa dziewczynki, oparta na wnikliwej obserwacja zachowań dziecka z uwzględnieniem wysokiej reaktywności na procesy percepcyjne, stanowi podstawę oddziaływań terapeutycznych, których celem jest wspieranie dziewczynki w zakresie jak najlepszego widzenia i rozumienia otaczającej rzeczywistości.

Wnioski

Przeprowadzona szczegółowa analiza dokumentacji medycznej, danych uzyskanych metodą obserwacji i w badaniach własnych oraz próbek wypowiedzi dziecka ukazały spektrum zaburzeń językowych dziewczynki. Dziewczynka charakteryzuje się swoistą dla ZA mową, co jest jednym z kryteriów diagnostycznych zaburzenia.

W przypadku Mai mowa jest zależna od stanu psychofizycznego dziecka i ochoty, potrzeby kontaktu w danej chwili. To dziewczynka decyduje, z kim wejdzie w relację komunikacyjną i jakimi informacjami się podzieli. Jej mowę charakteryzują odstępstwa i deficyty zachowań językowych.

Maja dosłownie odbiera to, co dzieje się wokół niej. Wprost interpretuje znaczenia jawne i ukryte. Nie zawsze wchodzi w kontakt wzrokowy z rozmówcą. Często wygłasza monologi, a podczas opowiadania preferuje styl oszczędny, minimalistyczny. Udziela krótkich, konkretnych odpowiedzi na pytania. Stwierdza fakty. Jej intonacja, prozodia i tempo mowy zależą od nastawienia emocjonalnego do tematu rozmowy.

[22] M. Korendo: *Językowa interpretacja świata…*, s. 55.

Charakterystyczne dla wypowiedziach dziewczynki są liczne błędy składni (zaburzony szyk wyrazów w zdaniach) i fleksji (trudnością z dostosowaniem form pod względem rodzaju, liczby). Poziom leksykalny dziewczynki określono na poziomie wieku rozwojowego.

Maja wykazuje duże trudności w komunikacji opartej na analizatorze słuchowym. Zaburzona umiejętność oceny bodźców akustycznych, z punktu widzenia komunikacji językowej, ogranicza sprawność wyodrębniania oraz identyfikowania elementów fonologiczne relewantnych dla procesu porozumiewania się[23]. Problem ten odzwierciedla fakt występowania u dziewczynki wad wymowy (nieutrwalony w pamięci fonologicznej obraz głoski jest dodatkowo – ze względu na niższą sprawność praksji oralnej – wypowiadany nieprawidłowo; w spontanicznej mowie licznie występują uroszczenia grup spółgłoskowych w wyrazach, elizje oraz substytucje). Dlatego też dziewczynka nadal wykazuje problemy z koncentracją uwagi w zakresie porozumiewania się werbalnego. Maja wymaga wydłużonego czasu na przyswojenie materiału słownego.

Wszystkie zaobserwowane trudności językowe i popełniane przez Maję błędy nie tylko artykulacyjne, ale też fleksyjne i składniowe powodują, że jej mowa jest niezrozumiała dla otoczenia i coraz częściej komunikacja werbalna wywołuje u dziewczynki frustrację.

Postulaty i zalecenia

Opis i analiza zachowań komunikacyjnych dziewczynki z ZA potwierdzają konieczność objęcia jej zintensyfikowaną opieką logopedyczną. Specyfika zaburzeń w zachowaniach językowych Mai wymaga zastosowania metod i technik terapii logopedycznej ukierunkowanych na rozwijanie języka jako sposobu poznawczej interpretacji rzeczywistości, narzędzia do budowania interakcji z innymi i tworzenia więzi w obrębie grupy społecznej, każdorazowo z uwzględnieniem dojrzałości sensorycznej dziewczynki.

Biorąc pod uwagę analizę wyników badań i obserwacji oraz analizę próbek językowych, opracowano indywidualny program terapii logopedycznej, którego głównym celem jest budowanie, poszerzenie kompetencji komunikacyjnych i językowych dziecka. W programie uwzględniono trening sensoryczny, który pozwoli na usprawnienie analizatorów m.in. w zakresie wyższych funkcji słuchowych i organizacji bodźców dotykowo-proprioceptywnych, co jest warunkiem poprawy artykulacji.

[23] T.J. Kania: *Szkice logopedyczne*. Warszawa, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne 2001, s. 94.

Cel terapii stanowią: inicjowanie właściwego wzorca zachowań interakcyjnych, na który składa się zdolność do rozumienia i kreowania zachowań interakcyjnych werbalnych i niewerbalnych, opanowanie kompetencji i sprawności językowych na wszystkich poziomach organizacji systemu językowego, a także przyswojenie reguł społecznych, sytuacyjnych, pragmatycznych i zdolności ich zastosowania w rozmaitych uwarunkowaniach zachowań językowych.

W terapii logopedycznej dziewczynki, wspierając automatyzację funkcji analizatorów, terapeuta koncentruje się jednocześnie na rozwijaniu kompetencji dotyczących relacji społeczno-kulturalnych, takich jak: zdolność zawierania znajomości, inicjowania rozmowy, uważnego słuchania, pytania, dyskutowania, reagowania na krytykę i wyrażania krytyki, odmawiania, radzenia sobie z uczuciami, wyrażania własnych emocji czy przyjmowania i mówienia komplementów.

Celami szczegółowymi są:

- doskonalenie umiejętności prowadzenia spontanicznej rozmowy, dialogu;
- zwrócenie uwagi na rolę intonacji, tempa i melodii głosu w kontaktach językowych;
- doskonalenie umiejętności rozmowy o emocjach;
- kształtowanie zdolności przyjmowania perspektywy myślowej innej osoby;
- zwrócenie uwagi na rolę kontaktu wzrokowego i interakcji komunikacyjnych w kontaktach językowych;
- doskonalenie umiejętności słuchania;
- rozwijanie umiejętności komunikacyjnych w różnych sytuacjach życia codziennego;
- rozwój fleksji i składni, czyli doskonalenie znajomości systemu językowego;
- doskonalenie umiejętności budowania wypowiedzi poprawnej pod względem gramatycznym i logicznym;
- doskonalenie umiejętności budowania pytań, rozwijania zdań;
- doskonalenie umiejętności linearnego uporządkowywania treści, umiejętności narracyjnych z porządkowaniem czasowym;
- ćwiczenie umiejętności opowiadania ze zwróceniem uwagi na związki przyczynowo-skutkowe;
- wzbogacanie i rozwój słownictwa z różnych obszarów funkcjonowania dziecka;
- wprowadzanie do użycia metafor, przenośni, przysłów, wieloznaczności, kontekstów treści, żartów, pojęć abstrakcyjnych;
- ćwiczenia pamięci i koncentracji uwagi;
- ćwiczenia w rozumieniu poleceń złożonych;
- stymulacja słuchowa: ćwiczenia słuchu fonematycznego;
- usprawnianie narządów artykulacyjnych;
- korygowanie wady wymowy, utrwalanie i automatyzacja wymowy głosek;
- wdrażanie do czytania i pisania;
- wzmacnianie poczucia tożsamości, własnej wartości, podnoszenie samooceny.

W trakcie opracowywania i prowadzenia terapii uwzględnia się podstawowe zasady pracy logopedycznej. Pierwszą z nich jest zasada indywidualizacji – program powinien być opracowany dla konkretnego dziecka i pod kątem jego problemu. Zasada wczesnego rozpoczynania terapii umożliwia wczesną interwencję, skraca czas trwania terapii i zwiększa jej efektywność. Zasada wykorzystywania wszelkich możliwości dziecka pozwala na angażowanie w pracy z dzieckiem maksymalnej liczby zmysłów. Zasada kompleksowego oddziaływania umożliwia prowadzenie równocześnie, równolegle z terapią logopedyczną terapii pedagogicznej, terapii zaburzeń zachowania, terapii SI i innych.

Bardzo ważna w terapii logopedycznej jest zasada aktywnego i świadomego udziału – pomaga dziecku zrozumieć potrzebę ćwiczeń i konieczność uczestniczenia w zajęciach, bo bez zainteresowania i mobilizacji woli nie jest możliwe uzyskanie koncentracji uwagi i pozytywnych efektów działań terapeuty. Nie należy zapominać o zasadzie stopniowania trudności i obowiązku rozpoczęcia od ćwiczeń dla dziecka najłatwiejszych, by kolejno realizować coraz trudniejsze (przechodząc od elementów znanych do mniej znanych i nowych).

W pracy logopedycznej z dzieckiem z ZA bardzo ważna rolę odgrywa zasada systematyczności, gdyż bez rytmiczności i systematyczności ćwiczeń obniża się poziom mobilizacji i motywacji dziecka, często zauważalny jest regres postępów terapii.

W terapii zalecanej w omawianym przypadku niezwykle istotna jest ścisła współpraca z rodzicami i najbliższym otoczeniem dziecka. Zaangażowanie stron intensyfikuje działania terapeutyczne i przyspiesza uzyskanie pozytywnych efektów[24].

Podsumowanie

Głównym założeniem artykułu było zbadanie i określenie charakterystycznych cech języka i sposobu komunikowania się dziecka z zespołem Aspergera oraz wykrycie towarzyszących mu deficytów wpływających na rozwój mowy.

W przypadku zespołu Aspergera – w celu efektywnych oddziaływań terapeutycznych – wskazano konieczność systematycznego prowadzenia zajęć. Ważny element terapii stanowi dążność do zapewnienia dziewczynce poczucia bezpieczeństwa, które jest warunkiem nawiązania dobrej relacji i kontaktu z terapeutą. Zakres proponowanego programu jest szeroki i w szczególności obejmuje terapię zaburzonych funkcji językowych. W drugiej kolejności opiera się na poprawie dysfunkcji mowy wynikającej z nieprawidłowej artykulacji.

[24] E. Lichota: *Terapia wad wymowy*. Kraków, Impuls 2005, s. 10–11.

Działania terapeutyczne wymagają pozytywnego wzmacniania i stymulowania poprzez różnorodne ćwiczenia angażujące zmysły, gdyż„procesy percepcyjno-kognitywne mają dwoistą naturę – zarówno fizjologiczną, jak i osobistą – nie jest to świat, który się przyswaja lub konstruuje, ale **czyjś własny** świat – prowadzący do osobniczej percepcji »ja«, powiązanej z wolą i orientacją”[25].

Systematycznie realizowany program terapii logopedycznej i zaproponowane konkretne ćwiczenia do pracy z dziewczynką – z uwzględnieniem treningu sensorycznego – mają prowadzić do poprawy sposobu porozumiewania się z otoczeniem (zrozumienia relacji społecznych) i przygotować do samodzielności w interpretowaniu otaczającego środowiska.

Bibliografia

Atwood T.: *Zespół Aspergera*. Poznań, Zysk i Spółka 2006.

Atwood T.: *Zespół Aspergera. Kompletny przewodnik*. Gdańsk, Harmonia 2013.

Bluestone J.: *Materia autyzmu, łączenie wątków w spójną teorię*. Warszawa, Fundacja Rozwiązać Autyzm 2012.

Borkowska A.: *Zrozumieć świat ucznia z zespołem Aspergera*. Gdańsk, Harmonia 2014.

Frith U.: *Autyzm i zespół Aspergera*. Warszawa, Wydaw. Lekarskie PZWL 2005.

Frith U.: *Autyzm. Wyjaśnienie tajemnicy*. Gdańsk, Gdańskie Wydaw. Psychologiczne 2008.

Gałkowski T., Jastrzebowska G.: *Logopedia pytania i odpowiedzi*. Opole, Wydaw. Uniwersytetu Opolskiego 2003.

Grand C.: *Autyzm i zespół Aspergera*. Warszawa, Studio Emka 2012.

Grandin T.: *Mózg autystyczny. Podróż w głąb niezwykłych umysłów*. Kraków, Copernicus Center Press 2016.

Hickok G.: *Mit neuronów lustrzanych. Rzetelna neuronauka komunikacji i poznania*. Przeł. K. Cipora, A. Machniak. Kraków, Copernicus Center Press 2016.

ICD-10. Międzynarodowa statystyczna klasyfikacja chorób i problemów zdrowotnych. Rewizja dziesiąta. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne. Przeł. zespół tłumaczy: C. Brykczyńska et al. Kraków–Warszawa, Vesalius, Fundacja Zdrowia Publicznego 2007.

Kania T.J.: *Szkice logopedyczne*. Warszawa, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne 2001.

Kochańska M., Łuniewska M.: *Język i komunikacja. Skala obserwacyjna dla nauczycieli*. Warszawa, Instytut Badań Edukacyjnych 2015.

Komender J., Jagielska G., Bryńska A.: *Autyzm i zespół Aspergera*. Warszawa, Wydaw. Lekarskie PZWL 2014.

Korendo M.: *Językowa interpretacja świata w wypowiedziach osób z zespołem Aspergera*. Kraków, Omega Stage Systems 2013.

Korendo M.: *Rozwój języka dzieci z zespołem Aspergera – konsekwencje diagnostyczne*. W: *Metodologia badań logopedycznych. Z perspektywy teorii i praktyki*. Red. S. Milewski, K. Kaczorowska-Bray. Gdańsk, Harmonia Universalis 2014, s. 262–269.

[25] O. Sacks: *Widzieć i nie widzieć*. W: *Antropolog na Marsie*. Przeł. P. Amsterdamski et al. Poznań, Zysk i S-ka 2008, s. 174. Wyróżnienie – O.P, J.W.

Korendo M.: *Zaburzenia rozumienia i nazywania relacji i dzieci z zespołem Aspergera*. W: *Interwencja logopedyczna. Zagadnienie ogólne i praktyka*. T. 7. Red. J. Porayski-Pomsta, M. Przybysz-Piwko. Warszawa, Elipsa 2012, s. *357–390*.

Kozdroń A.: *Zespół Aspergera. Zrozumieć, aby pomóc*. Warszawa, Engram Difin 2015.

Lichota E. J: *Terapia logopedyczna*. Warszawa, Engram 2015.

Likens A.: *Odnaleźć Kansas. Zespół Aspergera rozszyfrowany.* Kraków, eSPe 2012.

Maciarz A., Biadasiewicz M.: *Dziecko autystyczne z zespołem Aspergera*. Kraków, Impuls 2010.

Ostapiuk B.: *Dziecięca artykulacja czy wada wymowy*. „Logopedia" 2002, t. 31, s. 148–149.

Panasiuk J., Kaczyńska-Haładyj M.M.: *Postępowanie logopedyczne w przypadku osób dorosłych z zespołem Aspergera*. W: *Logopedia standardy postępowania logopedycznego*. Red. S. Grabias, J. Panasiuk, T. Woźniak. Lublin, Wydawn. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 2015, s. 517–549.

Pisula E.: *Autyzm. Przyczyny, symptomy, terapia*. Gdańsk, Harmonia 2010.

Preissamann Ch.: *Zespół Aspergera. Jak z nim żyć. Jak pomagać. Jak prowadzić terapię*. Gdańsk, Gdańskie Wydaw. Psychologiczne 2013.

Przybyla O.: *Studium przypadku dziecka z zaburzeniami motorycznymi o podłożu sensorycznym*. „Logopedia Silesiana" 2016, t. 5, s. 357–390.

Raport 2013. Autyzm – Sytuacja dorosłych. Warszawa, Synapsis IRSS 2014.

Robinson J.E.: *Patrz mi w oczy. Moje życie z zespołem Aspergera*. Poznań, Linia 2014.

Rodak H.: *Terapia dziecka z wadą wymowy*. Warszawa, Wydawn. Uniwersytetu Warszawskiego 2002, s. 43–44.

Rynkiewicz A.: *Zespół Aspergera. Inny mózg, inny umysł*. Gdańsk, Harmonia 2009.

Sacks O.: *Antropolog na Marsie*. Przeł. P. Amsterdamski, B. Linnnberg, B. Maciejewska, A. Radomski. Poznań, Zysk i S-ka 2008.

Senderski A., Iwanicka-Pronicka K., Majak J., Walkowiak M., Dajos K.: *Wartości normatywne przesiewowych testów wyższych funkcji słuchowych platformy diagnostycznoterapeutycznej APD-Medical*. „Otorynolaryngologia" 2016, t. 15, nr 2, 99–106.

Święcicka J.: *Uczeń z zespołem Aspergera. Praktyczne wskazówki dla nauczyciela*. Kraków, Impuls 2010.

Wilgocka-Okoń B.: *Gotowość szkolna dzieci sześcioletnich*. Poznań, Żak 2003.

„Logopedia Silesiana", t. 7, ISSN 2391-4297
DOI 10.31261/LOGOPEDIASILESIANA.2018.07.14
(cc) BY-SA

Małgorzata Waryszak
Zakład Logopedii i Językoznawstwa Stosowanego, Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie
0000-0002-5036-8634

Gry planszowe jako element wspomagania terapeutycznego osoby z mózgowym porażeniem dziecięcym

Board Games as a Therapeutic Support for People with Cerebral Palsy

Abstract: Cerebral palsy is a set of symptoms caused by the damage of the central nervous system during its development. People affected by cerebral palsy require care from a multidisciplinary team of therapists. The positive impact of the people close to a patient plays a crucial role. Since playing board games is a popular leisure activity, this article aims at encouraging people to engage a disabled person in this form of entertainment. The conclusions are based on the observations made by the author, who has worked with people affected by cerebral palsy for several years.

Keywords: cerebral palsy, board games, therapeutic support

Nazwa „mózgowe porażenie dziecięce" (MPD) wywodzi się z mechanizmu powstawania tego zespołu zaburzeń („mózgowe porażenie") oraz okresu, w którym dochodzi do uszkodzenia („dziecięce"), co może błędnie sugerować, że objawy dotyczą wyłącznie dzieci. Choć wcześnie podjęta odpowiednia rehabilitacja umożliwia znaczne poprawienie funkcjonowania osób z MPD, ich sprawność zazwyczaj pozostaje ograniczona, niekiedy w głębokim stopniu. Choć planowa rehabilitacja może być już formalnie zakończona, każde oddziaływanie terapeutyczne oraz wsparcie psychiczne są dla takich osób bardzo cenne i mogą przyczynić się do poprawienia jakości życia.

Trudności w poruszaniu się i zaburzenia mowy to tylko niektóre przeszkody ograniczające rozwój społeczny człowieka już od najwcześniejszych lat życia. Niezbędne jest wsparcie ze strony życzliwych ludzi, szczególnie rówieśników. Najczęściej jednak osobom niepełnosprawnym dotrzymują towarzystwa jedynie osoby z kręgu rodzinnego, ewentualnie terapeuci. Kogoś przebywającego przez większość czasu we własnym domu, poruszającego się na wózku inwalidzkim, całkowicie zależnego od swoich opiekunów nie można spotkać „przypadkiem", dlatego osobie z MPD trudno jest nawiązać relacje koleżeńskie. Z pomocą przychodzą różne organizacje, które zrzeszają ludzi o podobnych problemach oraz

integrują ze środowiskiem osób zdrowych. Niezwykle istotne są również możliwości, jakie w zakresie dostępu do informacji i komunikacji stwarza internet. Akcje informacyjne i kampanie społeczne powodują, że młodzi ludzie nie tylko mogą dowiedzieć się więcej o potrzebach osób niepełnosprawnych, ale także odnajdują przestrzeń działań, w które mogą się zaangażować, zyskując przy tym doświadczenie oraz wiele satysfakcji z pomagania innym.

Cel pracy

W publikacji przedstawiono spostrzeżenia poczynione podczas pracy wakacyjnej na turnusie rehabilitacyjnym dla dzieci ze schorzeniami narządu ruchu, a także w trakcie kilku lat wykonywania świadczeń wolontariackich na rzecz nastolatki dotkniętej mózgowym porażeniem dziecięcym. Specjalistyczne wykształcenie umożliwiło autorce wzbogacenie wspólnych aktywności o systemowe oddziaływanie terapeutyczne.

Niektóre osoby, nawet pełne dobrych chęci i zapału, obawiają się, że nie będą potrafiły pomóc osobie z MPD. Jedni uważają, że brakuje im wiedzy lub wykształcenia. Drugich odstraszają bariery komunikacyjne lub niezrozumiałe objawy choroby. Być może niniejszy artykuł przyczyni się do przełamania ich lęków oraz stanie się źródłem inspiracji do świadomego wykorzystywania prostych narzędzi w oddziaływaniu terapeutycznym poprzez zabawę. Doświadczeni terapeuci natomiast mogą odnaleźć w opracowaniu sposoby na uzupełnienie właściwej rehabilitacji w środowisku domowym pacjenta. Cel nadrzędny w artykule to ukazanie, jak bardzo ważna dla osoby z MPD jest obecność drugiego człowieka, oraz że powszechna rozrywka, jaką są gry planszowe, może nie tylko umilić wspólne spędzanie czasu, ale też pełnić funkcje terapeutyczne. Przedstawiono praktyczne wskazówki, które ułatwią kontakt z osobą niepełnosprawną. Pozwolą również zrozumieć źródło jej niepowodzeń w rozgrywkach oraz zauważyć umiejętności, które warto wzmacniać i rozwijać.

Mózgowe porażenie dziecięce

Charakterystyka MPD

Mózgowe porażenie dziecięce jest zespołem objawów, z których kluczowe to zaburzenie funkcji motorycznych, czyli, według definicji Anny Wyszyńskiej, „przewlekłe, niepostępujące zaburzenie czynności ośrodkowego neuronu rucho-

wego, będącego następstwem nieprawidłowego rozwoju lub uszkodzenia mózgu"[1]. Uszkodzenie następuje w okresie dojrzewania ośrodkowego układu nerwowego dziecka podczas ciąży, porodu lub po porodzie[2]. Niejednokrotnie etiologia mózgowego porażenia dziecięcego jest nieznana[3].

Istnieją różne klasyfikacje MPD, opierające się na odmiennych kryteriach. W jednej z nich wyróżnia się następujące postaci, ze względu na miejsce uszkodzenia[4]:

- postać spastyczna, powstała na skutek uszkodzenia układu piramidowego, charakteryzująca się wzmożonym napięciem mięśni całego ciała;
- postać atetotyczna, wynikająca z uszkodzenia układu pozapiramidowego, charakteryzuje się występowaniem mimowolnych, nieskoordynowanych ruchów z powodu hiper- lub też hipotonii;
- postać ataktyczna, spowodowana uszkodzeniem układu przedsionkowo-móżdżkowego, objawia się zaburzeniami równowagi oraz brakiem kinestezji ruchowej;
- postać mieszana, w przypadku której występują wybrane cechy wymienionych trzech typów.

Oprócz opisanych objawów mogą wystąpić również inne, współistniejące. Należy jednak wyraźnie zaznaczyć, że nie są to objawy obligatoryjne, a więc nie u wszystkich chorych można je zaobserwować. Są to:

- padaczka;
- upośledzenie umysłowe;
- zaburzenia funkcji wzrokowych, ujawniające się w postaci zeza, oczopląsu, ubytków w polu widzenia, zaburzeń analizy i syntezy wzrokowej, trudności w wyodrębnianiu kształtów, figury i tła, całości z części i stosunków przestrzennych;
- zaburzenia funkcji słuchowych: przede wszystkim analizy i syntezy słuchowej (czyli wyodrębniania mniejszych jednostek znaczących, na przykład wyrazów lub sylab, z potoku dźwięków, i odwrotnie – scalania pojedynczych elementów dźwiękowych w większe, na przykład wyrazów w zrozumiałe frazy) oraz słuchu fonematycznego, czyli słuchowego odróżniania poszczególnych głosek;
- zaburzenia mowy, wynikające z zaburzeń słuchu lub ograniczeń motorycznych, powodujących trudności z gospodarowaniem oddechem, kontrolą własnego głosu oraz wyraźną wymową, a także koordynacją tych trzech czynników podczas mówienia;
- zaburzenia zachowania[5].

---

[1] *Psychologia defektologiczna*. Red. A. Wyszyńska. Warszawa, Państwowe Wydaw. Naukowe 1987, s. 145.

[2] *Mózgowe porażenie dziecięce*. Red. R. Michałowicz. Warszawa, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich 1986.

[3] *ABC rehabilitacji dzieci. Mózgowe porażenie dziecięce*. Red. M. Borkowska. Warszawa, Pelikan 1989.

[4] K. Zabłocki: *Mózgowe porażenie dziecięce w teorii i terapii*. Warszawa, Żak 1998.

[5] E. Mazanek za: K. Zabłocki: *Mózgowe porażenie dziecięce…*, s. 28.

Mogą wystąpić również deficyty fragmentaryczne, których podłoże stanowią wspomniane już nieprawidłowości oraz brak doświadczeń motorycznych. Są to zaburzenia koordynacji wzrokowo-ruchowej, lateralizacji, orientacji w przestrzeni, orientacji w schemacie własnego ciała, koncentracji uwagi, myślenia[6].

Funkcjonowanie osób z MPD

Mózgowe porażenie dziecięce jest zaburzeniem niepostępującym, ale również trwałym. Niektóre trudności, z jakimi zmagają się osoby z MPD, wynikają z samego charakteru zespołu chorobowego. Świadomość ich nieprzemijalności (pomimo szansy na częściowe złagodzenie negatywnych objawów) może dodatkowo obniżać samoocenę osób z MPD. W takich przypadkach źródeł wypaczonego i negatywnie wartościowanego obrazu siebie można upatrywać w trzech rodzajach czynników[7]:

- bezpośrednich, czyli będących konsekwencją samej choroby;
- społecznych, mających korzenie w konfrontacjach z różnymi postawami otoczenia wobec osoby z MPD;
- wtórnych, czyli wynikających z osobistej refleksji na temat psychicznych, fizycznych i społecznych konsekwencji własnej niepełnosprawności.Ograniczenia będące rezultatem niepełnosprawności ruchowej mogą prowadzić do deprywacji istotnych dla człowieka potrzeb: samodzielności, swobody i poczucia niezależności czy uczestnictwa w różnych formach aktywności (np. sport, taniec). Z widoczną niepełnosprawnością wiąże się także krępująca utrata anonimowości. Ponadto zdrowie i sprawność fizyczna kształtują dobre samopoczucie i pozytywny obraz własnego ciała, co u osób z MPD może być zachwiane. Przede wszystkim jednak negatywne emocje osób dotkniętych MPD są związane z niedostatkiem relacji społecznych, nie tylko dlatego, że brakuje okazji do ich nawiązywania – często te, które zaistnieją, są obarczone nieśmiałością i obawą przed odrzuceniem. Wszystkie te czynniki wpływają na samoocenę człowieka, która u osób niepełnosprawnych może być zaniżona. Warto zauważyć, że duży wpływ na ich tzw. bilans funkcjonalny ma postawa społeczeństwa[8].

Ludzie zdrowi w obecności osoby niepełnosprawnej, mającej trudności z wyraźnym mówieniem i szeroko pojętym komunikowaniem się, mogą czuć zakłopotanie, ponieważ nie zawsze w pełni rozumieją wypowiedzi rozmówcy. Nie są też pewni, czy sami są rozumiani. Wycofują się z kontaktu, nie chcąc nikogo urazić, a do znajomości z innymi osobami dotkniętymi tym samym zaburze-

[6] *ABC rehabilitacji dzieci…*

[7] S. Siwek: *Mechanizmy obronne z mózgowym porażeniem dziecięcym (eksperymentalna metoda badań)*. W: *Neuropsychologia emocji. Poglądy, badania. Klinika*. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 1999, s. 151–164.

[8] Ibidem.

niem podchodzą z dystansem. Tymczasem u 15–50% osób z MPD nie stwierdza się zaburzeń mowy[9]. Ponadto, jak jasno wskazują badania Urszuli Mireckiej[10], prawie 60% osób z MPD jest w stanie dokonać samooceny zdolności komunikacyjnych (i skutecznie swoje przemyślenia przekazać). Osoby w normie intelektualnej potrafiły obiektywnie ocenić zrozumiałość swojej mowy, męczliwość głosu, trudności z oddychaniem i fonacją (ich odpowiedzi były zgodne z oceną obserwatorów), natomiast osoby z MPD i sprzężonym upośledzeniem umysłowym czuły się subiektywnie lepiej rozumiane, niż to miało miejsce w rzeczywistości, zatem dokonywały oceny optymistycznej. Nie można ustalić, czym spowodowana jest wysoka samoocena w zakresie zrozumiałości mowy, jaką prezentują niektóre osoby z MPD. Niewykluczone jednak, że osoby te odczuwają satysfakcję z samego przebywania z kimś i uczestniczenia w interakcji, niezależnie od obiektywnego przebiegu dyskursu. Jeśli to przypuszczenie jest słuszne, stanowi argument za śmiałym nawiązywaniem relacji z osobami z takimi zaburzeniami.Mirecka zwraca uwagę na zjawisko dramatyczne: powszechną, wtórną patologizację rozwoju dzieci z MPD, spowodowaną zaniedbaniami środowiskowymi, takimi jak deprywacja kulturowa i zmysłowa, izolacja społeczna, ubogość relacji z innymi ludźmi, nietworzenie więzi emocjonalnych z osobami dorosłymi (szczególnie z matką) oraz niedostateczna opieka. Jako alternatywę proponuje zarówno działania profilaktyczne (dążenie do stworzenia sprzyjających warunków społecznego funkcjonowania), jak też podejmowanie aktywnych działań ukierunkowanych na rewalidację[11]. Niniejszym artykułem autorka dołącza się do tego apelu.

Gry planszowe jako element wspomagania terapeutycznego

Walory terapeutyczne gier planszowych

Według Kazimierza Zabłockiego usprawnianie jest „działaniem w ramach rehabilitacji, prowadzącym do osiągnięcia samodzielności w zakresie aktywności fizycznej, społecznej czy zawodowej"[12]. Autor zauważa, że usprawnianie powinno być realizowane przez zespół rehabilitacyjny oraz w środowisku rodzinnym

[9] U. Mirecka: *Ocena słuchu fonologicznego u dzieci z dyzartrią w zespole MPD. Badania eksperymentalne*. „Logopedia" [Lublin], 2012, t. 41, s. 183–196.

[10] U. Mirecka: *Dyzartria w mózgowym porażeniu dziecięcym. Segmentalna i suprasegmentalną specyfika ciągu fonicznego a zrozumiałość wypowiedzi w przypadkach dyzartrii w MPD*. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 2013; Eadem: *Zaburzenia dyzartryczne w ocenie własnej osób z mózgowym porażeniem dziecięcym*. „Logopedia Silesiana" 2014, t. 3, s. 155–165.

[11] U. Mirecka: *Dyzartria w mózgowym porażeniu dziecięcym*…

[12] K. Zabłocki: *Mózgowe porażenie dziecięce*…, s. 37.

i mieć charakter wieloprofilowy, ale ze zwróceniem uwagi na jednostkowe potrzeby i możliwości dziecka. Stosuje się równolegle usprawnianie ruchowe, psychopedagogiczne, logopedyczne i inne.

Usprawnianie powinno przebiegać według ustalonych zasad. Do każdego rehabilitowanego należy podchodzić indywidualnie, nawiązać z nim kontakt emocjonalny, zapewnić poczucie bezpieczeństwa i podmiotowości. Powinno się dostosować formę i cel oddziaływań do wieku i możliwości człowieka oraz nie przeciążać go nadmierną stymulacją. Wskazane jest stopniowe wydłużanie czasu zabaw, zwiększanie trudności, powtarzanie oraz utrwalanie czynności. Duże znaczenie ma wzbudzanie motywacji oraz wzmacnianie poczucia własnej wartości poprzez zwracanie uwagi na sukcesy[13].

Na tym tle wyraźnie rysują się walory terapeutyczne gier planszowych. Rozgrywki tego typu pozwalają nawiązać kontakt emocjonalny między graczami, wspomagają koncentrację uwagi, a także rozwijają funkcje psychiczne i fizyczne przydatne w usprawnianiu mowy, czytania i pisania oraz innych umiejętności. Usprawnianie odbywa się niepostrzeżenie, poprzez zabawę. Gry często zawierają elementy, którymi można manipulować, nieraz wymagają nawiązania kontaktu słownego oraz stymulują myślenie i pamięć. Jasno określone warunki zwycięstwa i przegranej pozwalają szybko i trafnie zinterpretować rezultaty rozgrywki.

Należy sobie zdawać sprawę zarówno z zalet, jak i z niedoskonałości poszczególnych gier, aby móc skutecznie dopasować ich poziom trudności do możliwości osoby niepełnosprawnej. Te z kolei powinno się ocenić obiektywnie – nie przeceniając, ani też ich nie deprecjonując – co może okazać się trudne. Do podejmowania racjonalnej oceny przekonywała Beata Klimek, autorka popularnonaukowego artykułu na temat MPD, pisząc: „[…] być może twe dziecko nigdy nie zagra w koszykówkę, nie zaśpiewa czystym głosem piosenki, nie wygra w szkolnym turnieju szachowym, ale kibicując może również poznać ducha walki, nucenie piosenek świetnie pomaga zabić smutek, a szachy... jak dobrze wiedzieć, co to znaczy »mam bluzę w szachownicę«"[14]. Jest to ocena bardzo ostrożna i prawdopodobnie motywowana chęcią pokrzepienia rodziców dzieci z głębszymi zaburzeniami. Mimo to przytoczony cytat ma wydźwięk pesymistyczny, gdyż akcentuje straty, wynikające z dysfunkcji dziecka, a jako alternatywę proponuje wyłącznie aktywności zastępcze, bazujące na minimalnym poziomie możliwości osoby z MPD. W opinii autorki niniejszego artykułu takiego podejścia nie należy rozpowszechniać ani pochwalać. Ważne jest akcentowanie zdolności dziecka oraz pielęgnowanie radości z uczestnictwa w aktywnościach, które je interesują, nawet jeśli to uczestnictwo będzie oznaczało niestandardowość wykonania. Należy mierzyć najwyżej, jak pozwala na to wyobraźnia, i raczej modyfikować zasady gier i zabaw,

[13] Ibidem.

[14] B. Klimek: *Mózgowe porażenie dziecięce*. http://poradnikmedyczny.pl/archiwum_wyn/144 [data dostępu: 11.08.2017].

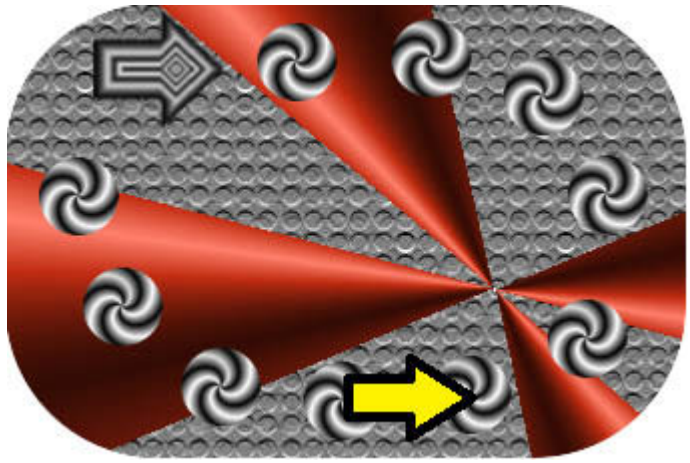
niż hamować naturalną ciekawość dziecka. W niniejszym artykule autorka proponuje zatem przeformułowanie przedstawionej myśli: być może twoje dziecko zagra w koszykówkę na miarę swoich sił, być może osiągnie zadowalającą je jakość głosu, możliwe też, że nauczy się grać w szachy tak, by czerpać z tego satysfakcję.

Rodzaje gier planszowych

Obecnie można mówić o renesansie gier tradycyjnych. W ostatnich latach bowiem ogromną popularnością cieszyły się przede wszystkim gry komputerowe. Choć niektóre z nich były wyłącznie cyfrową adaptacją gier „analogowych", w nowej formie stanowiły atrakcyjniejszą alternatywę. Pozytywną stroną tego zjawiska była popularyzacja tychże gier, pielęgnowanie ich znajomości. Ponadto Internet stał się nieograniczoną przestrzenią poszukiwań wirtualnych partnerów do grania w czasie rzeczywistym – bez konieczności wychodzenia z domu i z możliwością ukrycia swojej niepełnosprawności za ekranem komputera. Wydaje się jednak, że ekspansja technologii w życie codzienne człowieka osiągnęła apogeum – już kilkuletnie dzieci biegle posługują się jej zdobyczami. Nie pozostaje to bez negatywnego wpływu na ich ogólny rozwój, co jest zagadnieniem do odrębnych rozważań. Warto jedynie zaznaczyć, że powrót do gier tradycyjnych i wzrost zainteresowania nimi – zarówno wśród dzieci, jak i dorosłych – musi być wyrazem naturalnych potrzeb człowieka i świadectwem swoistego przesytu cyfryzacją. Powrót do tradycyjnej formy gier zaowocował pojawieniem się na rynku wielu nowych tytułów. Zróżnicowana mechanika i fabuła, a także rozmaitość elementów i konkurencyjność szaty graficznej sprawiły, że dotychczas wyróżniane rodzaje gier nie wystarczały, by jednoznacznie sklasyfikować niektóre egzemplarze (o czym świadczy chaos na półkach wydawniczych i sklepowych). W *Encyklopedii gier* zastosowano następujący podział:

- karty;
- gry planszowe (wśród nich między innymi gry losowe, strategiczne, edukacyjne, wyścigi, gry wojenne i terytorialne);
- kości i domino;
- gry rodzinne (wśród nich gry towarzyskie, zabawy z ołówkiem i papierem, gry słowne i pisemne);

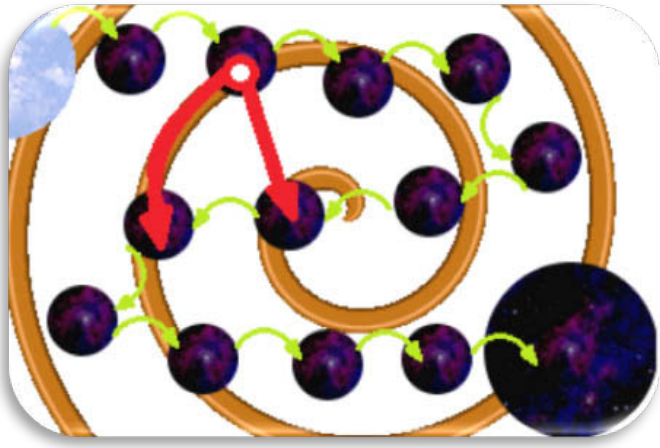
Zdaniem autorki, w sytuacji wykrycia błędu współgracza należy pokazać mu przebieg trasy, wskazać właściwy kierunek przesuwania pionków. Można też wspólnie nakleić na każdym polu pomocniczą strzałkę. W przypadku jednak, kiedy tego samego typu błędy popełniane są wielokrotnie, pomimo podjętych prób ich korygowania, warto się dostosować do takiego stylu gry i wykorzystywać inne jej walory. Można też celowo popełniać błędy tego samego rodzaju i obserwować, czy przeciwnik zwróci na to uwagę (co zdarza się bardzo często). Jeśli osoba z MPD nagminnie popełnia błąd, który zauważa u współgracza, może to



Rysunek 1. Poglądowy przykład planszy, w której pomimo nieskomplikowanej trasy (ruch po okręgu ze zwrotem oznaczonym czarno-białą strzałką), pola nie dość wyraźnie odznaczają się na pełnym szczegółów tle

Żółta strzałka – miejsce, w którym osoby z MPD najczęściej mylą kierunek ruchu, sugerując się czarno-białą strzałką umieszczoną na początku trasy.

Źródło: Opracowanie własne.



Rysunek 2. Poglądowy przykład planszy ze skomplikowaną, trudną do wyróżnienia z tła trasą i niejasno odróżnionym początkiem i końcem

Zielone strzałki – prawidłowa kolejność przebywania pól (ich zwrot może być konsekwentnie przeciwny, ze względu na nieprecyzyjnie oznaczone pola startu i mety); czerwone strzałki – przykłady często popełnianego błędu „przeskakiwania" na dowolne, pobliskie pole.

Źródło: Opracowanie własne.

świadczyć o sprawności (lub poprawie sprawności) jej percepcji wzrokowej, przy jednoczesnym zaburzeniu koordynacji wzrokowo-ruchowej. Należy też pamiętać o utrudniającym zadanie komponencie emocjonalnym (własne działanie, które dodatkowo chce się wykonać jak najlepiej, wiąże się z określonymi emocjami, nie doświadczanymi w przypadku biernej obserwacji innej osoby). Warto wspomnieć też o roli i pojemności pamięci operacyjnej – gracz wykonujący ruch musi pamiętać, ile oczek wskazała wyrzucona przez niego kostka, ale jeśli jego niepełnosprawność wymusza na nim dodatkowe skupienie się na wyróżnieniu pól trasy, przypomnieniu sobie kierunku ruchu oraz na samym przesunięciu pionka (nie wspominając o wydatku energii towarzyszącym policzeniu oczek na kostce), łatwo sobie wyobrazić, że błędy mogą wynikać ze zwykłej niemożności utrzymania w pamięci tak dużej liczby informacji. Dlatego, by tego typu gra miała walor terapeutyczny, postuluje się obranie strategii „dostosowania". Nadmierne pouczanie może współgracza zniechęcić, spowodować zaniżenie jego samooceny, a tym samym raczej zaszkodzić niż pomóc.

Gry losowe z elementami strategii

Cechą charakterystyczną najprostszych gier losowych jest to, że wygrana lub przegrana w niewielkim stopniu zależą od umiejętności gracza. Dlatego zaczęto tworzyć gry, w których element losowy stopniowo łączono ze strategią[15]. Przykładem takiej gry jest popularny „chińczyk", zwany też niekiedy „człowieku, nie irytuj się". Utrudnienie polega na tym, że przez wyznaczoną trasę należy przeprowadzić kilka pionków. Ruch na planszy odbywa się zgodnie z ruchem wskazówek zegara. Nowy pionek może być wprowadzony na planszę po wyrzuceniu kostką sześciu oczek. Stając na polu zajmowanym przez pionek innego gracza, odsyła się go na początek planszy[16]. Gra ma wszystkie zalety prostych gier losowych, a dodatkowo uczy kierunku ruchu wskazówek zegara, wymusza utrzymanie w pamięci dodatkowych zasad oraz rozwija myślenie strategiczne. Ponadto uczy cierpliwości. Mimo bardziej skomplikowanego scenariusza „chińczyk" zwykle nie sprawia osobom z MPD więcej trudności niż prostsze gry losowe. Częste niepowodzenia mogą jednak wyzwalać negatywne emocje, z którymi trudno radzą sobie osoby z zaburzeniami zachowania.

Bardziej zaawansowanymi grami losowymi z elementami strategii są te związane z zagadnieniem gromadzenia własności. Popularną grą z tej serii jest Monopoly®[17]. Występuje ona w różnych wersjach, różniących się fabułą. Wiele planszówek jest na niej wzorowanych, na przykład „Eurobusiness", „Fortuna" czy „Bankrut!". Gracze przesuwają pionki zgodnie z ruchem wskazówek zegara. Mogą

[15] Ibidem.
[16] Ibidem.
[17] Ibidem.

stać się właścicielami nieruchomości znajdujących się na polach, które zajmą. Wtedy inni gracze, którzy staną na wykupionym polu, będą musieli zapłacić czynsz. Uczestnicy dążą do wzbogacenia się i próbują doprowadzić przeciwników do bankructwa. Osiągają to dzięki symulowanym transakcjom handlowym, operacjom finansowym i obrotowi nieruchomościami[18].

Gra wymaga skomplikowanych operacji myślowych, budowania strategii, planowania. Uczy prowadzenia dialogu, przemienności ról. Rozwija rozumienie związków przyczynowo-skutkowych, usprawnia umiejętność liczenia, przybliża również ideę wartości pieniądza. Prowokuje do dyskusji o oszczędzaniu i rozrzutności. Dla osób z MPD ta gra może okazać się trudna, zwłaszcza jeśli współwystępuje u nich upośledzenie umysłowe. Dla wielu jest jednak źródłem satysfakcji. Mają poczucie sprawstwa, cieszą się ze swojej niezależności i samodzielności, które w codziennym życiu są dla nich ograniczone lub niedostępne. Często, zwłaszcza młodsi gracze, wymagają pomocy i dodatkowych objaśnień, jednak obserwacje wskazują, że podobnych wskazówek potrzebują także dzieci w normie biologicznej. Nie należy zapominać, że gra ma być przede wszystkim dobrą zabawą, dlatego osoba, która decyduje się wykorzystać ją jako element wspomagania terapeutycznego, powinna wykazać się cierpliwością i wyrozumiałością, a także nie stronić od dodatkowych wyjaśnień ani podpowiedzi w kwestii wyboru korzystnej strategii.

Gry słowne

Popularna planszowa gra słowna to Scrabble®. Polega na układaniu na planszy wyrazów za pomocą klocków z literami, na zasadach podobnych jak w budowaniu krzyżówki. O jej walorach terapeutycznych świadczy to, że oprócz dostępności w ponad trzydziestu językach świata istnieje także wersja z alfabetem Braille'a. Gra wymaga umiejętności strategicznego myślenia – na planszy znajdują się premiowane pola, które warto wykorzystać[19]. Gra sprzyja poszerzaniu słownictwa. Ponadto wymaga manipulowania klockami i precyzyjnego ustawiania ich na planszy, co usprawnia motorykę małą. Wymusza także całościowe spojrzenie na planszę, co niekiedy stanowi problem dla osób z MPD, które mają tendencję do skupiania się na wąskim wycinku przestrzeni lub na szczegółach. Z obserwacji autorki wynika, że wykorzystanie liter potęguje ten efekt. Należy wtedy wykazać się cierpliwością i kierować uwagę gracza na różne obszary planszy, na przykład odczytując już ułożone wyrazy, z jednoczesnym wodzeniem palcem nad napisem.

Osoby z mózgowym porażeniem dziecięcym często mają problemy z werbalnym porozumiewaniem się. Zwykle wtedy wybór pisma jako kanału komunikacji wynika z konieczności, zatem jest w pewnym sensie piętnujący. W tej grze natomiast wszyscy gracze korzystają z pisma, bo tak wynika z jej konwencji. Ze

[18] Ibidem.
[19] Ibidem.

względu na wykorzystanie klocków z oznaczeniami literowymi problem obniżonej sprawności grafomotorycznej, który może dotyczyć nawet około 30% osób z MPD, traci na znaczeniu, a wręcz może zostać stopniowo eliminowany poprzez precyzyjną aktywność manualną[20]. Dzięki temu osoba z MPD nie jest w żaden sposób negatywnie wyróżniona i swobodnie uczestniczy w zabawie, co stanowi podwójne źródło satysfakcji. Warto zachęcić osobę z MPD do wypowiadania ułożonych słów. W ten sposób ona ćwiczy artykulację, a osoba wspomagająca może oswoić się ze sposobem mówienia swojego podopiecznego, by w przyszłości lepiej go rozumieć.

Gry wojenne

Fabuła gier wojennych to starcie dwóch armii. Zwycięstwo zależy od zrealizowania właściwie wybranej strategii. Do tego rodzaju gier należą szachy lub warcaby. Wydawałoby się, że chęć zniszczenia sił przeciwnika wyzwala agresję. Jednak istnieje pogląd, że „długie rozważania nad możliwymi wariantami strategii sprawiają, że gracze stają się skupieni i wyciszeni"[21].

Szachy to gra planszowa ciesząca się opinią bardzo zaawansowanej i trudnej. Można na tej podstawie wysnuć wniosek, że nie należy jej stosować w terapii. Własne obserwacje wykazują, że jest to wniosek błędny. Gra ta wymaga oczywiście umiejętności budowania strategii, ale też pozwala osobom z MPD na identyfikowanie i rozwijanie wielu innych umiejętności. Na samym początku należy obejrzeć wszystkie figury, zauważyć, czym się różnią, zapoznać się z ich funkcjami i nauczyć poprawnego ustawienia początkowego. Osobom z MPD te czynności mogą zająć dużo czasu, ale też sprawić dużo radości. Figurki szachowe nieraz są misternie wykonane i mają duże walory estetyczne. Charakteryzują się także różną wielkością, zatem przy okazji, zwłaszcza w przypadku dzieci, można nawiązać do stopniowania przymiotników.

Następnie trzeba poznać przypisany do każdej figury sposób poruszania się. W przeciwieństwie do prostych gier losowych, w szachach nie obowiązuje wyznaczona trasa, po której poruszają się pionki. Wydawałoby się, że będzie to utrudnienie. Zaobserwowano jednak, że osoby z MPD raczej odczuwały ulgę, że nie mają żadnego narzuconego schematu, którego muszą ściśle pilnować. Z łatwością opanowują ruchy figur, większy problem sprawia jedynie ruch skoczka, ale to w końcu okazuje się możliwe do nauczenia. Ponadto wcześniej opisane trudności z całościowym spojrzeniem na planszę, wbrew pozorom, tracą tu na znaczeniu, pod warunkiem, że nie istnieje presja czasowa i gracze mogą dowolnie długo analizować ruchy poszczególnych figur.

---

[20] U. Mirecka: *Sprawność grafomotoryczna osób z dyzartrią. Na przykładzie dyzartrii w mózgowym porażeniu dziecięcym*. „Logopedia" [Lublin] 2014/2015, t. 43/44, s. 199–215.

[21] N. Hathway et al.: *Encyklopedia gier. Zasady ponad 250 gier i zabaw od chińczyka po brydża*, Red. G. Położyński. Przeł. J. Wecsile. Warszawa, Muza 2001

Atutem szachów jest brak wykorzystania kostki. Nie ma konieczności rzucania nią, liczenia oczek, a następnie ponownego liczenia pól do przebycia pionkiem. Pozostaje tylko czynność przesuwania figur. Dobrze, jeśli figury szachowe są duże, wtedy łatwiej jest nimi manipulować. Również pola szachownicy powinny być większe, by z łatwością było można je rozróżnić. Wydaje się, że istnieje jednak górna granica powiększania figur i planszy. Szachy o boku pola około 5,0 cm, średnicy figur około 2,0–3,5 cm oraz wysokości króla około 10,0 cm były wygodne do manipulowania nimi, ale stanowczo zbyt duże, by rozeznać sytuację na planszy.

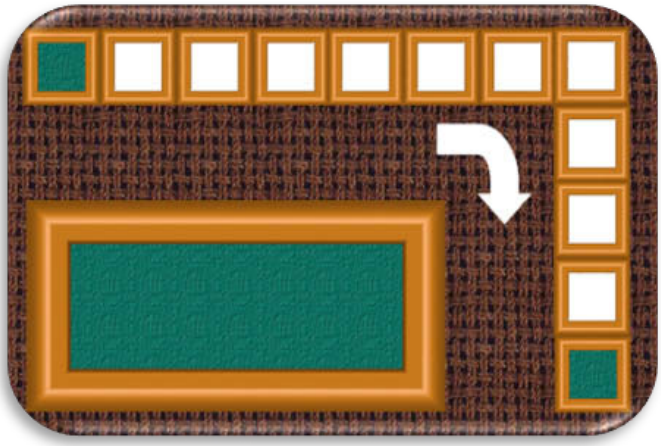
Istotną sprawą okazał się także dobór odpowiedniego tworzywa, z którego wykonano szachownice i figury. Jedną z wykorzystywanych wersji gry była ta, w której figurki były szklane (zamiast czarnych i białych zrobione z czystego i matowego szkła), natomiast plansza miała lustrzaną powierzchnię. Dla osoby z MPD było to znaczne utrudnienie. Figury odbijały się w szachownicy, zaburzając percepcję wzrokową. Trudność sprawiało odróżnienie poszczególnych pól. Ponadto, ze względu na zaburzenia koordynacji ruchowej osoby z MPD, istnieje ryzyko, że szachy upadną i rozbiją się. Jest to niepotrzebny czynnik stresujący. Stwierdzono, że najlepiej sprawdzają się szachy drewniane. Są bezpieczne, a ponadto kolory pionków i pól mają wtedy naturalne światłocienie, co ułatwia odróżnienie figury od tła, w przeciwieństwie do szachów szklanych, jak również plastikowych.

Własnoręczne wykonanie gier

Warto rozważyć samodzielne tworzenie plansz do gier, zwłaszcza tych najprostszych, losowych. Własnoręcznie wykonane gry nie tylko mają dodatkową wartość sentymentalną i dają satysfakcję ze wspólnego budowania, ale także będą dostosowane do możliwości percepcyjnych i intelektualnych oraz zainteresowań graczy.

Rysunek 3 przedstawia przykład planszy, na której wyodrębnianie przebiegu trasy oraz następstwa pól są ułatwione. Określając kształt trasy, uwzględniono najczęściej popełniane błędy, wynikające z zaburzeń percepcji wzrokowej, by zapobiegać ich powstawaniu. Pole dużego prostokąta może być zagospodarowane przez obrazek, który koresponduje z fabułą, stać się zwykłą przestrzenią do rzutu kośćmi albo miejscem na ułożenie kart z pytaniami bądź zadaniami. Mogą się tu również znaleźć pionki, które jeszcze nie zostały przeprowadzone trasą, albo kartka, na której zawodnicy będą zapisywali punkty za każde przejście pionkiem całej trasy. Strzałka może być elementem ruchomym – jej położenie należałoby ustalać na początku gry, ustawiając ją w odpowiedni sposób, co dodatkowo zwróci uwagę na kwestię kierunku ruchu.

Rysunek 4 natomiast przedstawia projekt planszy, w której nie istnieje żadna ustalona trasa, a ruchy pionków mogą odbywać się we wszystkich kierunkach, zgodnie ze wskazaniem oczek na kostce. Pola łatwo można wyodrębnić wzrokowo z tła, a przy tym gra nie traci na atrakcyjności graficznej. Duża biała przestrzeń



Rysunek 3. Przykład planszy o uproszczonym przebiegu trasy
Źródło: Opracowanie własne.

Rysunek 4. Przykład planszy bez ustalonej trasy, z polami wyraźnie się odznaczającymi na gładkim tle
Źródło: Opracowanie własne.

jest miejscem, gdzie pionki graczy znajdują się w położeniu początkowym. Można też wprowadzić do gry elementy z zakresu budowania strategii, na przykład na kolorowych polach umieścić żetony, ustalając, że zasadą gry jest zebranie ich jak największej liczby lub zdobycie co najmniej po jednym krążku danego koloru, czy też przyjąć, że zajęcie pola oznaczonego gwiazdką daje dodatkowe korzyści (kolejny rzut kostką, możliwość wprowadzenia drugiego pionka itp.).

Podsumowanie

W obliczu wiedzy o tym, że zachowania językowe człowieka mają skomplikowane podłoże biologiczne, psychiczne i społeczne oraz wymagają fizycznego, intelektualnego, wolicjonalnego i emocjonalnego zaangażowania, można dojść do wniosku, że każde terapeutyczne działania kierowane najlepszą intencją wobec osoby potrzebującej, ale odbywające się w gabinecie specjalisty mają niepełny wymiar. Konieczne jest zaszczepienie dobrych nawyków w otoczeniu osób, które poddawane są różnego rodzaju terapiom. W ostatnich latach kładzie się coraz większy nacisk na tzw. orzekanie pozytywne[22], czyli zastąpienie nawyku „katalogowania" dysfunkcji danej osoby koncentrowaniem się na jej możliwościach i rozwijaniem ich. Tę koncepcję warto przejąć do codziennego życia i stosować nie tylko w kontekście diagnostyki.

Gry planszowe są znaną od wieków rozrywką. Niniejszy artykuł pozwala jednak dostrzec ich dodatkowy, terapeutyczny walor. Osoby dotknięte mózgowym porażeniem dziecięcym nawiązują niewiele kontaktów społecznych, dlatego wspólne granie w „planszówki" jest dla nich cennym doświadczeniem. Ponadto poszczególne elementy gry pozwalają rozwijać różne umiejętności manipulacyjne czy językowe.

Należy mieć świadomość korzyści, jakie niosą ze sobą gry, ale również zwrócić uwagę na trudności, które mogą się pojawić podczas ich użytkowania. Obserwacje wskazują, że najtrudniejsza z punktu widzenia osób zdrowych gra (szachy) okazała się dla osób z MPD najłatwiejsza w użytkowaniu i najprzyjemniejsza, pomimo wyzwań, jakie stawia. Z kolei proste gry planszowe wymagały niekiedy ogromnego skupienia oraz cierpliwości ze strony osoby zarówno wspomagającej, jak i wspomaganej. Nie należy zatem deprecjonować możliwości osób z MPD. Warto też ponownie przyjrzeć się pozornie prostym grom i w razie potrzeby modyfikować ich elementy. Ważna jest też autorefleksja – zweryfikowanie własnych poglądów i postaw wobec trudności, jakie są związane z mózgowym porażeniem dziecięcym.

Przedstawiono zalety i niedoskonałości tylko niektórych gier planszowych, jednak wzorując się na tych obserwacjach, można wnioskować o innych grach. Warto podejmować się takiej aktywności. Stanowi ona formę wspomagania terapeutycznego dla osoby niepełnosprawnej, a w osobie wspomagającej rozwija empatię, spostrzegawczość i kreatywność. Wszystko poprzez zabawę.

---

[22] S. Grabias: *Teoria zaburzeń mowy. Perspektywy badań, typologie zaburzeń, procedury postępowania logopedycznego*. W: *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy*. Red. S. Grabias, Z.M. Kurkowski. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 2012, s. 15–72.

Bibliografia

ABC rehabilitacji dzieci. Mózgowe porażenie dziecięce. Red. M. Borkowska, Warszawa, Pelikan 1989.

Grabias S.: *Teoria zaburzeń mowy. Perspektywy badań, typologie zaburzeń, procedury postępowania logopedycznego*. W: *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy*. Red. S. Grabias, M. Kurkowski. Lublin, Wydaw. Marii Curie-Skłodowskiej 2012, s. 15–72.

Hathway N. et al.: *Encyklopedia gier. Zasady ponad 250 gier i zabaw od chińczyka po brydża*, Red. G. Położyński. Przeł. J. Wecsile. Warszawa, Muza 2001.

Klimek B.: *Mózgowe porażenie dziecięce*. http://poradnikmedyczny.pl/archiwum_wyn/144 [data dostępu: 11.08.2017].

Mirecka U.: *Dyzartria w mózgowym porażeniu dziecięcym. Segmentalna i suprasegmentalną specyfika ciągu fonicznego a zrozumiałość wypowiedzi w przypadkach dyzartrii w MPD*. Lublin, Wydaw. Marii Curie-Skłodowskiej 2013.

Mirecka U.: *Ocena słuchu fonologicznego u dzieci z dyzartrią w zespole MPD. Badania eksperymentalne*. „Logopedia" [Lublin], 2012, t. 41, s. 183–196.

Mirecka U.: *Sprawność grafomotoryczna osób z dyzartrią. Na przykładzie dyzartrii w mózgowym porażeniu dziecięcym*. „Logopedia" 2014/2015, t. 43/44, s. 199–215.

Mirecka U.: *Zaburzenia dyzartryczne w ocenie własnej osób z mózgowym porażeniem dziecięcym*. „Logopedia Silesiana" 2014, t. 3, s. 155–165.

Mózgowe porażenie dziecięce. Red. R. Michałowicz. Warszawa, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich 1986.

Psychologia defektologiczna. Red. A. Wyszyńska. Warszawa, Państwowe Wydaw. Naukowe 1987.

Siwek S.: *Mechanizmy obronne z mózgowym porażeniem dziecięcym (eksperymentalna metoda badań)*. W: *Neuropsychologia emocji. Poglądy, badania. Klinika*. Lublin, Wydaw. Marii Curie-Skłodowskiej 1999, s. 151–164.

Zabłocki K.: *Mózgowe porażenie dziecięce w teorii i terapii*. Warszawa, Żak 1998.

CZĘŚĆ TRZECIA

Recenzje

Logopedia Silesiana 7

„Logopedia Silesiana", t. 7, ISSN 2391-4297
DOI 10.31261/LOGOPEDIASILESIANA.2018.07.15
(cc) BY-SA

Recenzja
Alina Maciejewska: *Analogia w języku i umyśle. Teoria „grup proporcjonalnych relacji" w badaniach nad kompetencją językową uczniów i studentów*. Siedlce, Wydawnictwo Uniwersytetu Przyrodniczo-Humanistycznego w Siedlcach, 2015, 364 stron

Problematyka monografii Aliny Maciejewskiej *Analogia w języku i umyśle. Teoria „grup proporcjonalnych relacji" w badaniach nad kompetencją językową uczniów i studentów* jest uwieńczeniem wieloletnich obserwacji Autorki jako polonisty i logopedy w codziennych kontaktach z dziećmi, młodzieżą i dorosłymi, u których występowały zakłócenia sprawności językowych, metajęzykowych i poznawczych w związku z różnymi zaburzeniami mowy, jak też systematycznie prowadzonych badań naukowych nad rozwojem tych sprawności u dzieci. Przedmiotem zainteresowań badawczych Aliny Maciejewskiej wyznaczających ramy monografii jest relacja język–umysł, analizowana z zastosowaniem precyzyjnie dobranych metod lingwistycznych (wyrazy, konstrukcje słowotwórcze). Omówione w książce wyniki badań nad mechanizmem analogii odsłaniają reguły działania ludzkiego umysłu, wzbogacają wiedzę o prawach nabywania języka oraz korelacjach pomiędzy trudnościami językowymi a poznawczymi ujawniającymi się u dzieci i młodzieży w normie biologicznej i z zaburzeniach mowy na różnych etapach rozwoju i edukacji.

Skupiając swoje zainteresowania naukowe na mechanizmie analogii w języku i umyśle, Autorka wpisuje się w nurt badań kognitywnych. Język od dawna traktowano bowiem jak okno, przez które można oglądać funkcjonowanie umysłu, postulując przy tym włączenie analiz językowych w obszar badań procesów poznawczych. Analogię należy uznać za problem badawczy fundamentalny i inspirujący poznawczo w badaniach ludzkiego umysłu, jak również złożony i wymagający szczególnej dyscypliny myślowej. Już na etapie definicji nie jest łatwo określić istotę zjawiska analogii – w logice przyjmuje się, że analogia jest, obok dedukcji i indukcji, podstawową formą rozumowania, umożliwiającą porządkowanie zgromadzonych informacji i wprowadzanie nowych. Jak pisze sama Autorka, analogia to zdolność do tworzenia „nieograniczonych związków opartych na podobieństwie cech", a zarazem proces myślowy bardzo dynamiczny, zdeterminowany przez wiele czynników, przynoszący często zaskakujące wnioski.

Działanie procesu analogii w nabywaniu języka jest kwestią bezsporną, udowodniły to prace wielu badaczy rozwoju mowy dziecka, które Alina Maciejewska w swej książce skrzętnie odnotowuje. Jednak nie powstały dotąd opracowania poświęcone ujęciu tego tematu z przeciwnej perspektywy: w jaki sposób ograniczenia w rozumowaniu przez analogię decydują o opanowaniu sprawności językowych. Tę właśnie lukę w znacznym stopniu wypełnia recenzowana publikacja. Szeroka refleksja nad funkcjonowaniem języka w umyśle, która stanowi fundament monografii, otwiera nowe możliwości opisu kognitywnych cech umysłu, a nieustanna weryfikacja teoretycznych modeli w lingwistycznych badaniach empirycznych uwiarygodnia tę refleksję i nadaje jej znaczenie aplikatywne. Tak kompleksowy – głęboko teoretyczny i użyteczny praktycznie – wymiar pracy naukowej uprawianej przez Alinę Maciejewską nie jest zjawiskiem powszechnym.

Książka *Analogia w języku i umyśle*… składa się z sześciu rozdziałów, opatrzonych wstępem, zakończeniem, zestawem załączników z narzędziami badawczymi i syntetycznymi wizualizacjami wyników analizy materiału empirycznego, bibliografią, indeksem osób, indeksem rzeczowym, a także spisami tabel i wykresów. Opracowanie jest uporządkowane logicznie zgodnie z tokiem wywodu i kompletne, a przy tym rzeczowe i napisane piękną polszczyzną.

Pierwszy rozdział, zatytułowany *Analogia – właściwość ludzkiego umysłu i języka*, to erudycyjny przegląd bogatej literatury przedmiotu, z którego analogia wyłania się jako kategoria filozoficzno-logiczna i poznawcza. W tak szerokiej perspektywie teoretycznej sytuuje Alina Maciejewska własne – językoznawcze – refleksje nad analogią i projektuje badania empiryczne z wykorzystaniem kategorii lingwistycznych. Wcześniej jednak skrupulatnie, czasem z uzasadnionym krytycyzmem, przywołuje badania lingwistów nad zjawiskiem analogii, odnotowując istotne osiągnięcia innych badaczy, i opracowuje własne instrumentarium metodologiczne, które pozwoli ustalić, w jaki sposób mechanizm analogii wpływa na akwizycję języka i sposoby uczenia się.

Rozdział drugi ma charakter metodologiczny. Prezentuje w nim Autorka swój warsztat badawczy, precyzyjnie określa cel i zakres badań własnych, szczegółowo opisuje sposób gromadzenia i opracowania danych empirycznych, omawia narzędzia badawcze, organizację badań, prezentuje charakterystykę grup badawczych i uzyskanego materiału badawczego. Ogromna świadomość metodologiczna, poszanowanie dla materiału empirycznego i precyzja zaplanowanych badań sprawiły, że dalsze etapy postępowania badawczego są spójne.Kolejne cztery rozdziały mają charakter analityczny – zawierają uporządkowaną i systematyczną analizę wyników badań, prowadzoną z uwzględnieniem kryteriów jakościowych i ilościowych, takich jak: sposoby uzupełniania proporcji (w rozdziale trzecim), rodzaje formy i treści a sposoby uzupełniania proporcji w różnych grupach wiekowych i na różnych etapach edukacji (w rozdziale czwartym), relacje podobieństwa formy a proporcjonalność (w rozdziale piątym), naruszenie proporcjonalności (w rozdziale szóstym). Szczegółowa i wnikliwa analiza wyników poszczególnych części

badania jest obrazowo zaprezentowana na wykresach i w tabelach, a następnie syntetycznie podsumowana, przez co opracowanie, pomimo specjalistycznego i złożonego charakteru, jest przejrzyste. Dodatkowym ułatwieniem dla Czytelnika są indeks osób i indeks rzeczowy, umożliwiające swobodne poruszanie się po tekście, a także szeroki zestaw literatury przedmiotu przywołanej w pracy, w świetle której proponowane przez Autorkę interpretacje zyskują obiektywizację i prowokują do dalszych badawczych poszukiwań. Alina Maciejewska, projektując eksperyment badawczy, którego celem jest eksplikacja mechanizmu analogii w języku i umyśle, naświetla problem w szerokiej perspektywie interdyscyplinarnej, jednak narzędzie badawcze konstruuje, opierając się na metodologii *stricte* językoznawczej. Stworzenie narzędzia do badania, w jaki sposób mechanizm analogii działa w języku, nie jest zadaniem łatwym.

W dotychczasowych badaniach językoznawcy opisywali mechanizm analogii jako zasadę tworzenia się relacji pomiędzy słowem a pojęciem, regułę rozwoju fonologicznego czy też kategorię porządkującą zjawiska fleksyjne, dostrzegając przy tym ograniczenia tej metody w przypadku opisu procesów słowotwórczych, które pojmowano jako „mniej przewidywalne". Analogię w opisie zjawisk słowotwórczych wiązano z terminem proporcji, czyli równoważności pomiędzy zestawionymi elementami. Proporcja ujmowała związki między wyrazami opierające się na podobieństwie formy i podobieństwie znaczeniowym, co bazowało na skojarzeniach pojęciowych. Według tradycyjnego modelu proporcji binarnych (A : B = C : X) podobieństwa dostrzeżone pomiędzy jednostkami języka miały być zasadą w tworzeniu ciągów wieloelementowych.

Autorka, nawiązując do klasycznych wieloelementowych proporcji, które umożliwiają rozpoznanie relacji opartej na podobieństwie formy, próbuje wyeliminować przypadkowość skojarzeń odnoszących się do pojęć. W tym celu jako metodologiczną podstawę swoich badań przyjmuje teorię grup proporcjonalnej relacji Józefa Wierzchowskiego. Prezentuje najpierw najważniejsze założenia twórcy tej metody: podstawowa jednostka języka – wyraz – musi być precyzyjnie określona zarówno po stronie formy jak i znaczenia, które powinno być ujmowane – zgodnie z postulatami Ferdinanda de Saussure'a – przez przekład wewnątrzjęzykowy. Narzędziem „mierzenia" proporcjonalności ciągu Józef Wierzchowski uczynił frazę łączącą. Warunkiem przynależności wyrazu do grupy proporcjonalnych relacji było stwierdzenie powtarzalności zestawu fraz łączących. Nie należą one do tego samego ciągu. Istotne znaczenie dla ustalenia tak rozumianej proporcjonalności ma wykorzystanie przekładu wewnątrzjęzykowego, które przenosi wnioskowanie o podobieństwie formy i treści w obszar operacji metajęzykowych, eliminuje skojarzenia pojęciowe. Przytoczone założenia metody wpisują się w nurt badań nad mechanizmami metapoznawczymi.

Teoria metapoznania, czyli procedur kontrolnych albo regulatorów procesów poznawczych poziomu przedmiotowego, stwarza możliwość globalnego spojrzenia na język. Metapoznanie nakierowane na język (świadomość metajęzykową)

wydaje się mechanizmem kontrolującym oraz integrującym odległe funkcjonalnie poziomy języka. Według hipotezy Eve V. Clark świadomość metajęzykowa, jak każdy inny proces poznawczy, przede wszystkim kontroluje procesy poznawcze hierarchicznie niższe, przez to może dostarczyć optymalnych strategii przydatnych zarówno dla rozumienia i tworzenia wypowiedzi językowych, jak również do integracji w jeden system różnorodnych doświadczeń językowych z wczesnego dzieciństwa i wieku przedszkolnego.

Odznaczając się przenikliwością badawczą, z dużym znawstwem mechanizmów językowych stworzyła Autorka bardzo krótką, ale detekcyjną ankietkę do badania par proporcjonalnych relacji, opatrując ją prostą instrukcją: „Pobaw się ze mną w wymyślanie wyrazów w pary. Najpierw zwróć uwagę na podobieństwa i różnice między wyrazami, które są podane we wzorze: kot ↔ stary duży, dorosły; kotek ↔ mały, młody, piękny. A teraz Twoja kolej. Wpisz w miejsca zaznaczone kropkami brakujące wyrazy. Spróbuj do każdego podanego wyrazu znaleźć parę. Pamiętaj, że wyrazy w parach powinny być podobne i połączone różnicą znaczenia jak we wzorze" (307). Do badania wybrała wyrazy: pies, wół, włos, balon, próg, bąbel, but (przykładowa ankieta została umieszczona w załączniku do książki).

Całość materiału empirycznego, który posłużył do eksplikacji kategorii analogii, obejmuje 1000 ankiet przeprowadzonych wśród uczniów w różnym wieku i na różnych etapach edukacji (II–IV klasa szkoły podstawowej, I–III klasa gimnazjum, szkoły ponadgimnazjalne – szkoła zawodowa, technikum, liceum ogólnokształcące) oraz wśród słyszących studentów filologii polskiej (grupa kontrolna), studentów niesłyszących, a także słuchaczy studiów podyplomowych, co daje 7000 proporcji (sposoby wypełnienia ankiety przez respondentów w obrębie poszczególnych grup również zostały zamieszczone w załączniku).

Głęboko przemyślana struktura narzędzia badawczego i ściśle określona charakterystyka grup badawczych zdecydowały o tym, że pozyskany materiał empiryczny jest bogaty, jednorodny i reprezentatywny, co umożliwiło analizę danych z niebywałą wręcz precyzją i porównanie wyników uzyskanych w poszczególnych grupach według ściśle określonych kryteriów. Wysoka świadomość metodologiczna Autorki sprawia, że wyniki przeprowadzonych badań eksperymentalnych są nie tylko wiarygodną eksplikacją zjawiska analogii w języku i umyśle badanych, ale też mocną przesłanką w projektowaniu procedur diagnostyczno-prognostycznych koniecznych do oceny stanu struktur poznawczych u osób z zaburzeniami rozwoju językowego i trudnościami szkolnymi, jak również monitorowania rozpadu sprawności językowych i poznawczych w przebiegu nabytych schorzeń neuropsychiatrycznych u dzieci i młodzieży, w przypadkach autyzmu, upośledzenia umysłowego czy otępienia, co zresztą Autorka zapowiada. Z pewnością warto kontynuować tego typu badania, by określić profil zaburzeń myślenia przez analogię w poszczególnych typach zaburzeń mowy wynikających z uszkodzeń i dysfunkcji mózgu oraz zaburzeń słuchu. Ich wyniki mogłyby stać się podstawą

do skonstruowania narzędzi diagnostycznych i oceny skuteczności prowadzonej terapii centralnych i audiogennych zaburzeń mowy.

Alina Maciejewska, analizując materiał badawczy, najpierw określiła modelowy ciąg proporcji na podstawie wyników uzyskanych w badaniu grupy kontrolnej, którą stanowili studenci polonistyki, odznaczający się – ze względu na profil swojego kształcenia – szczególną kompetencją metalingwistyczną, a następnie zindeksowała strategie uzupełniania proporcji w obrębie grup badawczych (omijanie reguł, analogii, charakterystykę leksemów, form gramatycznych i paronimów w proporcjach, analogię formy i treści w proporcjach i nieanalogiczne konstrukcje słowotwórcze). Wszystkie te strategie poddała analizie jakościowej i ilościowej, wykazując się iście benedyktyńską pracowitością. Okazało się, że w obrębie grup badawczych wystąpiły znaczące odstępstwa w porównaniu do ciągu modelowego – największe w grupie dzieci w młodszym wieku szkolnym oraz studentów niesłyszących. Zarysowała się wyraźna tendencja do respektowania relacji podobieństwa rdzenia, a jednocześnie wyraźne trudności w różnicowaniu form fleksyjnych i słowotwórczych. Analiza jakościowa wyraźnie wykazała, że na trudność w uzupełnianiu ciągu proporcjonalnego wpływ miały problemy z ustaleniem i zapisaniem formy fonologicznej wyrazu, określeniem relacji fonem–grafem, potrzeba przeprowadzenia dodatkowych operacji morfonologicznych (alternacje samogłoskowe i/lub spółgłoskowe), kłopoty z wykonaniem operacji morfotaktycznych.

Wyniki badań korelują z wiekiem badanych uczniów (trudności częściej dotyczą młodszych uczniów), występowaniem zaburzeń rozwojowych i trudności szkolnych (problemy z wypełnieniem ciągu proporcjonalnego częściej dotyczą uczniów, u których były stwierdzone opóźnienia w rozwoju językowym lub którzy osiągali niższe wyniki w nauce) oraz deficytami słuchu (studenci niesłyszący uzupełniali pary proporcjonalne, znacznie odbiegając od ciągu modelowego). Co ważne, uczniowie, którzy w związku z rozpoznanymi u nich zaburzeniami rozwojowymi byli wcześniej poddawani systematycznej terapii, tworzyli ciągi proporcjonalne bliskie ciągom modelowym, co może potwierdzać efektywność niektórych oddziaływań terapeutycznych w przełamywaniu deficytów poznawczych i językowych u dzieci w okresie rozwojowym.

W podsumowaniu monografii Autorka pisze, że „umiejętność rozpoznawania relacji ujmujących podobieństwo semantyczne i formalne między wyrazami jest uwarunkowana poziomem rozwoju sprawności i kompetencji językowych, ale wykorzystanie tych relacji warunkuje kompetencja logiczna, która pozwala na dostrzeganie elementów języka i wnioskowanie o relacjach zgodnie z regułami wnioskowania przez analogię" (s. 305). Ten wniosek burzy mit o odrębności mechanizmów kształtowaniu się kompetencji językowej i zdolności poznawczych, wskazuje, że są to dwie strony tego samego zjawiska. Ten wniosek każe na nowo postawić dyskutowany problem metod i narzędzi badania prawidłowości rozwoju dziecka.

Przedstawione w monografii metody analizy materiału empirycznego pozwalają uszczegóławiać, twórczo rozwijać i budować perspektywy badawcze istotnych aspektów teorii lingwistycznych, a także pokrewnych dziedzin wiedzy, w tym przede wszystkim logopedii, psycholingwistyki czy pedagogiki. Godna podziwu jest odwaga Autorki w podejmowaniu problemów niełatwych, ostrość w formułowaniu hipotez interpretacyjnych oraz weryfikacji tez, a także uzupełnianiu i precyzowaniu ogólnych teorii odnoszących się do relacji język–poznanie. W tym zakresie interpretacja zjawisk słowotwórczych w kategoriach mechanizmu analogii jest pomysłem oryginalnym i twórczym.

Recenzowana praca odznacza się wzorcowym warsztatem badawczym. Składa się na to szeroka perspektywa teoretyczna, dążenie do weryfikacji różnych poglądów i stanowisk, spójność metodologiczna, precyzja w określaniu celów badawczych i projektowaniu badań empirycznych, wnikliwość i subtelność analiz lingwistycznych, obiektywizacja formułowanych twierdzeń w świetle teorii naukowych i wyników badań. Wszystkie te cechy sprawiają, że monografia Aliny Maciejewskiej to opracowanie o wysokich walorach merytorycznych, które w znaczący sposób wzbogaca stan wiedzy o językowym i poznawczym funkcjonowaniu człowieka.

Jolanta Panasiuk

Noty o autorach

Ewa Binkuńska, dr n. hum. w zakresie językoznawstwa, logopeda, adiunkt w Katedrze Logopedii Uniwersytetu Gdańskiego, w latach 2009–2015 adiunkt w Zakładzie Pedagogiki Specjalnej i Logopedii Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy. Przewodnicząca Kujawsko-Pomorskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Logopedycznego. Specjalizuje się w zakresie emisji i higieny głosu oraz wczesnej interwencji logopedycznej. Prowadzi terapię logopedyczną z dziećmi z zaburzeniami mowy oraz dorosłymi z zaburzeniami głosu. Autorka publikacji z zakresu logopedii i lingwistyki, w tym monografii *Higiena i emisja głosu mówionego* (2012).

Kamila Bigos, absolwentka studiów magisterskich na kierunku logopedia z audiologią spec. logopedia kliniczna na Uniwersytecie Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie. Obecnie doktorantka w Zakładzie Logopedii i Językoznawstwa Stosowanego UMCS. W latach 2016–2018 wiceprzewodnicząca Naukowego Koła Logopedów i Audiologów UMCS, obecnie przewodnicząca Lubelskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Logopedycznego. Praktykę logopedyczną zdobywała, pracując najpierw jako wolontariuszka w Studenckiej Poradni Logopedycznej oraz Fundacji dla Osób po Urazach Neurologicznych „Bez Ograniczeń", a także odbywając staż naukowo-badawczy w Górnośląskim Centrum Rehabilitacji „Repty" im. gen. Jerzego Ziętka w Tarnowskich Górach. Obecnie pracuje z dziećmi z zaburzeniami ze spektrum autyzmu oraz z dziećmi, młodzieżą i dorosłymi po przebytych incydentach neurologicznych.

Mieczysław Chęciek, dr n. hum., pedagog, specjalista neurologopeda, nauczyciel akademicki. Twórca Zmodyfikowanego Programu Psychofizjologicznej Terapii Jąkających się, opracowanego na podstawie wieloletnich doświadczeń w pracy terapeutycznej z jąkającymi się oraz wiedzy i umiejętności zdobytych w czasie licznych szkoleń i staży u uznanych specjalistów, m.in. w zakresie terapii jąkania i zaburzeń głosu, w ośrodkach logopedyczno-foniatrycznych w Berlinie, Monachium, Londynie, Oksfordzie i innych. Zainteresowania naukowe koncentruje się problematyce klinicznych i logopedycznych zagadnień niepłynności mowy. Autor kilkudziesięciu publikacji na temat różnych aspektów jąkania.

Zasłużony działacz Polskiego Towarzystwa Logopedycznego, wieloletni zastępca przewodniczącego ZG PTL oraz wieloletni przewodniczący ŚO PTL.

Urszula Ciszewska-Psujek, logopeda, glottodydaktyk, absolwentka studiów magisterskich na kierunku logopedia z audiologią na Uniwersytecie Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie oraz studiów magisterskich na kierunku filologia polska ze specjalnością glottodydaktyczną na Katolickim Uniwersytecie Lubelskim. Obecnie jest doktorantką w Zakładzie Logopedii i Językoznawstwa Stosowanego Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie oraz pracuje jako lektorka języka polskiego w Szkole Języka i Kultury Polskiej KUL.

Anna Czyż, dr n. hum. w dyscyplinie pedagogika, surdopedagog, audiofonolog-logopeda, protetyk słuchu. Zawodowo związana z Uniwersytetem Pedagogicznym im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie, gdzie zajmuje się szeroko rozumianą rehabilitacją osób z uszkodzonym narządem słuchu. Autorka prac badawczych z zakresu terapii słuchu i mowy z wykorzystaniem nowoczesnych zdobyczy technologicznych.

Anna Gagat-Matuła, pedagog, surdopedagog, adiunkt w Instytucie Pedagogiki Specjalnej na Uniwersytecie Pedagogicznym im. KEN w Krakowie. Kwalifikowany diagnosta i terapeuta zaburzeń ze spektrum autyzmu, logopeda, terapeuta behawioralny. Autorka ponad 40 publikacji naukowych w czasopismach i monografiach punktowanych, w tym autorka dwóch monografii: *Funkcjonowanie systemu rodziny czasowo niepełnej z powodu migracji w percepcji młodzieży z mózgowym porażeniem dziecięcym* (2016) oraz *Personal Resources of Physically Disabled Women and the Feeling of a Success in Life* (2017).

Anna Guzy, dr n. hum., adiunkt w Katedrze Dydaktyki Języka i Literatury Polskiej Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach. Ukończyła psychologię i studia podyplomowe z emisji głosu na Uniwersytecie Wrocławskim. Opiekun Koła Naukowego „Bakałarz". Autorka kilkudziesięciu publikacji.

Ewa Hrycyna, dr n. hum. w zakresie językoznawstwa polskiego, logopeda, etnolingwista. Autorka publikacji naukowych dotyczących językowego obrazu świata, gatunków mowy, gatunków folkloru, zaburzeń mowy. Interesuje się szczególnie zaburzeniami mowy na poziomie semantycznym i pragmatycznym.

Katarzyna Kaczorowska-Bray, dr hab., neurologopeda, adiunkt w Katedrze Logopedii Uniwersytetu Gdańskiego, kierownik Podyplomowych Studiów Wczesnej Interwencji Logopedycznej oraz Podyplomowych Studiów Oligofrenologopedycznych. Swoje zainteresowania naukowe koncentruje na problematyce rozwoju mowy i jej zaburzeń występujących u dzieci z niepełnosprawnością intelektualną, niepełnosprawnością sprzężoną oraz z uszkodzeniem narządu wzroku, na wczesnej interwencji logopedycznej, a także gerontologopedii. Autorka publikacji o tej tematyce, m.in. książki *Wyrażenia przyimkowe w mowie dzieci z upośledzeniem umysłowym w stopniu umiarkowanym i lekkim* (2013), *Kompetencja i sprawność językowa dzieci z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu znacznym, umiarkowanym i lekkim* (2017). Współredaktorka pięciu tomów wydanych w serii „Logopedia XXI Wieku".

Sylwia Kozłowska-Stoch, psycholog, logopeda kliniczny, absolwentka psychologii klinicznej i zarządzania potencjałem pracowników na Uniwersytecie Humanistyczno-społecznym SWPS we Wrocławiu, logopedii klinicznej na Uniwersytecie Medycznym we Wrocławiu oraz studium poznawczo-behawioralnego w Dolnośląskim Centrum Psychoterapii. Ukończyła szkolenia z zakresu terapii jąkania u dr. Mieczysława Chęćka oraz u dr Katarzyny Węsierskiej, a także szkolenie z technik poznawczo-behawioralnych na Uniwersytecie Humanistycznospołecznym SWPS w Poznaniu. Doświadczenie zdobywała m.in. prowadząc zajęcia terapeutyczne z zastosowania technik psychologicznych w terapii jąkania. Zainteresowana zwłaszcza technikami poznawczo-behawioralnymi w kontekście niepłynności mowy. Aktualnie kontynuuje praktykę prywatną oraz pracuje jako logopeda w przedszkolach i żłobkach.

Natalia Malik, pedagog, surdopedagog, oligofrenopedagog, terapeuta integracji sensorycznej. Pracownik naukowo-dydaktyczny w Instytucie Pedagogiki Specjalnej na Uniwersytecie Pedagogicznym im. KEN w Krakowie i terapeuta w gabinecie „Konik na biegunach" w Krakowie. Zajmuje się problematyką związaną z komunikacją osób głuchych oraz dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu. Wiedzę teoretyczną dotyczącą surdopedagogiki łączy z doświadczeniem zdobywanym w pracy z osobami z osobami niesłyszącymi.

Anna Michalczyk, absolwentka studiów magisterskich w zakresie pedagogiki rewalidacyjnej (surdopedagogika) oraz studiów podyplomowych w zakresie logopedii, pedagogiki przedszkolnej i wczesnoszkolnej oraz terapii pedagogicznej. W latach 2012–2013 pracowała na stanowisku logopedy w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej im. Stefana Szumana w Bochni oraz Szpitalu Powiatowym im. bł. Marty Wieckiej w Bochni. Prowadziła terapię osób dotkniętych afazją i opóźnionym rozwojem mowy. Od roku 2013 zatrudniona w Instytucie Pedagogiki Specjalnej Uniwersytetu Pedagogicznego im. KEN w Krakowie. Koncepcję swojej pracy doktorskiej wiąże z diagnozą wpływu wirtualnej komunikacji na wybrane aspekty społecznego rozwoju młodzieży z wadą słuchu.

Stanisław Milewski, dr hab., prof. UG, kierownik Katedry Logopedii Wydziału Filologicznego Uniwersytetu Gdańskiego, kierownik Pracowni Gerontologopedii, kierownik Podyplomowych Studiów Logopedycznych oraz Podyplomowych Studiów Neurologopedycznych, przewodniczący Pomorskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Logopedycznego, wiceprzewodniczący Zarządu Głównego PTL, członek Zespołu Dydaktycznego Rady Języka Polskiego przy Prezydium Polskiej Akademii Nauk, członek komitetu redakcyjnego czasopism: „Дефектология" (Journal of Special Education "Defectology"), „Специальное образование" („Special Education"), „Logopedia"; członek rad naukowych czasopism: „Nowa Audiofonologia", „Forum Logopedyczne", „Logopedia Silesiana", „Neurolingwistyka Praktyczna"; współredaktor serii wydawniczej „Logopedia XXI Wieku" (dotychczas ukazało się w niej 14 tomów).

Jolanta Panasiuk, dr hab., prof. UMCS i UWM, adiunkt w Zakładzie Logopedii i Językoznawstwa Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie. Wykładowca w zakresie neurologopedii w kilku ośrodkach naukowych w Polsce kształcących logopedów. Prowadzi badania naukowe z zakresu teorii komunikacji, tekstologii i neurologopedii, których

wyniki prezentowała na wielu konferencjach naukowych w kraju i za granicą. Specjalizuje się w diagnozie i terapii zaburzeń językowych u dzieci i dorosłych ze schorzeniami neuropsychiatrycznymi. Autorka ponad dwustu pięćdziesięciu publikacji naukowych. Uczestniczyła w pracach Komisji Rozwoju i Zaburzeń Mowy PAN, była członkiem grupy ekspertów tworzących obowiązujący program specjalizacji w neurologopedii, pełniła obowiązki krajowego konsultanta w dziedzinie neurologopedii przy Ministerstwie Zdrowia. Sekretarz Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Logopedycznego, członek Komisji Egzaminacyjnej na Państwowym Egzaminie Specjalizacyjnym w zakresie neurologopedii, działa w Sekcji Psychologii Klinicznej i Edukacji Zdrowotnej Komisji Nauk Medycznych lubelskiego oddziału PAN, należy do komitetów redakcyjnych i rad recenzenckich kilku czasopism naukowych oraz Rady Patronackiej Fundacji 21. Odznaczona Brązowym Krzyżem Zasługi za pracę na rzecz środowiska logopedycznego. Za książkę *Afazja a interakcja. TEKST – metaTEKST – konTEKST* (2012) otrzymała nagrodę Prezesa Rady Ministrów RP (2014), a za pracę dydaktyczną – Medal Komisji Edukacji Narodowej (2016).

Olga Przybyla, dr nauk hum., językoznawca**,** logopeda, terapeuta integracji sensorycznej, adiunkt w Katedrze Dydaktyki Języka i Literatury Polskiej Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach, kierownik Centrum Logopedii Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach oraz kierownik Studiów Podyplomowych Kwalifikacyjnych Logopedii i Medialnej Emisji Głosu. Autorka kilkudziesięciu publikacji z zakresu językoznawstwa, edukacji polonistycznej oraz logopedii, w tym monografii *Akty mowy w języku nauczycieli* (2004). Jej zainteresowania naukowe koncentrują się wokół zaburzeń komunikacji językowej, szczególnie u dzieci oraz młodzieży z zaburzeniami słuchu i uszkodzeniami mózgu, oraz diagnozy i terapii logopedycznej z elementami integracji sensorycznej. Członek Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Logopedycznego w Lublinie, założycielka i redaktor naczelna „Logopedii Silesiany", pełniła funkcję koordynatora projektu „NetQues" w Polsce w ramach „Network for Tuning Standards & Quality of Educ. progs. for SLT in Europe", którego partnerem był Uniwersytet Śląski, członek Komitetu Naukowego „Biuletynu Logopedycznego", Rady Redakcyjnej „Logopedii" oraz Komitetu Redakcyjnego cyklicznej monografii logopedycznej *Głos – Język –Komunikacja* wydawanej w Uniwersytecie Rzeszowskim.

Agnieszka Sułkowska, dr n. med., specjalista chorób wewnętrznych, neurologopeda. Autorka i współautorka publikacji poświęconych zagadnieniom z zakresu psychosomatyki oraz komunikacji pomiędzy lekarzami i pacjentami (m.in. rozdziału *Pacjenci z obciążeniami internistycznymi w terapii logopedycznej* w monografii *Gerontologopedia*, 2018). Jej zainteresowania naukowe koncentrują się wokół terapii logopedycznej osób w okresie późnej dorosłości, ze szczególnym uwzględnieniem problemów komunikacyjnych dotyczących zagadnień zdrowia i choroby oraz możliwości pomocy logopedycznej w tym obszarze.

Aneta Syta, neurologopeda, doktorantka w Zakładzie Logopedii i Emisji Głosu Instytutu Polonistyki Stosowanej Uniwersytetu Warszawskiego. Specjalizuje się w zakresie afazji, pragnozji oraz technik neuromuzykoterapeutycznych. Członek Oddziału Mazowieckiego Polskiego Towarzystwa Logopedycznego oraz Pracowni Fonetyki Stosowanej im. Marii Przybysz-Piwko w Centrum Logopedycznym Uniwersytetu Warszawskiego.

Jana Mironova Tabachová, dr, zatrudniona w Instytucie Pedagogiki Specjalnej Wydziału Pedagogicznego Uniwersytetu Palackiego w Ołomuńcu, pedagog specjalny – specjalizacja w dziedzinie logopedii, pedagogiki specjalnej dla osób z upośledzeniem słuchu i niepełnosprawnością intelektualną. Logopeda i terapeutka udzielającą specjalistycznych porad o charakterze klinicznym i pedagogicznym. W swojej działalności skupia się przede wszystkim na terapii logopedycznej, zaburzeniach komunikacji, zaburzeniach ze spektrum autyzmu, syndromach genetycznych w praktyce logopedycznej, pedagogice przedszkolnej oraz terapii osób o specjalnych potrzebach.

Małgorzata Waryszak, dr nauk hum., inż., adiunkt w Zakładzie Logopedii i Językoznawstwa Stosowanego Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie oraz specjalista do spraw fonoskopii w Biurze Ekspertyz Sądowych w Lublinie. Absolwentka studiów na kierunku logopedia z audiologią oraz na kierunku fizyka techniczna. Ukończyła także Studium Obiektywnych Badań Słuchu w Instytucie Fizjologii i Patologii Słuchu w Warszawie. W latach 2013–2016 przewodnicząca Lubelskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Logopedycznego. Zainteresowania naukowe: akustyka mowy, psychoakustyka, fonetyka audytywna, fonoskopia, prozodia, nowoczesne metody diagnostyczne i terapeutyczne w logopedii i audiologii, pedagogika Marii Montessori. Czerpie radość z muzyki.

Justyna Wons, nauczyciel edukacji wczesnoszkolnej z dwudziestoletnim stażem pracy, logopeda. Pracuje w Zespole Szkolno-Przedszkolnym w Potępie. Jest wychowawcą grupy mieszanej dzieci w wieku od 2,5 do 7 lat. Prowadzi terapię dzieci z dyslalią, opóźnionym rozwojem mowy, zespołem Aspergera i autyzmem. Wiedzę teoretyczną dotyczącą dydaktyki oraz logopedii wykorzystuje także podczas zajęć programowych w przedszkolu, spotkań i rozmów z rodzicami.

Kateřina Vitásková, docent w Instytucie Pedagogiki Specjalnej Wydziału Pedagogicznego Uniwersytetu Palackiego w Ołomuńcu, pedagog specjalny – specjalizacja w dziedzinie logopedii, pedagogiki specjalnej dla osób z upośledzeniem słuchu i niepełnosprawnością intelektualną, kierownik Działu Logopedii i Studiów Procesu Komunikacji, Pion Czynności Naukowo-Badawczych w Instytucie Pedagogiki Specjalnej Wydziału Pedagogicznego Uniwersytetu Palackiego w Ołomuńcu, przewodnicząca Educational Committee for Speech Language Pathology International Association of Logopedics and Phoniatrics (IALP), członek Czeskiego Stowarzyszenia Wokologicznego i innych stowarzyszeń naukowych, a także kolegiów redakcyjnych fachowych czasopism. Uczestniczy w pracach grantowych, m.in. jako członek komisji naukowych. Swoją działalność naukowo-badawczą skupia na diagnostyce w dziedzinie zaburzeń zdolności komunikacyjnych, m.in. z wykorzystaniem nowoczesnych narzędzi badawczych, ma poradnictwie i terapii w dziedzinie patologii mowy, głosu i słuchu dzieci i dorosłych, wczesnej opiece surdologopedycznej, specyficznych trudnościach w uczeniu się oraz na problematyce spektrum autyzmu.

Streszczenia

Kateřina Vitásková, Jana Mironova Tabachová

Ocena integracji sensorycznej oraz częściowych pragmatycznych umiejętności komunikacyjnych u dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu na podstawie terapii logopedycznej z uwzględnieniem nowego materiału ewaluacyjnego

Streszczenie: Spektrum autyzmu (ASD) powiązane jest z różnymi zaburzeniami i trudnościami w komunikacji, dostrzegalnymi przede wszystkim w umiejętnościach językowych o funkcji pragmatycznej, integracji sensorycznej oraz imitacji. Problemy te wymagają złożonej terapii logopedycznej. W artykule przedstawiono możliwość zastosowania nowej metody ewaluacji zakresu umiejętności imitacji, częściowych umiejętności pragmatycznych, a także sensorycznej integracji, na przykładzie dwóch chłopców z zaburzeniami ze spektrum autyzmu (u których zdiagnozowano autyzm dziecięcy, na podstawie wytycznych ICD-10), przejawiających problemy z integracją sensoryczną, symptomy dyspraksji i zaburzenia zdolności imitacji. Nadrzędnym celem autorek było rozpoznanie przeszkód utrudniających skuteczną terapię logopedyczną, a także wykazanie przyczyn zaburzeń funkcji pragmatycznej. Analiza pokazała, że w obu przypadkach nastąpił postęp w rozwoju umiejętności komunikacyjnych. Niektóre umiejętności związane z integracją sensoryczną uległy natomiast częściowemu zahamowaniu; w jednym z przypadków autorki sugerują, w jaki sposób można zastosować opisaną w artykule metodę oceny w ramach indywidualnego procesu terapeutycznego.

Słowa kluczowe: spektrum autyzmu, praktyka logopedyczna, integracja sensoryczna, sensoryzmy, zaburzenia komunikacji, pedagogika specjalna

Agnieszka Sulkowska, Stanisław Milewski, Katarzyna Kaczorowska-Bray

Komunikacja lekarz – pacjent w opinii pacjentów

Streszczenie: W artykule skoncentrowano uwagę na istotnej problematyce komunikacji między lekarzami a pacjentami. Zgoda pacjenta na proponowaną terapię, jego współpraca i zaangażowanie w leczenie w dużym stopniu uzależnione są od umiejętności komunikacyjnych lekarza bądź terapeuty.

Ocena tychże umiejętności dokonana została przez pacjentów Szpitala Klinicznego Uniwersyteckiego Centrum Medycznego w Gdańsku. Dane przedstawione w artykule zebrano drogą badań ankietowych.

Słowa kluczowe: komunikacja, pacjent, lekarz, umiejętności komunikacyjne, *medspeak*

Urszula Ciszewska-Psujek

Zaburzenia językowe w przebiegu choroby alkoholowej Obraz i dynamika

Streszczenie: Uzależnienie od alkoholu jest przewlekłą chorobą powodującą wieloukładowe i wielonarządowe uszkodzenia. Toksyczne oddziaływanie alkoholu na ośrodkowy układ nerwowy prowadzi do trwałego zmniejszenia się liczby i rozmiaru neuronów oraz połączeń neuronalnych, szczególnie w obrębie struktur czołowych, układu limbicznego i móżdżku, a w konsekwencji do zaburzeń poznawczych, w tym funkcji wykonawczych i pamięci oraz zaburzeń przetwarzania informacji emocjonalnych. Powstałe dysfunkcje poznawcze wpływają na sposób pojmowania rzeczywistości przez człowieka oraz na możliwość reprezentowania jej w zachowaniach językowych. Określenie zaburzeń językowych u osób uzależnionych od alkoholu może dokonać się poprzez ocenę sprawności narracyjnej. W artykule przedstawiono analizę wybranych wypowiedzi narracyjnych dwóch mężczyzn będących w krótkim i umiarkowanym czasie abstynencji oraz charakterystykę wykładników postawy konkretnej i mechanizmów neurokompensacyjnych.

Słowa kluczowe: alkoholizm, zaburzenia funkcji poznawczych, zaburzenia językowe, sprawność narracyjna, postawa konkretna, mechanizmy neurokompensacyjne

Ewa Binkuńska

Analiza ilościowa grup spółgłoskowych w logopedycznych narzędziach do badania zaburzeń artykulacji

Streszczenie: W badaniu artykulacji dzieci uwzględnia się zazwyczaj kilka rodzajów prób mających na celu ocenę realizacji fonemów. Jednym z narzędzi do badania artykulacji są kwestionariusze obrazkowe. Celem wykorzystania tego rodzaju pomocy jest wskazanie bądź wykluczenie istnienia u danej osoby zaburzenia mowy, w omawianym przypadku dotyczącego wadliwej realizacji poszczególnych głosek. W artykule poddano analizie ilościowej jeden z fonologicznych aspektów zawartości leksykalnej dziesięciu wybranych prób diagnostycznych wykorzystywanych do badania artykulacji dzieci w wieku od 3 do 7 lat. W badaniach uwzględniono występowanie w narzędziach diagnostycznych grup spółgłoskowych, ze zwróceniem uwagi na pozycję pojawiania się w wyrazie zbitek konsonantycznych, ich liczbę w jednostce leksykalnej oraz liczbę elementów konsonantycznych sąsiadujących ze sobą.

Słowa kluczowe: grupy spółgłoskowe, diagnoza logopedyczna, badanie artykulacji

Jolanta Panasiuk

Padaczka w diagnozie i terapii logopedycznej Studium przypadku

Streszczenie: Padaczka u dzieci może doprowadzić do zaburzeń w ich rozwoju psychoruchowym lub utraty nabytych przez nie sprawności. Skuteczne leczenie farmakologiczne padaczki daje podsta-

wy do efektywnych oddziaływań terapeutycznych. Celem w artykule jest przedstawienie dynamiki zaburzeń neurorozwojowych w przebiegu ciężkiej padaczki objawowej ze stanami padaczkowymi, które wystąpiły u 10-letniej dziewczynki. W wyniku badań longitudinalnych wyodrębniono cztery etapy określające dynamikę rozwoju i choroby: 1) od urodzenia do 10. roku życia, kiedy rozwój psychoruchowy dziecka przebiegał prawidłowo; 2) od 10. do 15. roku życia, kiedy na skutek padaczki wystąpiły narastające zaburzenia w sferze poznawczej, językowej, emocjonalnej, behawioralnej, motorycznej i wegetatywnej, które przyjęły postać głębokiego otępienia; 3) od 16. do 17. roku życia, kiedy w wyniku optymalizacji leczenia farmakologicznego uzyskano równowagę aktywności bioelektrycznej mózgu; 4) od 17. do 25. roku życia, kiedy w związku z wielospecjalistyczną terapią nastąpiła znacząca poprawa funkcjonowania we wszystkich zaburzonych sferach, co umożliwiło badanej dziewczynce ukończenie gimnazjum i szkoły średniej, a następnie podjęcie studiów i osiąganie wysokich wyników w nauce, a także odnoszenie spektakularnych sukcesów w sporcie.

Słowa kluczowe: demencja, agnozja, apraksja, amnezja, neurodegeneracja, kompensacja

Mieczysław Chęciek, Sylwia Kozłowska-Stoch

Zastosowanie technik poznawczo-behawioralnych w zmniejszaniu stanów logofobii Studium przypadku

Streszczenie: Artykuł zawiera rozważania na temat teorii i praktyki zastosowania technik poznawczo-behawioralnym w zmniejszaniu stanów logofobii, w odniesieniu do konkretnego przypadku. Została omówiona rola terapii psychologicznej w zaburzeniach płynności mowy, analizując techniki poznawczo-behawioralne. Przedstawiono praktyczne zastosowanie osiągnięć nurtu kognitywno-behawioralnego, z uwzględnieniem zaleceń terapii logopedycznej. Na podstawie analizy przypadku mężczyzny z rozpoznaniem jąkania toniczno-klonicznego oraz stanem głębokiej logofobii pokazano pozytywny wpływ terapii psychologicznej na terapię jąkania. Określono plan terapii, jej skutki dla pacjenta i zalecenia na przyszłość.

Słowa kluczowe: logofobia, techniki poznawczo-behawioralne, jąkanie, terapia psychologiczna, plan terapii

Anna Guzy

Trening relaksacyjny w pracy z pacjentem z afazją Studium przypadku

Streszczenie: W artykule podjęto problematykę zastosowania w pracy psychologicznej z pacjentem z afazją treningów relaksacyjnych. W pierwszej części artykułu zaprezentowano podstawowe informacje dotyczące rodzajów i form relaksacji. Zwrócono uwagę na zależność stres – podwyższone napięcie – głos – komunikowanie się. W drugiej części zaprezentowano studium przypadku pacjenta z afazją, który nie wyraził chęci pracy z logopedą. Studium to pokazuje, że nawet w przypadku osób niechętnych podjęcia terapii logopedycznej można zastosować inne oddziaływania, a te mogą poprawić jakość porozumiewania się i funkcjonowania tychże pacjentów.

Słowa kluczowe: afazja, trening relaksacyjny, studium przypadku, terapia afazji

Anna Czyż, Anna Michalczyk

Późna diagnoza niedosłuchu a jakość komunikacji i rozwoju psychospołecznego dziecka w wieku przedszkolnym Studium przypadku

Streszczenie: Studium przypadku ukazuje następstwa późnej diagnozy i podjęcia terapii dziecka cierpiącego z powodu przewlekłych, nawracających stanów zapalnych ucha środkowego, konsekwencją czego jest niedosłuch przewodzeniowy, fluktuacyjny, stopnia lekkiego. W artykule przedstawiono problemy komunikacyjne i psychologiczne dziecka wnikające z tych trudności. Badania przeprowadzono przy użyciu trzech narzędzi diagnostycznych, które pozwoliły w sposób kompleksowy ocenić poszczególne sfery rozwoju chłopca. Końcowa część rozprawy zawiera wnioski i postulaty dotyczące wczesnej opieki terapeutycznej.

Słowa kluczowe: wada słuchu, rozwój mowy, diagnoza, studium przypadku

Kamila Bigos

Rozwój sprawności sensorycznych w normie i w zaburzeniu Analiza porównawcza

Streszczenie: Całościowe zaburzenia rozwoju objawiają się zakłóceniem dynamiki rozwoju dziecka, a współwystępowanie autyzmu i niepełnosprawności intelektualnej znacząco wpływa na jego funkcjonowanie. Artykuł stanowi próbę porównania stanu funkcji percepcyjnych u ośmioletniego chłopca ze sprzężonymi zaburzeniami rozwoju – autyzmem i niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym oraz u odpowiadającego mu wiekiem rozwojowym zdrowego dziecka sześcioletniego. Materiał empiryczny gromadzono drogą licznych obserwacji, wywiadów z rodzicami, nauczycielami i terapeutami oraz w badaniach prowadzonych na podstawie autorskich kwestionariuszy do oceny rozwoju psychoruchowego. Wyniki badań wskazują na dysproporcje pomiędzy badanymi, co potwierdza znaczne opóźnienie w rozwoju chłopca z autyzmem względem jego zdrowego kolegi, które skutkuje niższym poziomem funkcjonowania.

Słowa kluczowe: sprzężone zaburzenia rozwoju, zaburzenia ze spektrum autyzmu, niepełnosprawność intelektualna, rozwój psychoruchowy, funkcje percepcyjne

Anna Gagat- Matuła, Natalia Malik

Dysfunkcje komunikacyjne u dziecka z zaburzeniami ze spektrum autyzmu Studium przypadku

Streszczenie: W artykule przedstawiono zadania terapii psychologicznej, logopedycznej integracji sensorycznej oraz planowane działania podejmowane w celu wsparcia rozwoju komunikacji u dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu (ZSA). Próba opisania zaburzeń komunikacyjnych oraz podjętej związku z tym terapii opiera się na studium przypadku. W części teoretycznej artykułu omówiono deficyty społeczne i emocjonalne u dzieci z ZSA oraz opisano przebieg ich zaburzeń komunikacyjnych. Ponadto przedstawiono dwie klasyfikacje wykorzystywane w procesie diagnozowania ZSA.

Słowa kluczowe: autyzm, zaburzenia ze spektrum autyzmu, zaburzenia komunikacji, deficyty społeczne, diagnoza, zadania terapii

Aneta Syta

Rozwój mowy i komunikacji dziecka z zaburzeniami ze spektrum autyzmu Studium przypadku

Streszczenie: Celem artykułu jest ukazanie stopnia rozwoju mowy sześcioletniego chłopca, u którego zdiagnozowano autyzm. W artykule przedstawiono również m.in. rozwój motoryki dziecka, przeanalizowano dokumentację medyczną oraz wyniki badań specjalistycznych. Na końcu przedstawiono propozycję planu terapii logopedycznej, a także zwrócono uwagę na potrzebę konieczności pracy nad zaburzeniami towarzyszącymi.

Słowa kluczowe: autyzm, zaburzenia mowy, terapia logopedyczna, komunikacja społeczna, zachowania językowe

Olga Przybyla, Justyna Wons

Zaburzenia językowe i komunikacyjne dziecka z zespołem Aspergera Studium przypadku

Streszczenie: W artykule przedstawiono zadania terapii logopedycznej podejmowane w celu wsparcia rozwoju komunikacji u dziecka z zespołem Aspergera. Próba opisania zaburzeń komunikacyjnych oraz podjętej związku z tym terapii opiera się na wybranym studium przypadku. W artykule przedstawiono również m.in. rozwój motoryki dziecka, przeanalizowano dokumentację medyczną oraz wyniki badań specjalistycznych i własnych.

Słowa kluczowe: całościowe zaburzenia rozwoju, zaburzenia językowe, zaburzenia komunikacyjne, zaburzenia ze spektrum autyzmu, dziecko z zespołem Aspergera

Małgorzata Waryszak

Gry planszowe jako element wspomagania terapeutycznego osoby z mózgowym porażeniem dziecięcym

Streszczenie: Mózgowe porażenie dziecięce jest zespołem objawów uszkodzenia centralnego układu nerwowego w okresie jego rozwoju. Osoby z mózgowym porażeniem dziecięcym wymagają opieki wielospecjalistycznego zespołu terapeutów, jednak niebagatelną rolę odgrywa pozytywne oddziaływanie osób z najbliższego otoczenia. Jedną z form wspólnego spędzania czasu są gry planszowe. Celem w artykule jest zachęcenie do podejmowania takiej formy rozrywki z osobą niepełnosprawną. Przedstawione w artykule wnioski płyną z obserwacji poczynionych przez autorkę w ciągu kilku lat pracy z osobami z mózgowym porażeniem dziecięcym.

Słowa kluczowe: mózgowe porażenie dziecięce, gry planszowe, wspomaganie terapeutyczne

Projekt okładki, stron tytułowych i działowych
Paulina Dubiel

Łamanie
Anna U. Pilśniak

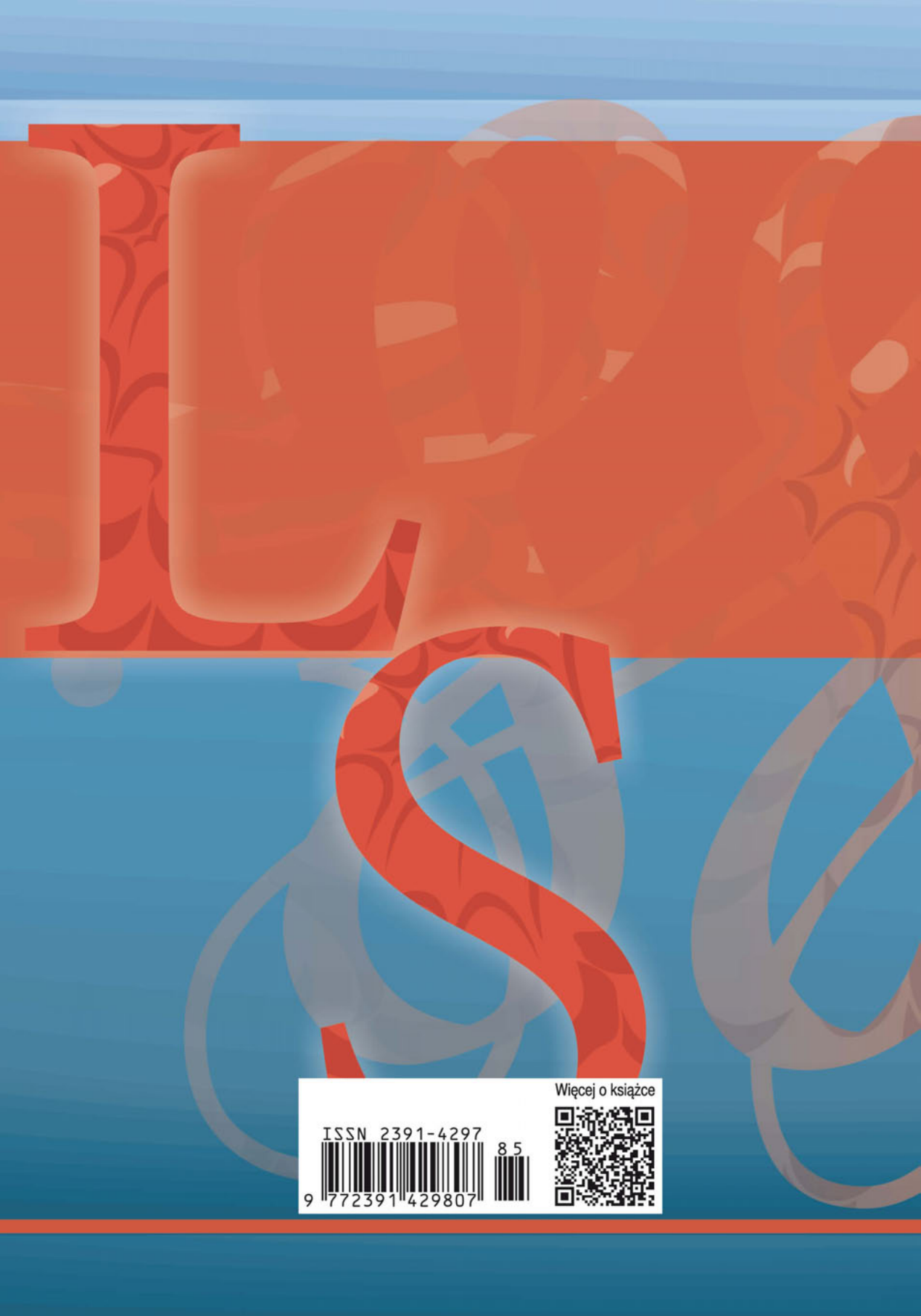
Publikacja na licencji Creative Commons
Uznanie autorstwa-Na tych samych warunkach
4.0 Międzynarodowe (CC BY-SA 4.0)

ISSN 2391-4297
Czasopismo elektroniczne, dystrybuowane bezpłatnie
Do końca 2017 roku „Logopedia Silesiana" ukazywała się również
w wersji drukowanej (ISSN 2300-5246)

Publikacja dostępna w Central and Eastern European Online Library
www.ceeol.com

Wydawca
Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego
ul. Bankowa 12B, 40-007 Katowice, e-mail: wydawus@us.edu.pl
www.wydawnictwo.us.edu.pl

Ark. druk. 20,5. Ark. wyd. 24,0



ISSN 2391-4297

Więcej o książce