

PORADNIK JĘZYKOWY



INDEKS 369616
ISSN 0551-5343
NAKLAD 500 egz.



(745)

TOWARZYSTWO KULTURY JĘZYKA
DOM WYDAWNICZY ELIPSA
WARSZAWA 2017

PORADNIK JĘZYKOWY

MIESIĘCZNIK ZAŁOŻONY W R. 1901
PRZEZ ROMANA ZAWILIŃSKIEGO
ORGAN TOWARZYSTWA KULTURY JĘZYKA

6

Zarząd Główny
ul. Krakowskie Przedmieście 26/28, 00-927 Warszawa
Wydział Polonistyki – Uniwersytet Warszawski
<http://www.tkj.uw.edu.pl>

TOWARZYSTWO KULTURY JĘZYKA
DOM WYDAWNICZY ELIPSA
WARSZAWA 2017

KOLEGIUM REDAKCYJNE

prof. dr hab. Stanisław Dubisz (redaktor naczelny), dr hab. Jolanta Chojak,
dr hab. Wanda Decyk-Zięba (zastępca redaktora naczelnego),
dr Ewelina Kwapien, prof. dr hab. Radosław Pawelec,
dr Marta Piasecka (sekretarz redakcji)

RADA REDAKCYJNA

prof. dr hab. Stanisław Dubisz (przewodniczący, Warszawa),
doc. dr Mirosław Dawlewicz (Wilno – Litwa), prof. dr hab. Andrzej Markowski
(Warszawa), prof. dr hab. Alicja Nagórko (Berlin – Niemcy),
prof. dr Marta Pančikova (Bratysława – Słowacja),
prof. dr hab. Józef Porayski-Pomsta (Warszawa),
prof. dr hab. Danuta Rytel-Schwarz (Lipsk – Niemcy),
prof. dr Olga Šapkina (Moskwa – Rosja),
prof. dr hab. Hélène Włodarczyk (Paryż – Francja)

Redaktor naukowy zeszytu

prof. dr hab. Józef Porayski-Pomsta

Recenzent

dr hab. Alina Maciejewska

Redaktor językowy

Urszula Dubisz

Tłumacz

Monika Czarnecka

Korektor

Halina Maczunder

Adres redakcji

00-189 Warszawa, ul. Inflancka 15/198

<http://www.wuw.pl>; e-mail: poradnikjezykowy@uw.edu.pl

Dział Handlowy DW ELIPSA: tel. (48) 22 635 03 01, e-mail: sklep@elipsa.pl

Księgarnia internetowa: <http://www.elipsa.pl>

Czasopismo zarejestrowane w European Reference Index for the Humanities (ERIH)

Zeszyt opublikowany w wersji pierwotnej

© Copyright by Towarzystwo Kultury Języka and Dom Wydawniczy ELIPSA, Warszawa 2017

PL ISSN 0551-5343

Wydanie zeszytu sfinansowane ze środków Towarzystwa Kultury Języka,
Wydziału Polonistyki Uniwersytetu Warszawskiego i Domu Wydawniczego „Elipsa”

Ark. wyd. 7,5. Ark. druk. 7,2. Papier offsetowy 80 g/m²

W ZESZYCIE

– Zachowania mowne pacjentów z zaburzeniami układu pozapiramidowego są determinowane złożonymi patomechanizmami. Mają one charakter motoryczny, emocjonalny i poznawczy. W ich diagnozie i terapii ważna jest kompleksowa opieka.

– Opóźnienie rozwoju mowy i afazja rozwojowa są jednostkami nienormatywnego rozwoju mowy i języka małego dziecka. Różnicowanie tych jednostek wymaga długiego i szczegółowego badania logopedycznego.

– W wypadku dzieci z rozszczepem podniebienia i wargi szczególne znaczenie dla postępowania logopedycznego ma właściwy dobór ćwiczeń usprawniających narządy artykulacyjne i/lub ćwiczeń oddechowych.

– Nowe typy leków dla osób z chorobą Alzheimera, po zakończeniu ich prób klinicznych, będą umożliwiały powrót pacjentów do względnej samodzielności poprzez pobudzanie odbudowy uszkodzonych funkcji mózgu.

– Grafetyka stanowi niezbędny składnik językoznawczych podstaw logopedii zarówno w wymiarze teoretycznym, jak i praktycznym, pozwalając właściwie określić zaburzenia komunikacji językowej w piśmie.

– Wymowa spółgłoski bocznej [l] ma dwa warianty – zadziąsłowy i dziąsłowy, które należy uznać za równoprawne; wyniki tych badań mogą mieć zastosowanie w logopedii, zwłaszcza w diagnozie i terapii dyslalii.

– Nieprawidłowości w wymawianiu spółgłosek [ś, ź, ć, ź] wśród studentów Uniwersytetu Warszawskiego występują często, znajdując różnorakie uwarunkowania o charakterze socjolingwistycznym.

– Rozwijanie słownictwa z jednoczesnym zintegrowaniem różnych struktur gramatycznych jest bardziej efektywne niż wprowadzanie słownictwa w izolacji, co pokazują założenia autorskiego programu terapii np. alalii czy afazji dziecięcej.

– Zintegrowana Skala Rozwoju jest narzędziem służącym do oceny rozwoju mowy dzieci słyszących, dzieci z wadą słuchu, dzieci po implantacji ślimakowej zarówno w odniesieniu do systemu języka polskiego, jak i innych języków.

Logopedia – terapia logopedyczna – badanie rozwoju mowy – dysfunkcje układu pozapiramidowego – niedokształcenie mowy pochodzenia korowego – opóźnienia w rozwoju mowy – afazja rozwojowa – profilaktyka przy rozszczepie podniebienia i wargi – choroba Alzheimera – rehabilitacja neurologopedyczna – afazja dziecięca – dyslalia – alalia – grafetyka – fonetyka ogólna i kliniczna – wymowa głósłki [l] – wymowa głósłek miękłkich dentałizowanych – skala rozwoju mowy.

Red.

SPIS TREŚCI

ARTYKUŁY I ROZPRAWY

<i>Olga Jauer-Niworowska, Danuta Emiluta-Roży: Podstawy teoretyczne diagnozy i terapii logopedycznej pacjentów z uszkodzeniami / dysfunkcjami układu pozapiramidowego</i>	7
<i>Marlena Kurowska: Opóźnienia w rozwoju mowy a afazja rozwojowa w praktyce logopedycznej</i>	15
<i>Natalia Siudzińska: Zasady postępowania logopedycznego w wypadku dzieci z rozszczepem podniebienia i wargi</i>	27
<i>Ewa Wolańska: Nowe formy rehabilitacji neurologopedycznej jako odpowiedź na nowe formy farmakoterapii w chorobie Alzheimera</i>	39
<i>Joanna Zawadka: Grafetyka w służbie logopedii</i>	53
<i>Anita Lorenc: Miejsce artykulacji polskiej spółgłoski bocznej. Badanie z wykorzystaniem artykulografii elektromagnetycznej</i>	63
<i>Beata Ciecierska-Zajdel: Głoski [ś, ź, ć, ż] w wymowie studentów Uniwersytetu Warszawskiego. Ujęcie socjolingwistyczne</i>	74
<i>Katarzyna Ita Bieńkowska, Natalia Siudzińska, Marzena Stępień: Wykorzystanie siatki pól semantyczno-leksykalnych w programie terapeutycznym służącym kształtowaniu języka. Propozycja</i>	84
<i>Katarzyna Ita Bieńkowska: Adaptacja Zintegrowanej Skali Rozwoju (ISD) do potrzeb języka polskiego</i>	96

RECENZJE

<i>Iwona Sołtys: Izabela Więcek-Poborczyk, Normy wymawianiowe polszczyzny a wariantywność wymowy, Warszawa 2014</i>	106
<i>Małgorzata Kapusta: Halina Pelcowa, Słownik gwar Lubelszczyzny, t. IV: Sad i ogród warzywny. Budownictwo i przestrzeń podwórza, Lublin 2016</i>	109

SŁOWA I SŁÓWKA

<i>S.D.: Anastazje, dyzmowie i misiewiczze, czyli o eponimach</i>	112
---	-----

CONTENTS

PAPERS AND DISSERTATIONS

<i>Olga Jauer-Niworowska, Danuta Emiluta-Rożya</i> : Theoretical bases of diagnosis and therapy of speech disorders in persons with extrapyramidal system damage/dysfunctions	7
<i>Marlena Kurowska</i> : Speech delay and developmental aphasia in the speech therapist's practice	15
<i>Natalia Siudzińska</i> : Principles of the speech therapy procedure in the case of children with cleft lip and palate	27
<i>Ewa Wolańska</i> : New forms of speech-language pathology therapy as a response to new forms of pharmacotherapy in Alzheimer's disease	39
<i>Joanna Zawadka</i> : Graphetics in the service of speech therapy	53
<i>Anita Lorenc</i> : The place of articulation of the Polish lateral. A study using electromagnetic articulography	63
<i>Beata Ciecierska-Zajdel</i> : Sounds [ś, ź, ć, ż] as realised by students of the University of Warsaw. A sociolinguistic approach	74
<i>Katarzyna Ita Bieńkowska, Natalia Siudzińska, Marzena Stępień</i> : The application of a semantic and lexical field network in a therapeutic programme serving the purpose of language formation. Proposition	84
<i>Katarzyna Ita Bieńkowska</i> : Adaptation of the Integrated Scale of Development (ISD) to the needs of the Polish language	96

REVIEWS

<i>Iwona Sołtys</i> : Izabela Więcek-Poborczyk, <i>Normy wymawianiowe polszczyzny a wariantywność wymowy</i> (Pronunciation standards of Polish versus pronunciation variation), Warszawa 2014	106
<i>Małgorzata Kapusta</i> : Halina Pelcowa, <i>Słownik gwar Lubelszczyzny</i> (Dictionary of Lublin region dialects), Vol. IV: <i>Sad i ogród warzywny. Budownictwo i przestrzeń podwórza</i> (Orchard and vegetable garden. Construction and space of the yard), Lublin 2016	109

WORDS AND EXPRESSIONS

<i>S.D.</i> : <i>Anastazje, dyzmowie</i> and <i>misiewicz</i> , or about eponyms	112
--	-----

Olga Jauer-Niworowska

(Uniwersytet Warszawski),

Danuta Emiluta-Roży

(Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej, Warszawa)

PODSTAWY TEORETYCZNE DIAGNOZY I TERAPII LOGOPEDYCZNEJ PACJENTÓW Z USZKODZENIAMI / DYSFUNKCJAMI UKŁADU POZAPIRAMIDOWEGO

W artykule sygnalizujemy złożoność patomechanizmów zachowań mownych pacjentów z zaburzeniami układu pozapiramidowego, co stanowi punkt wyjścia diagnozowania i terapii logopedycznej tych osób. Opieramy się na analizie danych z publikacji fachowych, własnych badaniach i doświadczeniach klinicznych.

Mózg stanowi biologiczny substrat wszelkiej aktywności (w tym zachowań werbalnych oraz ich uwarunkowań ogólnopsychicznych i motorycznych). Układ pozapiramidowy to zespół jąder podkorowych odpowiedzialnych za sterowanie napięciem mięśniowym i regulację reakcji odruchowo-instynktownych oraz za zapoczątkowywanie celowej aktywności motorycznej. Współpracuje z układem piramidowym, mózdzkiem oraz strukturami układu obwodowego w kierowaniu motoryką werbalną. Uszkodzenia struktur podkorowych mózgu pierwotnie kojarzone były w logopedii głównie z wystąpieniem dyzartrii. Objawy dyzartrii wiążą się z dysregulacją pracy odpowiednich zespołów mięśni uczestniczących w wykonaniu czynności mownych. Dyzartrie stanowią zatem kompleks dysfunkcji oddechowo-fonacyjno-realizacyjnych oraz (wtórnie) prozodycznych. Zaburzenia prozodii uwidaczniają się w nieprawidłowej intonacji, akcentowaniu i iloczacie poszczególnych segmentów wypowiedzianych wyrazów, co wpływa na tempo wypowiedzi w postaci jego spowolnienia, przyspieszenia lub zmian w tym zakresie niezależnych od intencji nadawcy. Dyzartrie mogą mieć charakter wrodzony lub nabyty. Wśród chorób i zaburzeń powodujących dyzartrie w logopedycznym piśmiennictwie fachowym wymienia się zarówno wrodzone zaburzenia układu nerwowego, jak i stany po nabytych chorobach i/lub uszkodzeniach układu nerwowego (zaburzenia krążenia mózgowego, choroby mózgu i rdzenia kręgowego, uszkodzenia i choroby mózdzku, uszkodzenia i choroby obwodowego neuronu ruchowego, urazy mózgu). Obraz zaburzeń dyzartrycznych zmienia się zależnie od lokalizacji uszkodzeń neuronalnych. Uszkodzenie układu pozapiramidowego powoduje nieprawidłowości dotyczące napięcia mięśni aparatu mowy – patologiczne wzmożenie

napięcia mięśni typu plastycznego i ograniczenie ich ruchomości (tzw. hipokineza) lub ruchy mimowolne (tzw. hiperkinezy / dyskinezy) nakładające się niezależnie od woli pacjenta na celowo wykonywane ruchy mowne. Wśród ruchów mimowolnych występujących u osób z dyzartriami wymienia się między innymi płasawice, dystonie, drżenia, mioklonie [Duffy 2005].

Objawy te znacząco zaburzają możliwość adekwatnej komunikacyjnej (umożliwiającej odbiorcy identyfikację fonologiczną) realizacji ciągów fonicznych. Mowę osób z hiperkinezami cechuje znaczny stopień zmienności realizacyjnej. Odnotowuje się: zmiany rytmu oddechowego, skrócenie fraz i niekontrolowane pauzy wynikające z dyskoordynacji oddechowo-fonacyjnej. Zaburzenia fonacji objawiają się niekontrolowanymi zmianami barwy, wysokości i natężenia głosu oraz rzutują na możliwość poprawnej realizacji cechy dźwięczności. Mimowolne ruchy artykulatorów w obrębie podniebienia miękkiego powodują zmienne w nasileniu nosowanie otwarte, hiperkinezy języka i warg zaś skutkują zaburzeniami w realizacji i utrzymaniu układów artykulacyjnych.¹ W wypadku dyzartrii hipokinetycznej obserwuje się redukcję ruchomości mięśni aparatu mowy i ich sztywność powodujące znaczne trudności w inicjowaniu emisji głosu (zaniki, chrypka, monotonia intonacyjna), ograniczenie ruchomości artykulatorów (maskowatość twarzy, redukcja zakresu ruchów artykulatorów pogłębiająca niedokładności w realizacji głosek i zmniejszenie wyrazistości mowy).

Na obraz zaburzeń realizacyjnych i rokowanie dotyczące przyszłego stanu mowy wpływa także progresywny lub nieprogresywny przebieg choroby powodującej dyzartrię. W wypadku zaburzeń postępujących istotne jest oddziaływanie wspierające chorego. Umożliwia ono redukcję objawów spowodowanych reaktywną depresją lub frustracją w wyniku narastania dolegliwości chorobowych. Obecność objawów emocjonalnych nie wyklucza organicznego tła zaburzeń. Na stan mowy istotny wpływ ma również wrodzony lub nabyty charakter zaburzeń mowy. Wrodzone zaburzenia wymagają zwykle współoddziaływań usprawniających motorykę i kształtujących system językowy. W wypadku zaburzeń nabytych zakres terapii zależy od obrazu objawów współwystępujących z dyzartrią.

W naszej pracy logopedycznej przyjmujemy podejście komunikacyjno-procesualne [Porayski-Pomsta 2015]. Prezentując neuropsychologiczne uwarunkowania funkcji komunikacyjno-werbalnych, inspirowujemy się teorią mikrogenetyczną [Pachalska i współprac. 2012]. Opisując uwarunkowania zachowań językowo-komunikacyjnych, podkreślamy współoddziaływanie emocji, procesów poznawczych i funkcji ruchowych.

¹ Zmienność realizacyjna może powodować błędną diagnozę zaburzeń kinestezji. W dyzartrii zmienność zmniejsza się przy kolejnych powtórzeniach lub spowolnieniu mowy.

Zgodnie z przyjętym podejściem zachowania mowne ujmujemy jako intencjonalną aktywność. Celem tych zachowań w sytuacji komunikacyjnej jest uzyskanie porozumienia między rozmówcami. Kontakt werbalny jest podstawą realizacji potrzeb bliskości społecznej, umożliwia rozwój emocjonalny i poznawczy przez wymianę informacji, myśli i uczuć z innymi. Daje też możliwość wpływu na otoczenie, kształtując poczucie sprawstwa i tożsamości jednostki. Mowa jest narzędziem ekspresji poglądów i potrzeb mówcy oraz wspiera procesy poznawcze (np. poprzez pełniejsze uświadomienie uczuć w procesie werbalizacji).² Kontakt werbalny opiera się na wielorakim doświadczeniu rozmówców, ich kompetencji językowej i komunikacyjnej. Na przebieg interakcji werbalnej wpływają emocje mówców, a także ich sprawność poznawcza. Emocje są siłą motywującą i ukierunkowującą wszelkie (także mowne) zachowania. Rzutuują też na przebieg procesów poznawczych. Wśród sprawności poznawczych istotnych dla procesu interakcji werbalnych wymienić można: zdolność do sterowania procesami uwagi (poziomem koncentracji, przerzutnością i podzielnością), percepcję, pamięć i myślenie. Szczególnie istotna jest w tym kontekście percepcja słuchowa i wzrokowa (np. dotycząca wyrazu twarzy w powiązaniu z tonem głosu i treścią wypowiedzi).³ Pamięć rozumiana jako zdolność zakodowywania, przechowywania i odtwarzania informacji współdziała w procesie wymiany komunikacyjnej z percepcją i myśleniem, ujmowanym jako umiejętność tworzenia nowych powiązań między już posiadanymi informacjami oraz zdolność ich przekształcania stosownie do wymogów sytuacyjno-kontekstowych. Pamięć kształtuje interakcję słowną w wielu wymiarach. Krótkoterminowa pamięć słuchowo-werbalna umożliwia przechowanie i myślowe przetworzenie zarejestrowanego ciągu fonicznego, pamięć leksykalno-semantyczna stanowi podstawę skojarzeń między brzmieniem a znaczeniem słów, pamięć kinetyczna jest istotna w procesie aktualizacji wzorców ruchowych mowy, pamięć odczuć somatycznych zapewnia regulację kinestezji artykulacyjnej, pamięć emocji i uczuć decyduje o spersonalizowanym kształcie komunikatu. Znaczący jest także udział procesów kontrolno-programujących – wykonawczych.⁴ Zapewniają one planowanie zachowań komunikacyjnych, ich kontrolę i korektę.

² Szersze informacje na temat zależności między funkcjami poznawczymi a mową można znaleźć w publikacji O. Jauer-Niworowskiej *Zaburzenia mowy u osób z chorobą Parkinsona – nie tylko dyzartria. Złożoność uwarunkowań trudności w komunikacji werbalnej*, Warszawa 2016.

³ Analiza stanu percepcji słuchowej jest też ważna u osób z mózgowym porażeniem dziecięcym, gdyż w tym zespole aż 25% dzieci prezentuje objawy niedosłuchu ośrodkowego [Michałowicz 1993].

⁴ Odsyłamy czytelnika do: O. Jauer-Niworowska, *Interdyscyplinarna analiza procesów tworzenia i realizacji wypowiedzi w modelu strukturalno-funkcjonalnym*, „Poradnik Językowy” 2015, z. 5, s. 52–66.

Badania neuropsychologiczne nad wpływem stresorów na mózg dowodzą, iż przedłużający się stres wpływa nie tylko na układ autonomiczny, lecz powoduje także organiczne zmiany w ośrodkowym układzie nerwowym (obumieranie neuronów uczestniczących w procesach pamięci), a także zmienia strukturę genomu [Gidron i współprac. 2006]. Struktury wzgórza oraz jądra podstawy mózgu uczestniczą zarówno w regulacji zachowań motorycznych, jak i emocji [Pachalska i współprac. 2014], co uzasadnia obecność powiązań między motoryką a percepcją (udział motoryki gałek ocznych w percepcji wzrokowej) i emocjami.

Istnienie powyższych zależności potwierdzają także doświadczenia kliniczne autorek publikacji oraz wyniki badań logopedyczno-psychologicznych [Jauer-Niworowska 2016] wskazujące na wyraźne zmiany w nasileniu objawów zaburzeń hipokinetyczno-hiperkinetycznych u osób z dysfunkcjami / uszkodzeniami pozapiramidowymi pod wpływem czynników emocjonalnych (narastanie objawów w stresie i redukcja w stanach emocjonalnego odprężenia). Wpływ stresu na sposób realizacji wypowiedzi należy uwzględnić w badaniach logopedycznych, dbając o komfort emocjonalny badanych i dokonując (w miarę możliwości) obserwacji zachowań mownych także poza gabinetem.

W sterowaniu czynnościami mownymi uczestniczą zarówno struktury korowe mózgowia (tradycyjnie kojarzone z regulacją funkcji językowych), jak i podkorowe, warunkujące realizacyjny aspekt czynności werbalnych oraz wpływające pośrednio na aktywność struktur korowych i w końcowym efekcie na całokształt zachowań komunikacyjno-mownych. Neurobiologicznym podłożem powiązań między obszarami korowymi i strukturami układu pozapiramidowego są pętle neuronalne łączące jądra podstawy mózgu i korę czołową. Pętla motoryczna stanowi podłoże realizacji ruchów mownych. Pętla przedczołowa: grzbietowo-boczna oraz przedniej części zakrętu obręczy odpowiadają za inicjowanie działań i funkcje wykonawcze. Pętla oczodołowo-czołowa kieruje regulacją procesów emocjonalno-motywacyjnych stanowiących warunek zainicjowania kontaktu werbalnego [Bonelli, Cummings 2007; Heimer i współprac. 2008].⁵

Powyższe powiązania tłumaczą możliwość wystąpienia u pacjentów z uszkodzeniami jąder podstawy mózgu nie tylko dyzartrii, lecz także zaburzeń emocjonalnych i/lub poznawczych wynikających z wtórnej dysfunkcji płatów czołowych. W diagnozie i terapii logopedycznej tych osób wydaje się zatem istotne określenie zarówno poziomu funkcjonowania poznawczego, jak i wpływu ewentualnych zaburzeń poznawczych (niepełnosprawności intelektualnej lub otępienia) na funkcjonowanie językowo-komunikacyjne.

⁵ Kontekst logopedyczny ww. uwarunkowań opisano w publikacji O. Jauer-Niworowskiej [2016], w której zagadnienia te poruszane są w odniesieniu do osób cierpiących na chorobę Parkinsona.

Dysfunkcje płatów czołowych mózgowia mogą powodować: ograniczenie motywacji do mówienia, brak inicjatywy i spontaniczności, trudności w aktualizacji leksykalnej, szczególnie zaburzenia fluencji fonologicznej [Szepietowska, Gawda 2011], trudności w formułowaniu dłuższych, poprawnych gramatycznie wypowiedzi, zmniejszenie rozumienia tekstów gramatycznie złożonych. Obserwuje się zaburzenia rozumienia treści abstrakcyjnych oraz trudności z szybkim przetworzeniem treści komunikatów. Szczególne znaczenie przy dysfunkcji płatów czołowych mają zaburzenia uwagi mogące powodować rozbieżność między poziomem trudności zadań językowych a sposobem ich wykonania (poprawne wykonywanie zadań trudniejszych i nieprawidłowości w zadaniach łatwiejszych mimo starań o poprawne wykonanie). Zaburzenia obszarów podstawno-przyśrodkowych płatów czołowych, spowodowane nieprawidłowościami w obrębie jąder podstawy mózgu, mogą dawać objawy zaburzeń językowych i pragmatycznych wynikające z rozhamowania emocjonalnego – niedostosowanie form wypowiedzi do wymogów kontekstowych (np. wulgaryzmy, nieadekwatne żarty, nadmierne skracanie dystansu między rozmówcami), trudności z zakończeniem rozpoczętej wypowiedzi. Obserwuje się trudności w inicjowaniu przekazu, jego lakoniczność, stereotypie werbalne, powtórzenia. Wystąpić mogą: obojętność wobec popełnianych błędów oraz zachowania werbalne wynikające z labilności emocjonalnej lub lęku – brak samodzielności w reakcjach werbalnych, prośby o pomoc w wykonaniu zadań językowych oraz pytania o poprawne ich wykonanie [Seniów, Polanowska 2003; Panasiuk 2015; Jauer-Niworowska 2016].

Zarówno niepełnosprawność intelektualna, jak i zaburzenia otępienne oznaczają znaczne zmniejszenie możliwości poznawczych i społecznych, ograniczając opanowanie języka lub obniżając przedchorobowe kompetencje językowe i komunikacyjne [m.in. Tarkowski 1999; Olszewski 2008]. Skutkiem niepełnosprawności intelektualnej jest ubóstwo treści i formy wypowiedzi – używanie utrwalonych struktur gramatycznych, stereotypowych zwrotów mogących maskować deficyty w zakresie morfologii i składni. Istotna jest zatem ocena poziomu rozumienia i użycia form gramatycznych w szczegółowym badaniu logopedycznym. Podstawową próbą w tym badaniu jest ocena wypowiedzi narracyjnej, uzyskanej w zależności od poziomu rozwojowego badanych z wykorzystaniem zestawu zabawek, obrazków sytuacyjnych lub zestawu ilustracji. Podobne rodzaje prób stosuje się w badaniu dzieci i osób dorosłych, dostosowując treść i wygląd pomocy do wieku pacjenta – kolorowe lub konturowe ilustracje o treści nawiązującej do poziomu osób badanych. Ocenie szczegółowej podlega treść i forma gramatyczna tworzonego tekstu. W badaniu osób z dyzartrią istotna jest szczegółowa ocena sprawności motorycznej aparatu mowy, stanowiąca podstawę opracowania terapii usprawniającej lub kompensującej zaburzenia. Specjalistycznym narzędziem przeznaczonym do takiego badania jest Profil Dyzartrii Robertson, służący do

badań osób dorosłych, lub Skala Dyzartrii Wersja dla Dzieci [Mirecka, Gustaw 2006]. W ocenie motoryki aparatu mowy osób dorosłych można zastosować w całości lub części materiał językowy z publikacji dotyczącej diagnozy i terapii logopedycznej osób z dyzartrią nabytą [Jauer-Niworowska 2009].

Jak wskazuje nasze doświadczenie kliniczne, na poziom i sposób formułowania przekazu przez osoby z upośledzonym funkcjonowaniem umysłowym wpływają chwilowe zmiany w poziomie dyspozycji psychofizycznej (stres związany z sytuacją badania, zmęczenie mięśniowe). Uwidacznia się też znaczenie uwarunkowań sytuacyjno-środowiskowych (celowych wzmocnień oraz wskazówek pozawerbalnych lub parajęzykowych poprawiających poziom rozumienia komunikatów werbalnych i podtrzymujących motywację do udziału w interakcji).⁶ Deficyty językowo-komunikacyjne rosną wprawdzie wraz z pogłębianiem się zaburzeń poznawczych [m.in. Tarkowski 1999; Olszewski 2008], jednak sam poziom intelektualny nie określa jednoznacznie stopnia adekwatności kontekstowej i poprawności językowej przekazów słownych.

Dysfunkcje płatów czołowych nie zawsze skutkują nasiloną niepełnosprawnością intelektualną. Możliwe jest wystąpienie łagodnych deficytów, których wpływ uwidacznia się głównie w sytuacjach wymagających elastyczności i niestandardowych zachowań.

Wobec możliwego znacznego zróżnicowania typów objawów i ich nasilenia istotne jest przeprowadzenie wnikliwej diagnostyki stanu mowy na podstawie stałego porównywania spontanicznych zachowań werbalnych z wynikami ustrukturuowanych badań. Obserwacje zachowań mownych należy prowadzić w czasie co najmniej kilku spotkań, w różnych sytuacjach [Emiluta-Rozya 2013].

W terapii logopedycznej osób z zaburzeniami układu pozapiramidowego ważne są ćwiczenia sprawności motorycznej aparatu mowy indywidualnie dobrane do typu dyzartrii (hiperkinetyczna *versus* hipokinetyczna) i poziomu sprawności chorego. Istotna jest też praca z tekstem, służąca podtrzymaniu lub poprawie umiejętności konstruowania narracji. W wypadku schorzeń postępujących przechodzi się od terapii motoryki mownej do użycia metod alternatywnych i wspomagających komunikację.

W diagnozie i terapii ważna jest współpraca logopedy z psychologiem i neuropsychologiem, lekarzami i rehabilitantami, aby zapewnić kompleksową opiekę i zoptymalizować formy pomocy pacjentom.

⁶ Na wzajemne warunkowanie się czynników emocjonalnych i poznawczych u osób z upośledzeniem umysłowym zwracał uwagę J. Rola [1996], podkreślając, iż niepełnosprawność intelektualna może przyczynić się do wystąpienia depresji wynikającej z dostrzeżenia przez dziecko własnych trudności poznawczych na tle grupy rówieśniczej.

Bibliografia

- R.M. Bonelli, J.L. Cummings, 2007, *Frontal subcortical circuitry and behaviour*, „Dialogues in Clinical Neuroscience” 9 (2), s. 141–151.
- J.R. Duffy, 2005, *Motor Speech Disorders, Substrates, Differential Diagnosis and Management*, St. Louis.
- D. Emiluta-Roza, 2013, *Całościowe badanie logopedyczne*, Warszawa.
- Y. Gidron, K. Russ, H. Tissarchandou, J. Warner, 2006, *The Relations between Psychological Factors and DNA Damage. A critical review*, „Biological Psychology” 72, 3, s. 291–304.
- L. Heimer, G.W. Van Hoesen, M. Trimble, D.S. Zahm, 2008, *Anatomy of Neuropsychiatry the New Anatomy of the Basal Forebrain and its Implications for Neuropsychiatric Illnesses*, wyd. pol. 2011, *Anatomiczne podstawy zaburzeń neuropsychiatrycznych*, red. nauk. J. Moryś, Wrocław.
- O. Jauer-Niworowska, 2009, *Dyzartria nabyta. Diagnoza logopedyczna i terapia osób dorosłych*, Warszawa.
- O. Jauer-Niworowska, 2015, *Interdyscyplinarna analiza procesów tworzenia i realizacji wypowiedzi w modelu strukturalno-funkcjonalnym*, „Poradnik Językowy” z. 5, s. 52–66.
- O. Jauer-Niworowska, 2016, *Zaburzenia mowy u osób z chorobą Parkinsona – nie tylko dyzartria. Złożoność uwarunkowań trudności w komunikacji werbalnej*, Warszawa, s. 472.
- R. Michałowicz, 1993, *Mózgowe porażenie dziecięce*, Warszawa.
- U. Mirecka, K. Gustaw, 2006, *Skala dyzartrii. Wersja dla dzieci*, Wrocław.
- H. Olszewski, 2008, *Otępienie czołowo-skroniowe. Ujęcie neuropsychologiczne*, Kraków.
- J. Panasiuk, 2015, *Postępowanie logopedyczne w przypadku zespołu psychoorganicznego czołowego* [w:] S. Grabias, J. Panasiuk, T. Woźniak (red.), *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego*, Lublin, s. 1025–1058.
- M. Pachalska, B.D. MacQueen, J.W. Brown, 2012, *Microgenetic theory: Brain and mind in time* [w:] R.W. Rieber (red.), *Encyclopedia of the history of psychological theories*, t. XXVI, Frankfurt, s. 675–708.
- M. Pachalska, B.L.J. Kaczmarek, J.D. Kropotov, 2014, *System emocjonalny: modelowanie stosunku do siebie i świata* [w:] *Neuropsychologia kliniczna od teorii do praktyki*, Warszawa, s. 262–301.
- J. Porayski-Pomsta, 2015, *O rozwoju mowy dziecka. Dwa studia*, Warszawa.
- J. Rola, 1996, *Upośledzenie umysłowe jako czynnik ryzyka dla depresji dziecięcej*, Warszawa.
- B. Sadowski, E. Szela, 2005, *Rola mózgu w procesach nadawania i odbioru mowy* [w:] T. Gałkowski, E. Szela, G. Jastrzębowska (red.), *Podstawy neurologopedii*, Opole, s. 43–153.
- J. Seniów, K. Polanowska, 2003, *Neuropsychologiczna rehabilitacja pacjentów z zaburzeniami poznawczymi wynikającymi z pourazowej patologii mózgu* [w:] A. Herzyk, B. Daniluk, M. Pachalska, B.D. MacQueen (red.), *Neuropsychologiczne konsekwencje urazów głowy. Jakość życia pacjentów*, Lublin, s. 137–148.
- E.M. Szepietowska, B. Gawda, 2011, *Ścieżkami fluencji werbalnej*, Lublin.
- Z. Tarkowski, 1999, *Zaburzenia mowy u dzieci upośledzonych umysłowo* [w:] T. Gałkowski, G. Jastrzębowska (red.), *Logopedia. Pytania i odpowiedzi*, Opole, s. 489–495.

***Theoretical bases of diagnosis and therapy of speech disorders
in persons with extrapyramidal system damage/dysfunctions***

Summary

This paper describes the theoretical bases of diagnosis and therapy of speech disorders in persons with extrapyramidal system disorders. It demonstrates the influence of the disorders on linguistic and communication behaviours of patients. The complexity of motor, emotional and cognitive considerations forming their speech are also described here.

Trans. Monika Czarnecka

Marlena Kurowska
(Uniwersytet Warszawski)

OPÓŹNIENIA W ROZWOJU MOWY A AFAZJA ROZWOJOWA W PRAKTYCE LOGOPEDYCZNEJ

WPROWADZENIE

Rozwój mowy i języka dziecka ma charakter indywidualny i zależy od wielu czynników. Przede wszystkim od procesu dojrzewania układu nerwowego uwarunkowanego genetycznie, rozwoju psychomotorycznego oraz środowiska wychowawczego dziecka. Charakter tego rozwoju jest stadialny i każdy wyróżniony etap odpowiada określonemu poziomowi rozwoju dziecka. Najczęściej w procesie rozwoju mowy dziecka wyróżnia się cztery podstawowe etapy [Porayski-Pomsta 2015].

Pierwszym z nich jest stadium przedjęzykowe, które trwa od narodzin dziecka do około 9.–12. m.ż. Na początku tego okresu można wyróżnić krzyk, płacz dziecka, które stopniowo przekształcają się w apele-sygnały. Następnie, bardziej dojrzałymi formami są głuźnienie i gaworzenie. Rozwijają się naśladownictwo intonacji, a później – wielokrotne powtarzanie sylab otwartych. Dziecko odtwarza dźwięki produkowane przez siebie oraz docierające do niego z otoczenia. Kolejne stadium rozpoczyna już rozwój komunikacji językowej i przypada na okres od 9.–12. m.ż. do 36. m.ż., czyli na wiek przedprzedszkolny. Początkowo kształtuje się wypowiedź jednowyrazowa. W tym czasie wzbogaca się zasób słownika dziecka, stabilizuje forma wyrazu i jej związek ze znaczeniem, a w konsekwencji dziecko opanowuje podstawy systemu językowego: fonologicznego, morfologicznego i składniowego. Od 37. m.ż. do 6.–7. r.ż. trwa stadium komunikacji przedszkolnej. Rozwijają się w nim umiejętności konwersacji i form narracyjnych tworzonych już samodzielnie przez dziecko. Kończy się kształtowanie systemu fonologiczno-artykulacyjnego. Następny etap przypada na okres wczesnoszkolny – od 6.–7. r.ż. do 10.–12. r.ż. Powstają w nim wzorce rozwiniętej konwersacji, które wykraczają poza ramy konkretnej, aktualnej sytuacji mówienia. Dziecko opanowuje także język pisany [Porayski-Pomsta 2015].

Dla ukształtowania umiejętności swobodnego i dowolnego posługiwania się językiem ojczystym w dojrzałej formie konieczne jest przejście przez wszystkie stadia rozwojowe, przy czym wcześniejsze stadium rozwojowe stanowi podstawę stadium późniejszego [Porayski-Pomsta 2015].

Taki przebieg rozwoju mowy i języka można uznać za prawidłowy. Jednak u niektórych dzieci opanowywanie umiejętności werbalnego porozumiewania się może trwać dłużej – przesuwac się w czasie, tzn. opóźniać się w stosunku do ustalonej normy. Przyjmuje się przy tym, że półroczne różnice mieszczą się jeszcze w zakresie normy, ale tolerancja ta nie dotyczy gaworzenia [Zaleski 2002; Emiluta-Rozya 2007]. W innych wypadkach może się zdarzyć, że dziecko nie osiąga w ogóle danych etapów rozwoju. Zatem rozwój mowy i języka każdego dziecka można ocenić – w sposób ogólny – jako normatywny, opóźniony lub zaburzony. Określenie *opóźniony* lub *zaburzony rozwój mowy* nie jest rozpoznaniem diagnostycznym, a jedynie określeniem poziomu opanowania komunikacji werbalnej [Emiluta-Rozya 2007]. Jednak do sformułowania tego ustalenia konieczna jest dobra znajomość normatywnych zachowań językowych dziecka charakterystycznych dla każdego etapu rozwoju.

OPÓŹNIENIA W ROZWOJU MOWY A AFAZJA ROZWOJOWA – TERMINOLOGIA

Termin *opóźniony rozwój mowy* interpretuję zgodnie z definicją sformułowaną przez D. Emilutę-Rozya. W stanie tym dziecko w danym wieku nie posługuje się mową w stopniu uznanym za prawidłowy dla tego wieku, ale nie rejestruje się głębokich nieprawidłowości, tzn. język rozwija się „bez znamion patologii” [Emiluta-Rozya 2007]. Najczęściej w ogólnym stanie *opóźnionego rozwoju mowy* polscy badacze wyróżniają dwie formy diagnostyczne. Pierwszą jest *proste opóźnienie rozwoju mowy* (*alalia prolongata*) [Pruszewicz 1992; Zaleski 2002; Emiluta-Rozya 2007], inaczej *samoistne – wycinkowe – opóźnienie rozwoju mowy* [Jastrzębowska, Pelc-Pękala 1999]. Drugą jest *opóźnienie rozwoju mowy*, które – jak się wydaje – można utożsamiać z *zespołem opóźnionego rozwoju mowy czynnej* [Jastrzębowska, Pelc-Pękala 1999; Zaleski 2002; Emiluta-Rozya 2007]. Za cechę wspólną, charakterystyczną dla późniejszego, przesuniętego w czasie rozwoju mowy, uważa się ustąpienie ograniczeń spostrzeganych we wczesnych etapach rozwoju mowy.

W *prostym opóźnieniu mowy* zdolność mówienia kształtuje się z zachowaniem kolejności wszystkich etapów, tyle tylko, że są one przesunięte w czasie. Niejednokrotnie trudno wskazać tego przyczynę. Najczęściej jest to wynik indywidualnego tempa rozwoju dziecka. Może wynikać również z rodzinnych uwarunkowań w postaci późniejszego opanowywania mowy. Rozumienie mowy u tych dzieci jest na poziomie wieku życia. Rozkwit mowy następuje niejednokrotnie w bardzo dynamiczny i spektakularny sposób. Są to tzw. dzieci *late bloomers* i zwykle po 3. roku życia obserwujemy u nich szybkie wyrównanie się opóźnienia. Kolejne okresy rozwoju mowy pojawiają się w krótkim czasie [Smoczyńska 2012]. Rozwój artykulacji przebiega z opóźnieniem, ale – co należy podkreślić – według

prawideł rozwojowych, czyli rejestruje się przede wszystkim występowanie dźwięków właściwych dla wieku młodszego. Realizację fonemów są stałe [Emiluta-Roży 2007]. Z kolei jako przyczynę *opóźnienia rozwoju mowy, zespołu opóźnienia mowy czynnej* wskazuje się opóźnienie procesu mielinizacji włókien nerwowych, które w konsekwencji prowadzi do zaburzeń sekwencji programowania ruchów artykulacyjnych [Zaleski 2002; Emiluta-Roży 2007]. Charakterystyczne objawy ujawniające się w wypadku opóźnienia to: brak umiejętności wypowiadania się przez dziecko nawet do ukończenia 2 lat, przy jednoczesnym prawidłowym słuchu fizycznym i rozwoju umysłowym. Najczęściej dzieci prawidłowo wykonują polecenia słowne. Niekiedy potrafią wymawiać różne głoski w izolacji, natomiast wyraźna jest trudność łączenia ich w sylaby i wyrazy. Niekiedy pierwsze słowa pojawiają się dopiero ok. 3. r.ż., a zdania ok. 4. r.ż. Pomimo tak znacznego początkowo opóźnienia, ok. 5.–6. r.ż. można obserwować u tych dzieci stopniowe wyrównywanie tych trudności. Jednak ze względu na szerszy zakres objawów rozwój kompetencji językowej nie przebiega bardzo dynamicznie, choć podlega ciągłemu wyraźnemu postępowi. Trudności utrzymują się do okresu szkolnego, a nawet dłużej i często stają się przyczyną kolejnych nieprawidłowości – w nabywaniu umiejętności czytania i pisania [Zaleski 2002; Jastrzębowska, Pelc-Pękała 1999; Emiluta-Roży 2007].

W rozumieniu stanu *zaburzonego rozwoju mowy* przyjmuje również stanowisko D. Emiluty-Roży. Jest to stan, w którym komunikacja językowa dziecka rozwija się ze znacznym odchyleniem od przyjętych norm dla danego wieku. Należy podkreślić, że nieprawidłowości ujawniają się zarówno w zakresie mówienia, jak i rozumienia, i mogą być wyrażone z różnym nasileniem. W wypowiedziach dziecka można zarejestrować zakłócenia w morfemach o różnym poziomie złożoności. Mają one charakter systemowy i niesystemowy. W trakcie systematycznie prowadzonego usprawniania obserwuje się postęp w rozwoju werbalnego porozumiewania się, ale następuje on wolniej niż w stanach *opóźnionego rozwoju mowy i języka*. Niejednokrotnie w wypadku *zaburzonego rozwoju mowy i języka* nieprawidłowe objawy są na tyle liczne i poważne, że nie ma możliwości wyrównania ich w przyszłości. W zachowaniach komunikacyjnych dziecka rejestrujemy nieadekwatne reakcje słowne i bezsłowne. Wypowiedzi dziecka są mało komunikatywne, niespójne, a przez to często niezrozumiałe dla rozmówcy [Emiluta-Roży 2007].

Afazja rozwojowa jest jedną z form *zaburzonego rozwoju mowy*. Jest to nazwa oznaczająca specyficzne zaburzenie rozwoju mowy w wyniku wrodzonej, okołoporodowej lub występującej w pierwszych miesiącach życia patologii mózgowej. Mowa dziecka nigdy nie rozwija się normalnie, niemożliwe jest prawidłowe opanowanie języka i mowy, wyraźna jest dysproporcja rozwoju w stosunku do rówieśników w zakresie rozumienia i umiejętności wypowiadania się [Herzyk 1992]. Od razu należy zauważyć, że nazwa ta nie jest w pełni logiczna. Otóż w wypadku *afazji* mówimy

o utracie umiejętności werbalnego porozumiewania się w wyniku wystąpienia uszkodzenia mózgu u osób, które do tego momentu w sposób prawidłowy i całkowicie swobodny posługiwały się językiem ojczystym w mowie i piśmie. Tymczasem termin *afazja rozwojowa* dotyczy bardzo małych dzieci, u których dochodzi do uszkodzenia i/lub dysfunkcji OUN w bardzo wczesnym okresie ich życia, które nigdy wcześniej nie opanowały języka macierzystego [Herzyk 1992; Emiluta-Rozya 2008]. W *afazji* osób dorosłych dochodzi do dezintegracji języka. U dzieci podstawowy mechanizm zaburzenia polega na trudności w kształtowaniu się i utrwalaniu wzorców brzmieniowo-artykulacyjnych (słuchowo-kinestetyczno-kinetycznych) dźwięków języka polskiego i w konsekwencji prowadzi do trudności w naturalnym i spontanicznym przyswajaniu języka. Aby zasymalizować różnicę w czasie ujawniania się patomechanizmu i wywołanych nim konsekwencji, w opisie zaburzenia u dzieci do terminu *afazja* dodajemy właśnie określenie *rozwojowa*. W ten sposób z jednej strony podkreślamy stopień nieopanowania, nieukształtowania języka, z drugiej akcentujemy okres powstania tej nieprawidłowości – w trakcie rozwoju dziecka, w czasie przyswajania przez nie mowy i języka. W literaturze przedmiotu funkcjonują również inne synonimiczne nazwy tej jednostki. Ich użycie jest bardziej adekwatne i prawidłowe, ponieważ nie stosuje się w nich jako głównego, czy też samodzielnego, określenia *afazja*. Terminy te pochodzą z klasyfikacji logopedycznych lub medycznych. Są to: *alalia*, *niedokształcenie mowy o typie afazji* [Kordyl 1968; Parol 1989; Panasiuk 2008], *niedokształcenie mowy pochodzenia korowego* [Emiluta-Rozya 2008], *specyficzne zaburzenia rozwoju mowy i języka* – F 80.1, F 80.2 [ICD-10], *Specific Language Impairment-SLI* [Leonard 2006]. W dalszej części artykułu odwołuję się jednak do terminu *afazja rozwojowa*, choć uznaję jego wewnętrzną sprzeczność i postępuję tak jedynie ze względu na przyjęte obecnie w Polsce rozwiązanie administracyjno-prawne. Na jego podstawie dzieciom z nieprawidłowościami w komunikacji werbalnej tylko z rozpoznaniem *afazji* – tu użytej jako nazwa zaburzeń rozwojowych i nabytych – przysługuje specjalistyczna pomoc i specjalne dostosowania w procesie rozwoju i kształcenia, w postaci m.in. dodatkowych zajęć logopedycznych, pedagogicznych, psychologicznych [Rozporządzenie MEN z dnia 24 lipca 2015 r.].

Analiza przedstawionych definicji może przekonywać, że różnicowanie *prostego opóźnienia rozwoju mowy*, *opóźnienia rozwoju mowy* i *afazji dziecięcej rozwojowej* nie powinno być trudne. Do takiego wniosku może skłaniać istnienie odmiennych uwarunkowań tych jednostek, różnicy w zakresie liczby i jakości objawów, a także rokowania. W praktyce logopedycznej proces ten jednak jest złożony i wymaga czasu.

Rozpoznanie formy *prostego opóźnienia rozwoju mowy* jest dla logopedów łatwiejsze, gdyż stymulacja rozwoju dziecka w takich sytuacjach rzeczywiście prowadzi do stosunkowo szybkich pozytywnych zmian w rozwoju mowy. Wskazane jest jednak systematyczne prowadzenie

zająć i przekazanie rodzicom dokładnych instrukcji, w jaki sposób powinni budować sytuacje komunikacyjne w codziennym życiu, w czasie zabaw z dzieckiem. Konieczne jest postrzeganie dziecka jako partnera w rozmowach i włączanie go do realizacji różnych zadań, a przez to budowanie jego samodzielności i sprawczości w działaniu. Ważne jest monitorowanie przez logopedę zachodzących zmian w poziomie komunikacji werbalnej [Emiluta-Rożyca 2007]. O wiele trudniejsze pozostaje zróżnicowanie *opóźnień rozwoju mowy i afazji rozwojowej*. Dlatego też w dalszej części artykułu będę opisywała przede wszystkim te dwie jednostki.

Istnienie bardzo wczesnego uszkodzenia i/lub dysfunkcji OUN predysponuje do wystąpienia *afazji rozwojowej*, ale w żadnym wypadku nie jest wystarczające. Aby stwierdzić ten rodzaj zaburzenia, konieczne jest przede wszystkim ujawnienie się charakterystycznych objawów językowych, wywołanych nieprawidłowym funkcjonowaniem u dziecka mechanizmów słuchowo-kinestetyczno-kinetycznych. Wówczas diagnoza *afazji rozwojowej* jest pewniejsza i przekonująca. Jednak bardzo często spotykamy się również z dziećmi, u których brak dostatecznych dowodów na istnienie widocznych zmian organicznych i/lub dysfunkcji OUN. Nie ujawniają się one nawet w przeprowadzonych obiektywnych badaniach medycznych, tj. CT i NMR. Jednocześnie u tych dzieci, wraz z rozwojem ich kompetencji językowej, stopniowo pojawia się charakterystyczny repertuar językowych objawów zaburzenia afatycznego, m.in. trudności w rozumieniu nazw wielu pojęć, struktur gramatycznych i składniowych zbudowanych współrzędnie, podrzędnie, a w mowie czynnej: parafazje, perseweracje, trudności w aktualizowaniu, niestabilność struktury wyrazu, użycie nieprawidłowych form gramatycznych, zmienność realizacji dźwięków mowy. Niestwierdzenie w wynikach badań jednoznacznych uszkodzeń i/lub dysfunkcji wcale nie wyklucza ich istnienia. Najprawdopodobniej nie są one jeszcze możliwe do wykrycia, a ujawniają się właśnie poprzez niedostateczne i specyficzne funkcjonowanie językowe dziecka [Dąbska 1997; Kułakowska 2003]. Hipoteza ta jest zapewne pewniejsza u dzieci, u których powstaje coraz wyraźniejsza dysproporcja pomiędzy wiekiem życia a poziomem rozwoju ich werbalnej komunikacji.

Ważną informacją w kwestii różnicowania *opóźnień rozwoju mowy i afazji rozwojowej* są wyniki badań przeprowadzonych przez M. Smoczyńską. Nie potwierdziło się w nich przekonanie o silnej tendencji do wyrównywania tych opóźnień. Okazało się bowiem, że tylko niewielka część dzieci, u których stwierdzono w wieku 2 lat *opóźniony rozwój mowy*, rzeczywiście opanowała umiejętność posługiwania się mową i językiem na poziomie rówieśników w wieku 5–6 lat. Grupa ta stanowiła zaledwie 15–25%, natomiast w grupie aż 30–50% dzieci opóźnienie wciąż było widoczne i nie nastąpiło oczekiwane wyrównanie [Smoczyńska 2012].

Precyzyjne określenie stopnia rozwoju mowy u dziecka i sformułowanie diagnozy dokonuje się w toku badania logopedycznego. Proces ten wymaga poznania i wzajemnego powiązania uwarunkowań rozwoju ogólnego

i mowy dziecka z rejestrowanymi objawami, a przede wszystkim z dynamiką i tempem zachodzących w tym rozwoju zmian pod wpływem prowadzonych oddziaływań terapeutycznych [Jastrzębowska, Pelc-Pekala 1999; Emiluta-Roza 2007]. Jeżeli rozwój ten, pomimo prowadzonego usprawniania oraz sprzyjających warunków wychowawczych, nadal w znaczący sposób odbiega od normatywnego, a tym bardziej jeśli przejawia się zarówno w zakresie rozumienia, jak i wypowiedzania, to można sądzić, że mamy do czynienia z formą *zaburzonego rozwoju mowy i języka*, np. z *afazją rozwojową*. Do sprecyzowania i weryfikacji diagnozy konieczne jest jednak prowadzenie systematycznej terapii. W ten sposób można sprawdzić podatność dziecka na stymulację, jego potencjał co do rozwoju mowy oraz zarejestrować fakty, które ujawniają się w tym rozwoju [Emiluta-Roza 2002]. Wydaje się, że moment ukończenia przez dziecko 4.–5. r.ż. można uznać za wiek, w którym możliwe staje się wyróżnienie jednej z form: *opóźnienia rozwoju mowy* lub *afazji rozwojowej* [Kordyl 1968; Smoczyńska 2012].

W celu sprecyzowania tego rozstrzygnięcia konieczne jest zgromadzenie reprezentatywnego ilościowo i jakościowo materiału badawczego w toku logopedycznych badań kliniczno-eksperymentalnych o charakterze całościowym [Emiluta-Roza 2002]. Obejmują one: wywiad z rodzicami lub opiekunami dziecka, analizę badań specjalistycznych, obserwację zachowań komunikacyjnych oraz emocjonalno-społecznych dziecka w sytuacji zabawy i realizowania różnych zadań. Konieczne jest sprawdzenie umiejętności rozumienia i budowania wypowiedzi o różnym poziomie złożoności oraz podstaw opanowania języka, m.in. budowy i sprawności aparatu artykulacyjnego, funkcjonowania słuchu fonematycznego i kinestezji artykulacyjnej, pamięci słownej. Najczęściej stosowanymi autorskimi procedurami badawczymi są AFA – SKALA [Paluch, Drewniak-Wołosz, Mikoś 2003] lub Całościowe badanie logopedyczne [Emiluta-Roza 2013].

DIAGNOZA RÓŻNICOWA OPÓŹNIENIA ROZWOJU MOWY I AFAZJI ROZWOJOWEJ

Wywiad

W wywiadzie przeprowadzanym z rodzicami lub opiekunami dziecka szczególnie ważne są wszystkie informacje o czynnikach, które mogły zakłócić rozwój ogólny, w tym rozwój mowy dziecka. Niekiedy w rozmowach tych ujawnia się wiele podobieństw w rozwoju dzieci z obu grup. Są to m.in. choroby w pierwszym roku życia, późniejszy rozwój ruchowy, niezgrabność ruchowa, leworęczność lub brak wyraźnej lateralizacji rąk. W *opóźnieniu rozwoju mowy* nie rejestruje się obciążeń neurologicznych, ale w wielu wypadkach podejrzewamy opóźnienie mielinizacji. Często też potwierdza się uwarunkowanie rodzinne u tych dzieci do później-

szego opanowywania mowy i języka, szczególnie w linii męskiej [Dilling-Ostrowska 1990; Zaleski 2002].

W wywiadzie dotyczącym dziecka podejrzanego o zaburzenia afatyczne poszukuje się różnych faktów świadczących o uszkodzeniu i/lub dysfunkcji mózgu, ale niejednokrotnie pozostajemy jedynie na poziomie sformułowania hipotez o istnieniu takiego uwarunkowania. Najczęściej rozwój zachowań przedjęzykowych i pierwszych już językowych przebiega w obu grupach dzieci według bardzo podobnych schematów. Głuzenie i gaworzenie, a następnie pierwsze wyrazy, pojawiają się u dziecka w odpowiednim czasie. I w tym momencie najczęściej następuje zatrzymanie tego rozwoju. Zdarza się również, że rodzice zauważają u dzieci mniejsze nasilenie i jakościowe zróżnicowanie gaworzenia, znaczne opóźnienie pojawienia się pierwszych wyrazów oraz trudności w rozumieniu poleceń. Te objawy wpisują się bardziej w obraz *afazji rozwojowej*.

Zachowania społeczne dziecka

Zachowania dzieci z obu grup – z *opóźnieniem rozwoju mowy i afazją rozwojową* – w sytuacjach społecznych, tj. przywitanie się i pożegnanie z logopedą, poprzez przyjęcie postawy stojącej, spojrzenie na twarz, w oczy, podanie ręki, są dość podobne. Początkowo dzieci są nieśmiałe, unikają kontaktu wzrokowego twarzą w twarz, gdyż nie znają jeszcze dobrze osoby, z którą się spotykają. Wraz ze wzrostem ilości doświadczeń emocjonalnych i społecznych oraz wdrażaniem dziecka do przestrzegania pewnych zasad, zachowania te stają się dla dziecka naturalne i są sygnałem rozpoczęcia i zakończenia zajęć – zabawy. Dzieci z obu grup potrafią naśladować czynności logopedy, angażować się w proponowane zabawy.

Reakcja dziecka na komunikaty werbalne

Obserwacje reakcji dziecka na komunikaty słowne, tj. reakcja na własne imię, zachęcenie do zabawy poprzez zwroty: *zobacz, chodź*, nasuwają następujące wnioski. Koncentracja uwagi na komunikacie językowym dziecka z *opóźnieniem rozwoju mowy* bywa częściej całkowicie prawidłowa, adekwatna lub lekko osłabiona, tzn. logopeda lub rodzic dla uzyskania uwagi musi powtórzyć swoją wypowiedź. Z kolei reakcja dziecka z *afazją rozwojową* najczęściej jest osłabiona lub jej brakuje. Odnosimy wrażenie, że dziecko „nie słyszy, nie słucha”. Dopiero np. zatrzymanie go w działaniu, dotknięcie, powoduje zwrócenie uwagi na drugą osobę. Często też dziecko szybko traci zainteresowanie treścią komunikatu, który jest do niego kierowany. U dzieci z nieprawidłowym funkcjonowaniem słuchu fonematycznego, a więc z *afazją rozwojową*, w czasie trwania zajęć ujawnia się znaczna męczliwość w odbiorze informacji słuchowych. Dziecko reaguje na komunikaty werbalne wolniej, z coraz mniejszym zainteresowaniem i częściej mniej prawidłowo.

Poziom wykształcenia umiejętności rozumienia mowy

W literaturze przedmiotu większość badaczy uważa, że rozumienie mowy przez dzieci z *opóźnieniem rozwoju mowy* kształtuje się na poziomie rówieśników [Zaleski 2002; Jastrzębowska, Pelc-Pekala 1999; Emiluta-Roza 2007]. Niekiedy jednak może się zdarzyć niepełne rozumienie przez te dzieci poleceń złożonych, form gramatycznych, np. wyrażen przyimkowych, a także trudność łączenia nazw barw z odpowiednimi kolorami. Najczęściej jednak te nieprawidłowości mają charakter środowiskowy i wynikają z niedostatecznej stymulacji rozwoju dziecka [Zalewska 1998]. Należy też zauważyć, że trudności te mają charakter przemijający i przy właściwym postępowaniu, treningu, dziecko szybko nadrabia te początkowe dysproporcje w rozumieniu. Natomiast dziecko z *afazją rozwojową* prezentuje trudności w rozumieniu niekiedy już w zakresie poleceń prostych, a o wiele większe w rozumieniu bardziej złożonych – kilkuelementowych. Stopień nieprawidłowego rozumienia może być bardzo zróżnicowany – od subtelного do znacznie obniżonego. Stopniowo wraz z rozwojem kompetencji językowej można zauważyć znaczną poprawę rozumienia. Nieprawidłowości nie dotyczą już podstawowego zasobu leksykalnego, prostych zwrotów i zdań odnoszących się do najbliższego otoczenia, ale będą widoczne w rozumieniu np. wyrażen z przyimkami (*pod – nad, przed – za*), nazw nadrzędnych, abstrakcyjnych, czasowników oznaczających przeciwny kierunek działania (np. *schodzi – wchodzi*), zaimków osobowych, zwrotnych, dzierżawczych, konstrukcji zdań podrzędnych, porównań, relacji czasowych oraz przyczynowo-skutkowych. Trudności te ujawniają się przez całe życie dziecka, młodego człowieka, a następnie osoby dorosłej, i są tym głębsze, im dziecko ma mniejszy zasób doświadczeń poznawczych i emocjonalno-społecznych [Panasiuk 2008; Kurowska 2015].

Poziom wykształcenia umiejętności tworzenia wypowiedzi

W obu wypadkach, dziecka z *opóźnieniem rozwoju mowy* i dziecka z *afazją rozwojową*, większe trudności dotyczą umiejętności budowania wypowiedzi. Dopiero pewien poziom opanowania umiejętności werbalnych, który stopniowo ukazuje się w czasie usprawniania, pozwala na dokładniejsze sformułowanie rozstrzygnięcia. Te działania wymagają jednak zdecydowanie dłuższego czasu w wypadku *afazji rozwojowej* niż *opóźnienia rozwoju mowy*.

Dziecko z *opóźnieniem rozwoju mowy* podejmuje dialog. Najpierw udziela odpowiedzi jedynie za pomocą gestu wskazującego, partykuł: *tak, nie*, zaimków, a następnie: pojedynczych wyrazów. Stosunkowo szybko wzbogaca słownik. Ujawnia również znaczny potencjał do spontanicznego powtarzania i kolejne realizacje są coraz bliższe pod względem formy brzmieniowo-artykulacyjnej prawidłowemu wzorcowi [Emiluta-

-Rozya 2007]. W wypadku *opóźnienia rozwoju mowy* dziecko stopniowo zaczyna używać form gramatycznych, tzn. odmieniać rzeczowniki, czasowniki i wraz z postępem usprawniania wyrażnie formy te stabilizują się, stają się coraz bardziej zgodne z zachowaniami systemowymi. Wyraźnie też zwiększa się sprawność dziecka w stosowaniu prawidłowych końcówek. Nawet te „niewyćwiczone” są stosowane coraz poprawniej. Początkowo jeszcze występują trudności dotyczące właściwej dystrybucji – prawidłowego dostosowania końcówek do danego kontekstu gramatycznego – ale szybko ich użycie jest coraz bardziej właściwe. Również realizacja w zakresie form nieregularnych, np. z alternacjami ilościowymi, jakościowymi, staje się stopniowo prawidłowa. Najdłużej utrzymują się nieprawidłowości w wypowiedziach narracyjnych. Brak w nich spójności i komunikatywności.

Dziecko z *afazją rozwojową* przez długi czas nie uczestniczy w dialogu. Słucha pytań, często wpatruje się w logopedę. Następnie komunikuje się przede wszystkim niewerbalnie i niemożność realizacji wypowiedzi kompensuje gestem wskazującym, niekiedy ilustracyjnym, mimiką. Dopiero po pewnym okresie prowadzonego usprawniania dziecko zaczyna odpowiadać na pytania przy użyciu partykuł: *tak*, *nie*. Stopniowo kształtuje się umiejętność budowania prostych dwusylabowych wyrazów. Ujawniają się trudności w nazywaniu i aktualizowaniu. Struktura wyrazów podlega zniekształceniom. Rejestruje się redukcje części wyrazów, sylab, grup spółgłoskowych. Największe nieprawidłowości dotyczą stosowania właściwych form gramatycznych. Postęp w tym zakresie jest bardzo powolny. Wydaje się też, że trudności w prawidłowym dostosowaniu środków leksykalnych i gramatycznych do zmieniającego się kontekstu językowego będą ujawniać się przez całe życie osoby z *afazją rozwojową* [Panasiuk 2008; Kurowska 2015].

Realizacja dźwięków mowy

W wypadku *opóźnienia rozwoju mowy* w realizacji dźwięków ujawniają się przede wszystkim substytucje o charakterze rozwojowym. Jednak jeżeli do tego obrazu *opóźnienia* dołączy się objaw w postaci *dyslalii wielorakiej*, to podobieństwo między obiema jednostkami może wydawać się duże i trudność w ich zróżnicowaniu większa. W rozstrzygnięciu może pomóc wynik próby sprawdzającej kinestezję artykulacyjną. Jeśli się ujawni tendencja do nieprawidłowego, ale stałego realizowania dźwięków mowy, to jest to dowód potwierdzający *opóźnienie rozwoju mowy* współwystępujące z *dyslalią* [Emiluta-Rozya 2007]. Cechą charakterystyczną *afazji rozwojowej* jest duże zróżnicowanie reakcji zwłaszcza odnośnie do spółgłosek: niestabilność, czyli zmienne różne realizacje tego samego sprawdzanego dźwięku, występowanie obok prawidłowych realizacji dźwięku realizacji nieprawidłowych. Najwięcej można zarejestrować substytucji (parafazji), przede wszystkim rozwojowych. Niekiedy są

one utrwalone w tak silny sposób, że należy je już uznać za realizację nieprawidłowe. Występują również deformacje, które najczęściej mają charakter dźwięków tzw. przejściowych, o niepełnej jeszcze tożsamości artykulacyjno-brzmieniowej [Emiluta-Roza 2013; Kurowska 2016].

Patomechanizm

W wypadku *opóźnienia rozwoju mowy i afazji rozwojowej* budowa narządów mowy jest prawidłowa. Ogólna sprawność motoryczna warg, języka i podniebienia miękkiego jest również ukształtowana właściwie do wieku dziecka. Często jednak – w obydwu wypadkach – obserwujemy nieprawidłowości w zakresie pionizacji języka. Różnicę można spostrzec w precyzji, tempie oraz zapamiętywaniu kolejności wykonywanych ruchów, w ćwiczeniach złożonych z kilku prostych elementów połączonych w odpowiednim porządku. Zazwyczaj gorzej będą je wykonywały dzieci z *afazją rozwojową*. Występuje u nich również wyraźna trudność w wykonywaniu ruchów celowych.

Charakter zarejestrowanych (w wynikach prób sprawdzających funkcjonowanie słuchu fonematycznego i kinestezji artykulacyjnej) zakłóceń w odbiorze i w realizacji dźwięków oraz ich liczba pozwalają na dokładniejsze zróżnicowanie *opóźnienia rozwoju mowy i afazji rozwojowej*. Jego podstawą jest przede wszystkim zmienność lub stałość zachowań dziecka. Zmienność jest tu rozumiana jako pojawianie się – w odpowiedzi na ten sam bodziec słuchowy lub powtórzenie tego samego, wypowiedzianego przez osobę badającą dźwięku – zamiennie reakcji prawidłowych i nieprawidłowych, przy czym reakcje nieprawidłowe mogą być różne. Stałość oznacza taką samą, niezmienną się reakcję – wciąż prawidłową lub też stałą, ale nieprawidłową [Mierzejewska 1977; Strachalska 2013]. Zmienność realizacji charakterystyczna jest dla zaburzeń afatycznych, stałość dla *opóźnienia rozwoju mowy*. Najczęściej u dzieci z *afazją rozwojową* stwierdza się współwystępowanie nieprawidłowości funkcjonowania słuchu fonematycznego i kinestezji artykulacyjnej [Emiluta-Roza 2007; Kurowska 2016].

Rokowanie

W wypadku *opóźnienia rozwoju mowy* spodziewane jest wyrównanie początkowo występujących nieprawidłowości. Natomiast w *afazji rozwojowej* na tle rozwijającego się języka wzrasta liczba charakterystycznych objawów w zakresie rozumienia i wypowiadania [Panasiuk 2008; Kurowska 2015]. Nasilenie rejestrowanych faktów ma u danego dziecka charakter indywidualny.

Wydaje się, że pomyłki diagnostyczne w różnicowaniu *opóźnienia rozwoju mowy i afazji rozwojowej* zdarzają się najczęściej ze względu na niedostatecznie wnikliwe badanie. Również pewne ogólne podobieństwa

w początkowej fazie rozwoju dzieci mogą utrudniać właściwą diagnozę. W obu wypadkach dzieci powinny być objęte systematyczną opieką logopedyczną połączoną z budowaniem wiedzy i dojrzałych zachowań emocjonalno-społecznych podczas edukacji przedszkolnej i szkolnej.

Bibliografia

- M. Dąbbska, 1997, *Z patofizjologii rozwoju ośrodkowego układu nerwowego* [w:] H. Mierzejewska, M. Przybysz-Piwko (opr.), *Rozwój poznawczy i rozwój językowy dzieci z trudnościami w komunikacji werbalnej. Materiały z konferencji*, Warszawa, s. 7–9.
- E. Dilling-Ostrowska, 1982, *Rozwój i zaburzenia mowy u dzieci w zależności od stopnia dojrzałości układu nerwowego* [w:] J. Szumska (red.), *Zaburzenia mowy u dzieci*, Warszawa, s. 18–30.
- D. Emiluta-Roza, 2002, *Projekt „Badania Mowy” Ireny Styczek jako pierwotny wzór Logopedycznego postępowania diagnostycznego*, „Szkoła Specjalna” nr 3, s. 142–154.
- D. Emiluta-Roza, 2007, *Opóźniony rozwój mowy a opóźnienie rozwoju mowy*, „Poradnik Językowy” z. 8, s. 54–65.
- D. Emiluta-Roza, 2008, *Modyfikacja zestawienia form zaburzeń mowy H. Mierzejewskiej i D. Emiluty-Roza* [w:] J. Porayski-Pomsta (red.), *Diagnoza i terapia w logopedii*, Warszawa, s. 25–36.
- D. Emiluta-Roza, 2013, *Całościowe badanie logopedyczne z materiałem obrazkowym*, Warszawa.
- A. Herzyk, 1992, *Afazja i mutyzm dziecięcy*, Lublin.
- ICD-10 Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja dziesiąta, 1997 [w:] S. Pużyński, J. Wciórka (red. przekładu), *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*, Kraków–Warszawa.
- G. Jastrzębowska, O. Pelc-Pękala, 1999, *Diagnoza i terapia opóźnionego rozwoju mowy* [w:] T. Gałkowski, G. Jastrzębowska (red.), *Logopedia. Pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki*, Opole, s. 670–686.
- Z. Kordyl, 1968, *Psychologiczne problemy afazji dziecięcej*, Warszawa.
- Z. Kułakowska, W. Konera, 2003, *Wczesne uszkodzenie dojrzewającego mózgu. Od neurofizjologii do rehabilitacji*, Lublin.
- M. Kurowska, 2015, *Rokowania dotyczące rozwoju mowy i języka u dzieci z zaburzeniami uwarunkowanymi uszkodzeniami i/lub dysfunkcjami ośrodkowego układu nerwowego*, „Poradnik Językowy” z. 5, s. 18–31.
- M. Kurowska, 2016, *Kształtowanie się zachowań komunikacyjnych u dzieci z uszkodzeniami i/lub dysfunkcjami ośrodkowego układu nerwowego*, Warszawa.
- L. Leonard, 2006, *SLI – Specyficzne zaburzenia rozwoju językowego*, Gdańsk.
- H. Mierzejewska, 1977, *Afatyczna dezintegracja fonetycznej postaci wyrazu*, Wrocław–Warszawa–Kraków.
- A. Paluch, E. Drewniak-Wołosz, L. Mikosza, 2003, *Afa-Skala. Jak badać mowę dziecka afatycznego?*, Kraków.

- J. Panasiuk, 2008, *Standard postępowania logopedycznego w przypadku alalii i niedokształcenia mowy o typie afazji* [w:] *Standardy postępowania logopedycznego*, „Logopedia” nr 37, Lublin, s. 69–88.
- J. Porayski-Pomsta, 2015, *O rozwoju mowy dziecka. Dwa studia*, Warszawa.
- A. Prusiewicz (red.), 1992, *Foniatria kliniczna*, Warszawa.
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 24 lipca 2015r. w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowywania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych, niedostosowanych społecznie i zagrożonych niedostosowaniem społecznym.
- M. Smoczyńska, 2012, *Opóźniony rozwój mowy a ryzyko SLI: wyniki badań podłużnych dzieci polskich* [w:] J. Porayski-Pomsta, M. Przybysz-Piwko (red.), *Interwencja logopedyczna. Zagadnienia ogólne i praktyka*, Warszawa, s. 13–37.
- B. Strachalska, 2013, *Zmienność w afazji* [w:] Z. Zaron, J. Porayski-Pomsta, *Język i logopedia*, Warszawa, s. 167–176.
- T. Zaleski, 2002, *Opóźnienia w rozwoju mowy*, Warszawa.
- M. Zalewska, 1998, *Dziecko z zespołem prostego opóźnienia rozwoju mowy* [w:] J. Rola (red.), *Wybrane problemy psychologicznej diagnozy zaburzeń rozwoju mowy*, Warszawa, s. 64–83.

Speech delay and developmental aphasia in the speech therapist's practice

Summary

Speech delay and developmental aphasia are units of abnormal speech and language development in a small child. Their first symptoms can appear as early as at the beginning of the linguistic development, i.e. ca. at the age of 1, and can be quite similar. Differentiating between such units not seldom requires a long and meticulous speech assessment and a systematic observation of speech and language development dynamics in a child during the improvement process. It is a difficult task in particular for young and inexperienced speech therapists who are at the beginning of their career. This paper presents certain tips which could enable a more precise and correct diagnosis of children's linguistic and extra-linguistic behaviours that are characteristic of such units.

Trans. Monika Czarnecka

Natalia Siudzińska
(Uniwersytet Warszawski)

ZASADY POSTĘPOWANIA LOGOPEDYCZNEGO W WYPADKU DZIECI Z ROZSZCZPEM PODNIEBIENIA I WARGI

Celem artykułu jest syntetyczny opis postępowania logopedycznego w wypadku dzieci z rozszczepem podniebienia i wargi, ze szczególnym uwzględnieniem działań profilaktycznych. W opisie tym skupiam się na elementach, które u dzieci z tą wadą są najistotniejsze, oraz – co wydaje mi się wyjątkowo ważne – na tym, czego nie wolno robić w trakcie stymulowania rozwoju mowy oraz usprawniania zaburzeń u dzieci z dysfunkcją podniebienia miękkiego.

Literatura na temat zaburzeń mowy u osób z rozszczepem, a także ich terapii, jest dość bogata, choć skupiona w dużym stopniu na aspektach teoretycznych. Za najważniejsze prace, poruszające tę tematykę, należy uznać publikacje Ireny Styczek [1970, 1980], Marii Hortis-Dzierzbickiej i Elżbiety Stecko [2005], Barbary Wiśniewskiej [2005] oraz liczne publikacje Danuty Pluty-Wojciechowskiej [np. 2006, 2011, 2015, 2016]. Publikacje te zawierają opisy warunków anatomicznych, zaburzeń mowy dzieci, standardów postępowania oraz różnego rodzaju propozycji dotyczących terapii logopedycznej. Brakuje jednak jednoznacznych regulacji na temat postępowania logopedycznego: co wolno, a czego nie wolno robić. Informacje te często są rozproszone w tekstach lub podawane zbyt ogólnie.

Błędne założenia w programach terapeutycznych oraz niewłaściwie dobrane ćwiczenia mogą sprawiać, że terapia nie będzie skuteczna, w niektórych wypadkach zaś może być nawet szkodliwa. Źle dobrane zadania będą utrwaląć nieprawidłowe nawyki. Poza tym, jeśli dziecko nie jest w stanie wykonywać przygotowanych dla niego zadań, szybko się zniechęca i wycofuje. Z tych właśnie powodów zdecydowałam się zebrać i uporządkować najistotniejsze informacje na temat stymulacji i terapii dzieci z rozszczepem.

Dzieci z rozszczepem podniebienia stanowią grupę o dużym ryzyku wystąpienia zaburzeń rozwoju mowy. Wiąże się to z nieprawidłową budową anatomiczną narządów artykulacyjnych (brak ciągłości w obrębie wargi, wyrostka zębodołowego, podniebienia twardego i miękkiego) oraz z zaburzeniami funkcji prymarnych (oddychanie, słyszenie, przyjmowanie pokarmów), warunkujących późniejszą mowę (a dokładniej artykulację) [por. np. Stecko 2005; Pluta-Wojciechowska 2015, 729]. Rozwój

motoryczny w obrębie aparatu artykulacyjnego jest ważny, ponieważ nieprawidłowości w tym zakresie mogą prowadzić do znacznych zaburzeń wymowy, a te z kolei mogą rzutować na całościowy rozwój dziecka.

Zanim przejdę do opisu konkretnych działań logopedycznych, wspomnę, że najważniejszym momentem w leczeniu dzieci z tą wadą jest operacja zamknięcia szczeliny rozszczepu. Miejsce leczenia dziecka z rozszczepem wiąże się z wypracowanym w konkretnej placówce standardem postępowania. Chodzi nie tyle o metody stosowane w chirurgii, ile raczej o czas przeprowadzonych zabiegów. W warszawskim Instytucie Matki i Dziecka zamknięcie szczeliny rozszczepu jest wykonywane jednoetapowo przed ukończeniem przez dziecko 1. roku życia (najczęściej między 6. a 9. miesiącem życia). Jest to korzystne rozwiązanie z punktu widzenia rozwoju mowy dziecka. Przywrócenie warunków anatomicznych, zbliżonych do prawidłowych, w tak wczesnym okresie życia pozwala dziecku na skorygowanie funkcji pokarmowych i oddechowych, będących podstawą rozwoju artykulacji. Oczywiście, uzyskanie odpowiednich warunków anatomicznych nie zawsze jest możliwe. Pozostają często takie problemy jak skrócona lub asymetryczna warga, wady zgryzu, przetoki podniebienne, przykrótkie podniebienie miękkie. Wszystkie te nieprawidłowości mogą mieć wpływ na mowę dzieci i terapia logopedyczna bez wsparcia chirurgicznego i ortodontycznego w tego typu sytuacjach będzie nieskuteczna.

Logopedyczne działania profilaktyczne powinny rozpocząć się jak najwcześniej, jeszcze w okresie przed zamknięciem szczeliny rozszczepu, a więc w okresie noworodkowym i niemowlęcym. Działania te możemy podzielić na dwa etapy: okres przedoperacyjny i okres pooperacyjny.¹ W pierwszym okresie należy się skupić na:

- 1) informowaniu rodziców, czym jest wczesna interwencja logopedyczna oraz jakie jest jej znaczenie, jak przebiega rozwój mowy dziecka, a także na co należy zwrócić szczególną uwagę. Rodzice w tym okresie borykają się często z problemami związanymi z przyjmowaniem pokarmu przez dziecko i nie zastanawiają się nad późniejszym rozwojem jego mowy. Nie mają oni zwykle świadomości, że już w tak wczesnym okresie życia można zacząć terapię / stymulację. Z relacji rodziców wynika też, że nie zawsze uzyskują oni odpowiednie informacje w placówkach, w których leczone są ich dzieci;
- 2) stymulowaniu odruchów i usprawnianiu mięśni aparatu artykulacyjnego poprzez masaż oraz poprzez usprawnianie funkcji pokarmowych. Przygotowujemy dziecko do zabiegu oraz dbamy o właściwy tor oddechowy.

¹ Dziecko z rozszczepem przechodzi przynajmniej kilka operacji w życiu, jednak najważniejsza jest ta pierwsza – zamknięcie szczeliny rozszczepu (chirurgia pierwotna). Pozostałe zabiegi chirurgiczne (chirurgia wtórna) to: przeszczep kości do wyrostka zębodołowego, zamknięcie przetok, korekta nosa, dermabrazja bliźny oraz zabiegi faryngoplastyki.

KARMIENIE I SPRAWNOŚĆ NARZĄDÓW ARTYKULACYJNYCH

Przy usprawnianiu funkcji pokarmowych ważne jest dobranie właściwych narzędzi (smoczek) oraz dbanie o to, żeby karmienie przebiegało w sposób jak najbardziej zbliżony do sposobu karmienia dziecka zdrowego. Smoczek dla dziecka z rozszczepem dobieramy indywidualnie (metodą prób i błędów). Niektóre dzieci są karmione za pomocą zwykłego smoczka, lepiej się jednak sprawdzają specjalne smoczki dla dzieci z rozszczepem podniebienia. Nie mają one gotowych otworów przepływowych i rodzice mogą zrobić otwór w dowolnym miejscu oraz dowolnej wielkości, ułatwiając w ten sposób dziecku przyjmowanie pokarmu. Smoczek jest tak wyprofilowany, że pokarm wydostaje się w momencie, gdy dziecko naciska na smoczek żuchwą. Należy pamiętać jednak, że dziecko powinno wkładać wysiłek w proces karmienia, więc otwór nie może być za duży. Ze względu na ryzyko zachłyśnięcia się nie należy dziecka z rozszczepem karmić na leżąco. Wskazana jest pozycja półpionowa lub prawie pionowa. Warto też jak najwcześniej wprowadzić karmienie łyżeczką. Podczas takiego karmienia należy zwracać uwagę, aby dziecko było aktywne i starało się ściągać pokarm z łyżeczki, tzn. karmienie nie może polegać na wlewaniu pokarmu do jamy ustnej dziecka. Należy zaznaczyć, że u dzieci z rozszczepem nie stosuje się smoczków uspokajających.

Pozycję języka w jamie ustnej oceniamy w czasie spoczynku. Zwykle język dziecka z rozszczepem leży płasko na dnie jamy ustnej lub wchodzi w szczelinę w łuku zębowym i wardze. Wsuwanie języka w szczelinę wiąże się z ryzykiem, że będzie on napierał na rozszczepione części podniebienia, jeszcze bardziej poszerzając szczelinę (a to może utrudnić jej zamknięcie), jednak z punktu widzenia sprawności artykulatorów taka pozycja jest dowodem na lepszą pracę mięśni i dzieci wtedy więcej wokalizują. Sprawność języka zwykle wiąże się ze sprawnością mięśni żuchwy. Choć budowa anatomiczna nie pozwala takiemu dziecku na całkowite zamknięcie jamy ustnej, wargi dziecka powinny się stykać, żuchwa powinna być uniesiona (zwłaszcza u niemowlęcia, które już potrafi siedzieć). Jeżeli zaobserwujemy u dziecka nieprawidłową pozycję języka i żuchwy, należy te narządy stymulować z większą dokładnością (zob. niżej: Masaż logopedyczny). Szczególną uwagę do sposobów przyjmowania pokarmów oraz do pracy narządów artykulacyjnych należy przywiązywać u dziecka, które było zaintubowane zaraz po porodzie lub przez dłuższy czas karmione enteralnie, czyli przez sondę.

MASAŻ LOGOPEDYCZNY

Kolejnym ważnym zadaniem logopedy w tym okresie jest ocena ilości i jakości wokalizacji dziecka oraz ocena reakcji odruchowych w obrębie twarzy, a także reakcji na bodźce słuchowe (ze względu na duże

ryzyko niedosłuchu u dzieci z rozszczepem).² Dzieci, które więcej wokalizują oraz których wokalizacje są bardziej zróżnicowane, lepiej rokują. W procesie terapeutycznym należy uwzględnić stymulowanie reakcji odruchowych oraz usprawnianie mięśni w obrębie jamy ustnej za pomocą masażu. Można w tym celu wykorzystać np. propozycję masażu Elżbiety Stecko z elementami metody Castillo Moralesa [Stecko 2012, zob. też Regner 2005, 2015], ale z niedużymi zmianami ze względu na inną budowę twarzy dziecka. Należy pamiętać, że u dziecka z rozszczepem w okresie przed zamknięciem szczeliny nie wolno wywoływać odruchu wymiotnego, który jest uwzględniany w wyżej wymienionej propozycji jako element usprawniający podniebienie miękkie. Przy rozszczepionym podniebieniu wywoływanie odruchu wymiotnego spowoduje poszerzenie się szczeliny.³ Przy rozszczepach wargowych ważny jest masaż rozszczepionych części wargi górnej. Obie części wargi masujemy, rozciągając delikatnie w kierunku szczeliny. W ten sposób zapewnimy elastyczność mięśni, co następnie ułatwi chirurgowi scalenie czerwieni i bieli wargowej. Usprawnianie mięśni języka w okresie przedoperacyjnym polega na masowaniu jego przedniej części.⁴ Wykonujemy ruchy kolistę palcem w rękawiczce lub palcem owiniętym w gazę nasączoną np. ciepłą wodą. Jeżeli dziecko ma znaczną nadwrażliwość w obszarze jamy ustnej, może wystąpić odruch zwracania, który, jak już wspomniałam wcześniej, nie jest wskazany. Pionizowanie języka stymulujemy poprzez wkładanie pod język palca i delikatne unoszenie czubka języka do góry (podwijanie).

W tym samym czasie rozwój mowy dziecka powinien być stymulowany tak samo jak w wypadku zdrowego dziecka. Zabawy stymulujące rozwój mowy z elementami dźwiękonaśladowczymi, stosowanie metod takich jak „kąpiel słowna” oraz „podwójna rola w dialogu” [por. Kurowska 2016], czytanie książeczek, zabawy rytmiczno-ruchowe i inne czynności wspierające rozwój mowy malucha (dostosowane do wieku i możliwości dziecka) powinny być na porządku dziennym i należy o tym przypominać rodzicom.

W okresie pooperacyjnym zmieniają się warunki anatomiczne dziecka i w związku z tym uczy się ono od nowa jeść, oddychać oraz wytwarzać dźwięki. Zmienia się również sposób stymulowania rozwoju mowy. Nadal najważniejszy jest masaż, który można rozpocząć w momencie, gdy rany

² Procedurę oceny odruchów opisała Elżbieta Stecko [2009].

³ Przekaz ustny – Elżbieta Radkowska, badania prowadzone w Instytucie Matki i Dziecka w Warszawie.

⁴ W tym miejscu chciałabym zwrócić uwagę na podzielone zdania na temat masażu wewnątrz jamy ustnej u bardzo małego dziecka. Odchodzi się od takiej stymulacji np. u wcześniaków w celu wyeliminowania niepotrzebnych bodźców (np. w metodzie NDT-Bobath). Nie mówi się wprost o rezygnacji z masażu, ale o minimalizowaniu wszelkich działań nieprzyjemnych dla niemowlęcia. Podczas ćwiczeń z małym dzieckiem należy zadbać o jego stabilną pozycję, a także zapewnić mu poczucie bezpieczeństwa.

całkowicie się zabliznią (min. 6–8 tyg. od operacji). Różni się on jednak od masażu wykonywanego przed operacją. Przede wszystkim po operacji włączamy masaż podniebienia twardego i miękkiego. Masaż ten powinien przebiegać w sposób następujący: palcem wykonujemy energiczne ruchy na podniebieniu dziecka, przesuwając się powoli w tył jamy ustnej aż do odruchu wymiotnego, który powoduje skurcze mięśni podniebienia oraz tylnej i bocznych ścian gardła. Czynność tę powtarzamy trzy razy, następnie zaś w podobny sposób masujemy język, również aż do odruchu zwracania. Odruch zwracania powoduje wzmocnienie mięśni zwieracza podniebiennie-gardłowego, odpowiadającego za oddzielenie jamy ustnej od jamy nosowej w trakcie mówienia dźwięków ustnych.⁵ Próbuje się więc w ten sposób zapobiec nosowaniu otwartemu. Należy pamiętać, że masaż może być bardzo nieprzyjemny dla dziecka i warto jakoś go urozmaicić (np. rymowanek, piosenek itp.). Taki masaż warto wykonać tuż przed posiłkiem, aby posiłek był nagrodą za dyskomfort w trakcie ćwiczeń.

Wargi u dziecka po operacji masujemy palcami w kierunku blizny, robiąc coś w rodzaju „dzióbka”. Możemy też masować bliznę kolistym palcem, delikatnie rozcierając ją o dziąsła. Kolejny sposób masowania polega na złapaniu blizny z dwóch stron – palcem wskazującym od wewnątrz jamy ustnej oraz kciukiem od zewnątrz – i lekkim rozcieraniu jej ruchem kolistym (blizna jest wyczuwalna jako zgrubienie i łatwo ją złapać palcami). Celem takiego masażu jest uelastycznianie blizny, jednak powinien on być wykonywany ostrożnie i zgodnie z powyższym opisem. Nigdy nie należy rozciągać wargi z blizną. Dziecko rozciąga ją przy płaczu, uśmiechaniu się lub jedzeniu i to w zupełności wystarczy. Nadmierne rozciąganie blizny wiąże się z ryzykiem powstania bliznowca, czyli twardej, włóknistej blizny, przekraczającej granicę pierwotnej rany. Zmniejsza to elastyczność wargi i utrudnia terapię logopedyczną.

Do czasu operacji zamknięcia szczeliny rozszczepu dziecko jest karmione głównie pokarmem o płynnej i półpłynnej konsystencji. Uczy się więc przyjmowania pokarmu stałego z dużym opóźnieniem. Dlatego warto sprawdzić, czy wycofał się odruch kaśnięcia i czy pojawił się odruch żucia. Prawidłowo funkcjonujące odruchy ułatwią dziecku naukę odgryzania i żucia. U dzieci z rozszczepem może wystąpić nadwrażliwość oralna i to również może powodować problemy z jedzeniem. W wypadku problemów z jedzeniem pokarmów stałych oprócz masażu języka i podniebienia ważny jest masaż dziąseł, urozmaicany podawaniem dziecku żywności o różnym smaku.⁶

⁵ Z tej części masażu należy jednak zrezygnować, jeżeli zaobserwujemy u dziecka osłabienie odruchu zwracania.

⁶ U małego dziecka naukę żucia zaczynamy od podawania pokarmu o wyrazistym smaku (np. jabłko, gruszka, seler naciowy, gotowany burak lub marchew itp.) zawiniętego w gazę lub w specjalnym gryzaku z siatką (likwidu-

Po zamknięciu szczeliny rozszczepu należy obserwować, czy pokarm nie przedostaje się do nosa. Jest to bardzo ważny szczegół. Pokarm (najczęściej mleko) w nosie świadczy o nieprawidłowej budowie lub nieprawidłowym funkcjonowaniu zwieracza podniebiennie-gardłowego albo o przetoce w podniebieniu, które prowadzą do znacznych zaburzeń mowy. Tego typu objawy należy skonsultować z chirurgiem lub foniatrą.

W tym okresie obserwujemy dziecko również pod kątem zaburzeń mimiki⁷ oraz parafunkcji (np. ssanie smoczka uciskającego, kciuka, języka, wargi, policzka, nadmierne manipulowanie rączkami przy ustach). Postępowanie przy eliminowaniu tego typu zachowań warto skonsultować z psychologiem. Na pewno pomocny jest masaż twarzy, zwłaszcza przy współruchach mimicznych (ewentualnie masaż twarzy i dłoni – przy ssaniu kciuka). Można też wykorzystać techniki relaksacyjne.

Odmienne warunki anatomiczne oraz nieprawidłowy przebieg funkcji fizjologicznych, o których była mowa wyżej, niekorzystnie wpływają na rozwój mowy u dzieci w tej grupie. Dlatego rozwój mowy przebiega z opóźnieniem, a to w konsekwencji prowadzi do zaburzeń mowy.

ZABURZENIA MOWY

Pierwsze słowa u dzieci z wadą rozszczepową pojawiają się zwykle później niż u zdrowych dzieci, choć zależy to w dużym stopniu od terminu zamknięcia szczeliny oraz od warunków, które udało się odtworzyć chirurgowi. Niektóre dzieci zaczynają mówić około 3. roku życia i dopiero wówczas można ocenić zaburzenia mowy występujące u dziecka. Nosowanie otwarte jest najbardziej charakterystyczną cechą mowy dzieci z rozszczepem, a także najtrudniejszą do wyeliminowania, dlatego tak ważne są wcześniej opisane działania profilaktyczne oraz wczesna diagnostyka. Opóźnienie w rozwoju językowym u większości dzieci wyrównuje się przed rozpoczęciem nauki w szkole, zaburzenia artykulacji jednak pozostają bardzo długo, nieraz do końca życia. Przypadki dzieci z niewykształconą mową występują rzadko. Zwykle wtedy rozszczepowi towarzyszą inne nieprawidłowości zaburzające rozwój mowy (np. niedosłuch, niepełnosprawność intelektualna, brak stymulacji we wczesnym dzieciństwie itp.).

jąc w ten sposób ryzyko zadławienia się). Pokarm kładziemy dziecku na dżiąsła w okolicach zębów trzonowych (najlepiej przed posiłkiem) i zachęcamy dziecko do żucia, delikatnie masując dżiąsła [por. Regner 2015, 49–51].

⁷ Współruchy mimiczne u dzieci z rozszczepem mogą objawiać się ruchami warg i okolicy ust, marszczeniem nosa oraz ruchami skrzydełek nosa, ruchami policzków oraz brwi i czoła [por. Zdunkiewicz-Jedynak, Hortis-Dzierzbicka 2005, 67]. Są to zwykle procesy kompensacyjne, uruchamiające się w wyniku nieprawidłowej budowy i funkcjonowania narządów artykulacyjnych, zwłaszcza w wyniku dysfunkcji podniebienia miękkiego.

W dalszej części artykułu skupię się na terapii nosowania otwartego, ale zanim do tego przejdę, chciałabym zwrócić uwagę na wypowiedzi dziecięce z wczesnego okresu pooperacyjnego. Zaraz po zabiegu pierwsze słowa oraz wyrażenia dźwiękonaśladowcze, którymi się posługują dzieci, zawierają głównie samogłoski, półsamogłoski i spółgłoski nosowe (np. *mama*, *am*, *nie*, *miau...*). Brakuje spółgłosek ustnych (często dziecko je pomija, np. *aj* (*da*), *au* (*hau*), *um-um* (*kum-kum*) itp.). Po zabiegu powinny się one pojawić. Pewnym wyznacznikiem postępu w tym zakresie są głoski zwarto-wybuchowe wargowe [p], [b]. Pojawienie się tych głosek w ciągu kilku miesięcy od zabiegu zwykle jest dobrą prognozą dla dalszego rozwoju mowy. Jeżeli natomiast nie pojawiają się one po roku od zabiegu, jest duże prawdopodobieństwo, że warunki anatomiczne nadal nie są wystarczająco dobre lub sprawność narządów mowy jest znacznie osłabiona (i/lub też występuje niedosłuch).

Zaburzenia mowy w wypadku rozszczepu są zaliczane do *dysglosji* [Styczek 1970, 88–102], *dyslalii anatomiczno-funkcjonalnej* [Emiluta-Rozya 2008] lub *dyslalii rozszczepowej* [Pluta-Wojciechowska 2006, 108]. Jeżeli u dziecka z rozszczepem występuje nosowanie otwarte, Danuta Pluta-Wojciechowska proponuje termin *dyslalia niewydolności podniebiennie-gardłowej* [zob. Pluta-Wojciechowska 2011, 351]. Niezależnie jednak od tego, jaką klasyfikacją się posłużymy lub jakim terminem określimy zaburzenia mowy dziecka z rozszczepem, należy pamiętać o różnicach w postępowaniu w zależności od tego, czy u dziecka występuje niewydolność podniebiennie-gardłowa (przejawiająca się nosowaniem otwartym), czy też nie. Jeżeli nosowanie nie występuje, logopeda wykorzystuje swoją wiedzę z zakresu dyslalii, pamiętając o szczególnych warunkach anatomicznych takiego pacjenta.⁸ Przy nosowaniu otwartym natomiast postępowanie terapeutyczne będzie się skupiać na usprawnianiu zwieracza podniebiennie-gardłowego.

Do oceny sprawności podniebienia miękkiego oraz zwarcia podniebiennie-gardłowego wykorzystuje się następujące próby: 1) wymowa gło-

⁸ Niestety, w wielu wypadkach nie udaje się uzyskać idealnego brzmienia wszystkich głosek. W literaturze przedmiotu często jest poruszany problem kolejności wprowadzanych głosek [por. Wiśniewska 2005, 519; Pluta-Wojciechowska 2015, 772; 2016, 332]. Dla dziecka z rozszczepem na pewno łatwiejsze są samogłoski, półsamogłoski oraz spółgłoski sonorne (poza [r]) i w tej kwestii nie ma rozbieżności. Te dźwięki będą wywoływane w pierwszej kolejności, jeżeli ich wymowa nie będzie prawidłowa. Reszta głosek – to tzw. głoski „ciśnieniowe”. Wymagają one dużej sprawności aparatu artykulacyjnego. Przy zmniejszonej sprawności lub nieprawidłowej budowie zwieracza podniebiennie-gardłowego łatwiejsze do wywołania będą głoski zwarto-wybuchowe, a najtrudniejsze – głoski trzech szeregów. I to te głoski często pozostają zdeformowane, ponieważ wiąże się to z nieprawidłowościami anatomicznymi nie tylko w obrębie zwieracza podniebiennie-gardłowego, ale także w obrębie podniebienia twardego oraz łuku zębowego.

ski [a] *staccato*, 2) próba Gutzmana (podczas której dziecko wymawia głoski [a] – [i], badający zaś naprzemiennie uciska i zwalnia skrzydełka nosa, oceniając przy tym, czy dźwięk samogłosek pozostaje niezmienny), 3) próba Czermaka (w trakcie wypowiadania przez dziecko sylab *pa, ta, ba* badający sprawdza, czy ustawione przed nozdrzami dziecka lusterko (lub ekran telefonu) nie jest zaparowane), 4) próba Seemana (podczas wymawiania wyrazów i przedłużonego wypowiadania samogłosek badający przykładą oliwkę fonendowodu do nozdrza dziecka, a drugą do własnego ucha), 5) wymawianie sylab i wyrazów w pozycji leżącej. Ostatnia próba jest przede wszystkim wykorzystywana do ustalenia typu nosowania: czy jest to nosowanie strukturalne czy funkcjonalne.⁹ Jeżeli w pozycji leżącej pacjent wymawia poszczególne głoski ustne bez poszumowania nosowego, oznacza to, że mamy do czynienia z nosowaniem nawykowym. Jeżeli powietrze ucieka nosem podczas tych badań cały czas, nie da się ustalić jednoznacznie, z jakim typem nosowania mamy do czynienia i takie dziecko należy skierować na badania nasofiberoskopowe.

Przy nosowaniu o podłożu strukturalnym terapia logopedyczna nie zniweluje zaburzeń rezonansu nosowego, niemniej jednak należy usprawniać podniebienie miękkie oraz tylną ścianę i boczne ściany gardła. Celem takiej terapii jest – po pierwsze – przygotowanie pacjenta do zabiegu faryngoplastyki, ponieważ elastyczne podniebienie miękkie jest jednym z warunków zakwalifikowania się dziecka do tego typu operacji, po drugie – usprawnianie narządów artykulacyjnych, w tym bocznych ścian gardła, mających ułatwić artykulację głosek po zabiegu faryngoplastyki [por. Siudzińska, Radkowska 2017, 69]. Różnice w postępowaniu w obu typach nosowania są więc nieduże, mogą jednak mieć istotny wpływ na efekty pracy.

W obu wypadkach wykonujemy ćwiczenia mające na celu usprawnienie podniebienia miękkiego. Ćwiczenia zostały opisane w literaturze dość szczegółowo [por. np. Pluta-Wojciechowska 2006, 148–149].¹⁰ Warto jednak zaznaczyć, że najskuteczniejszy w okresie po zamknięciu szczeliny rozszczepu u małego dziecka jest masaż z wywoływaniem odruchu wymiotnego, u starszego (powyżej 3. roku życia) natomiast rezygnujemy z masażu na rzecz ćwiczeń izometrycznych (określanych mianem tre-

⁹ Nosowanie strukturalne występuje przy nieprawidłowej budowie podniebienia miękkiego (np. za krótkie podniebienie, znaczna asymetria), funkcjonalne zaś – przy zmniejszonej ruchomości zwieracza podniebiennie-gardłowego, zwłaszcza podniebienia miękkiego, np. unieruchomionego przez bliznę pooperacyjną [por. Styczek 1970, 100].

¹⁰ Przykładowe ćwiczenia: ziewanie z opuszczoną żuchwą, chrapanie podczas wdechu i wydechu, płukanie gardła, gwizdanie, chrzkanie, kasłanie z wysuniętym językiem, zatrzymywanie powietrza w jamie ustnej, tzw. „balonik” również z językiem ułożonym między zębami, głośne i rytmiczne wymawianie samogłosek *staccato*, wyrazista i energiczna wymowa sylab, w skład których wchodzi głoski [k], [g], [x] itp.

ningu siłowego lub ćwiczeń statycznych i oporowych) [por. Morkowska 1998].¹¹ Jeżeli prowadzona w ten sposób terapia podniebienia miękkiego i zwieracza podniebiennie-gardłowego nie przynosi satysfakcjonujących efektów i nosowanie nadal się utrzymuje, warto skierować dziecko na zabiegi elektrostymulacji.¹²

ĆWICZENIA ODDECHOWE

Ostatnia rzecz, na którą chciałabym zwrócić uwagę, to ćwiczenia oddechowe, które stanowią ważny element treningu logopedycznego. Celem tych ćwiczeń jest przede wszystkim uzyskanie prawidłowego wzoru oddechowego w spoczynku (oddychanie torem nosowym) oraz usprawnianie dynamiki oddechu w czasie mówienia, w tym wydłużanie fazy wydechowej. W wypadku dziecka z nosowaniem otwartym ćwiczenia oddechowe dobiera się w zależności od przyczyny niewydolności podniebiennie-gardłowej. Jeżeli mamy do czynienia z nosowaniem strukturalnym, nie wolno wykonywać ćwiczeń oddechowych typu dmuchania na świeczkę, skrawki papieru, wiatraczki itp. [por. Pluta-Wojciechowska 2016, 327]. Niezalecane są także ćwiczenia na instrumentach muzycznych (flet, trąbka) bądź z wykorzystaniem „dmuchajki”, ponieważ wszystkie te ćwiczenia są niewykonalne dla dziecka z tą wadą i będą jedynie pogłębiać nawyki wypuszczania powietrza przez nos w trakcie mówienia. Jedyne ćwiczenia oddechowe, które można wykonywać u takiego dziecka, to wydłużanie fazy wydechowej, np. „waczenie kwiatków”, polegające na szybkim nabieraniu powietrza przez nos i powolnym wypuszczaniu go przez usta. U dzieci z nosowaniem, w odróżnieniu od dzieci bez tej wady, nabieranie powietrza nosem – wypuszczanie ustami jest jedynym zalecanym kierunkiem przepływu powietrza w trakcie ćwiczeń oddechowych.

¹¹ Ćwiczenia izometryczne polegają głównie na napinaniu mięśni szyi, gardła i krtani. Przykładowe ćwiczenie: „byczek” – rozpoczynamy od tego, że dziecko naciska czołem na dłoń logopedy bądź rodzica (stąd nazwa „byczek”) i przez chwilę „mocuje się” w ten sposób. Jest to część wprowadzająca i pomagająca dziecku zrozumieć, na czym polega zadanie. Zasadnicza część zdania polega na „mocowaniu się” dziecka z dłonią umieszczoną pod brodą, następnie z dłonią ułożoną na uchu lewym, a w dalszej kolejności na uchu prawym. Na końcu dziecko naciska głową na dłoń umieszczoną na potylicy. W wypadku dziecka, które przygotowuje się do zabiegu faryngoplastyki przy użyciu płata pobranego z tylnej ściany gardła lub które jest już po takim zabiegu (min. 6 mies.), najważniejsze są ćwiczenia boczne (siłowanie się z ręką na jednym, a następnie na drugim uchu), ponieważ przy tego typu zabiegu faryngoplastyki właśnie te mięśnie odpowiadają za zwarcie podniebiennie-gardłowe.

¹² Zabiegi elektrostymulacji bezpośredniej polegają na pobudzaniu mięśni do skurczu za pomocą prądu impulsowego. Przynosi to dobre efekty przy niewydolności funkcjonalnej, ale są one także zalecane przy niewydolności strukturalnej.

U dziecka z nosowaniem funkcjonalnym ćwiczenia oddechowe mogą być bardziej zróżnicowane. Można stosować takie ćwiczenia jak np.: dmuchanie na wiatraczki, piórka lub skrawki papieru; wydmuchiwanie baniek mydlanych; zasysanie i przenoszenie lekkich przedmiotów za pomocą słomki; nadmuchywanie policzków (tzw. „baloniki”, najlepiej z językiem między zębami, aby mieć pewność, że pracuje podniebienie, a nie nasada języka) itp. Lepsze i łatwiejsze do wykonania dla dziecka z rozszczepem na pewno będą ćwiczenia, gdy dmucha się w jakiś otwór, np. „dmuchajka”, gwizdek, granie na trąbce lub flecie. Możemy wówczas łatwiej kontrolować tor powietrza. Gdy dziecko np. dmucha w „dmuchajkę”, możemy podsunąć mu pod nos piórko na dłoni i będzie wówczas widać, czy powietrze nie ucieka nosem. W trakcie ćwiczeń oddechowych, a także w trakcie nauki wymowy poszczególnych głosek ustnych, nie zaleca się zaciskania skrzydełek nosa. U dzieci z nosowaniem strukturalnym jest to wręcz zakazane, u dzieci zaś z nosowaniem nawykowym można jednorazowo zatkać nos dziecka w celu pokazania różnicy w sile wydychanego powietrza lub różnicy w brzmieniu, ale nie może być to stałym elementem terapii.

PODSUMOWANIE

Podsumowując, chciałabym jeszcze raz wymienić najważniejsze kroki postępowania terapeutycznego w wypadku dzieci z rozszczepem.

1. W okresie przedoperacyjnym należy wykonywać u dziecka masaż logopedyczny, ukierunkowany przede wszystkim na uelastycznianie rozszczepionej wargi. Jeżeli jest wykonywany przy tym masaż języka, nie wolno wywoływać odruchu wymiotnego.
2. W okresie pooperacyjnym masaż nadal odgrywa istotną rolę i zostaje on wzbogacony o jeden ważny element – wywoływanie odruchu wymiotnego przy masażu języka i podniebienia. Takie postępowanie może zapobiec w przyszłości nosowaniu otwartemu. Szczególną ostrożność należy zachować przy masowaniu blizny na wardze.
3. Eliminowanie niewydolności podniebienno-gardłowej powinno stanowić trzon zasadniczy planu terapeutycznego dziecka z rozszczepem.
4. Dwa typy nosowania: strukturalne i funkcjonalne – wiążą się z dwiema ścieżkami terapeutycznymi, choć mają one wspólną część. W obu wypadkach należy usprawniać podniebienie miękkie oraz tylną i boczne ściany gardła. W pierwszym typie ma to poprawić realizację poszczególnych fonemów, w drugim zaś – przygotować do zabiegu faryngoplastyki i późniejszego usprawniania głosek.
5. W terapii dziecka z nosowaniem wyjątkowo starannie należy dobierać ćwiczenia oddechowe.

Bibliografia

- D. Emiluta-Roza, 2008, *Modyfikacja zestawienia form zaburzeń mowy H. Mierzejewskiej i D. Emiluta-Roza* [w:] J. Porayski-Pomsta (red.), *Diagnoza i terapia w logopedii*, Warszawa, s. 25–36.
- M. Hortis-Dzierzbicka, E. Stecko (red.), 2005, *Mowa pacjenta z rozszczepem podniebienia. Szkice foniatryczno-logopedyczne*, Warszawa.
- M. Kurowska, 2016, *Wywoływanie wypowiedzi u dzieci z zaburzeniami rozwoju mowy i języka pochodzenia korowego*, „Studia Pragmalingwistyczne” VIII, Warszawa.
- E.M. Morkowska, 1998, *Izometryczne ćwiczenia warg, języka i żuchwy, ćwiczenia logopedyczne nie tylko dla dzieci*, Warszawa.
- D. Pluta-Wojciechowska, 2006, *Zaburzenia mowy u dzieci z rozszczepem podniebienia. Badania – teoria – praktyka*, Bielsko-Biała.
- D. Pluta-Wojciechowska, 2011, *Mowa dzieci z rozszczepem wargi i podniebienia*, Kraków.
- D. Pluta-Wojciechowska, 2015, *Standard postępowania logopedycznego w przypadku rozszczepu wargi i podniebienia* [w:] S. Grabias, J. Panasiuk, T. Woźniak (red.), *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego*, Lublin, s. 727–779.
- D. Pluta-Wojciechowska, 2016, *Wczesna interwencja logopedyczna w przypadku dzieci z rozszczepem wargi i podniebienia* [w:] K. Kaczorowska-Bray, S. Milewski (red.), *Wczesna interwencja logopedyczna*, Gdańsk, s. 309–336.
- A. Regner, 2005, *Wczesne wspomaganie rozwoju psychomotorycznego małego dziecka z zastosowaniem metody R. Castillo Moralesa* [w:] B. Cytowska, B. Winczura (red.), *Dziecko z zaburzeniami w rozwoju*, Kraków, s. 205–215.
- A. Regner, 2015, *Poradnik terapii ustno-twarzowej*, Bytom.
- N. Siudzińska, E. Radkowska, 2016, *Terapia logopedyczna dzieci po zabiegu faryngoplastyki*, „Studia Pragmalingwistyczne” VIII, s. 63–72.
- E. Stecko, 2005, *Znaczenie oceny i wczesnej stymulacji logopedycznej dziecka z rozszczepem wargi i/lub podniebienia* [w:] M. Hortis-Dzierzbicka, E. Stecko (red.), *Mowa pacjenta z rozszczepem podniebienia. Szkice foniatryczno-logopedyczne*, Warszawa, s. 27–33.
- E. Stecko, 2009, *Sprawdź, jak mówię – karta badania logopedycznego z materiałami pomocniczymi*, Warszawa.
- E. Stecko, 2012, *Masaż logopedyczny*, Warszawa.
- I. Styczek, 1970, *Zarys logopedii*, Warszawa.
- B. Wiśniewska, 2005, *Usprawnianie mowy dzieci z rozszczepem podniebienia* [w:] T. Gałkowski, E. Szeląg, G. Jastrzębowska (red.), *Podstawy neurologopedii*, Opole, s. 517–533.
- D. Zdunkiewicz-Jedynak, M. Hortis-Dzierzbicka, 2005, *Lingwistyczne podstawy oceny i dokumentacji zaburzeń mowy u dzieci z wadą rozszczepową twarzy* [w:] M. Hortis-Dzierzbicka, E. Stecko (red.), *Mowa pacjenta z rozszczepem podniebienia. Szkice foniatryczno-logopedyczne*, Warszawa, s. 54–79.

***Principles of the speech therapy procedure
in the case of children with cleft lip and palate***

Summary

The aim of this paper is to describe the speech therapy procedure in the case of children with cleft lip and palate, with a particular focus on preventive measures. It discusses the elements of the procedure that could significantly influence the effects of the therapy in detail. Improperly selected exercises to train organs of speech or improve breathing will not bring satisfactory effects or can even intensify bad habits. Complying with the recommendations described in this paper is particularly important in the treatment of children with open nasality.

Trans. Monika Czarnecka

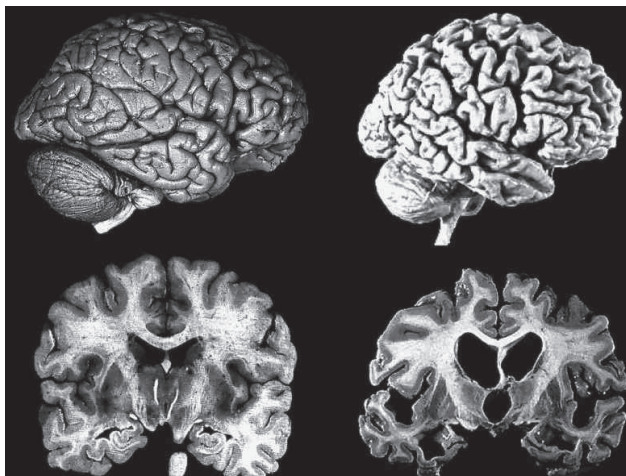
Ewa Wolańska
(Uniwersytet Warszawski)

NOWE FORMY REHABILITACJI NEUROLOGOPEDYCZNEJ JAKO ODPOWIEDŹ NA NOWE FORMY FARMAKOTERAPII W CHOROBY ALZHEIMERA

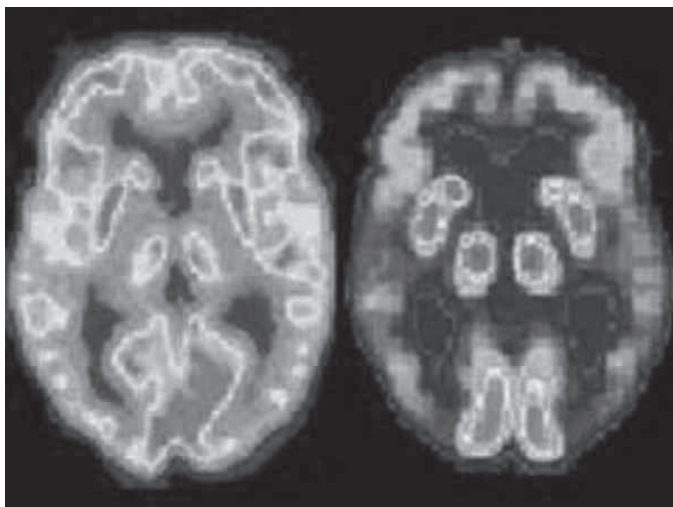
CHARAKTERYSTYKA CHOROBY ALZHEIMERA I JEJ PRZYCZYNY

Choroba Alzheimer'a (ang. *Alzheimer's Disease* – AD) to postępująca i nieuleczalna na obecnym poziomie rozwoju nauki choroba neurodegeneracyjna. Charakteryzuje się utratą neuronów i synaps kory mózgu i pewnych regionów podkorowych [Wenk 2003, 7–10]. Badania z użyciem rezonansu magnetycznego (MRI) oraz pozytonowej tomografii emisyjnej (PET) udokumentowały redukcję rozmiarów pól skroniowych i ciemieniowych oraz pól czołowych mózgu osób chorych na AD w porównaniu ze zdrowymi ludźmi w podobnym wieku [Desikan i in. 2009, 2048–2057; Moan 2009] (por. ryc. 1. i 2.).

Ryc. 1. Porównanie budowy mózgu osoby zdrowej (po lewej) i osoby z AD (po prawej). Znamienne jest zmniejszenie wielkości hipokampu (nawet o 40–50%), wzrost objętości komórek mózgu, jak również znaczny ubytek istoty szarej



Ryc. 2. Porównawczy skan PET mózgu osoby zdrowej (po lewej) i osoby z AD (po prawej), u której widoczna jest utrata funkcji w płatach skroniowych



Przyczyna choroby Alzheimera nadal pozostaje nieznana. Zaledwie ok. 5% przypadków AD stanowią formy rodzinne, w których można mówić o wpływie czynników wynikających z określonej mutacji genów [Borchelt i in. 1996, 1005–1013]. Pozostałą większość stanowią – *nomen omen* – tzw. zachorowania sporadyczne, do których mogło się przyczynić wiele potencjalnych czynników, jak np. współistniejące choroby (cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, zaburzenia rytmu serca, zaburzenia snu), styl życia (niewłaściwa dieta, mała aktywność fizyczna, długotrwały stres) czy nawet mechaniczne urazy mózgu.

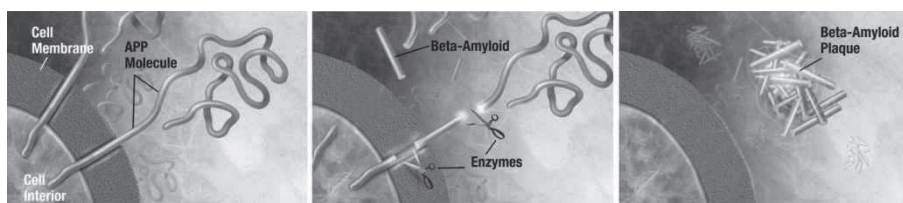
Przyczynę AD – w odniesieniu do tzw. zachorowań sporadycznych – próbuje wyjaśnić kilka konkurencyjnych hipotez patomechanizmu choroby. Najważniejsze z nich to hipoteza cholinergiczna, amyloidowa oraz tau. Najstarsza z hipotez – cholinergiczna – zakłada, iż za AD stoi zmniejszona synteza neurotransmitera acetylocholin (ACh). W wyniku AD dochodzi do redukcji aktywności neuronów cholinergiczych. Inhibitory acetylocholinoesterazy zmniejszają tempo rozkładu acetylocholin, w związku z czym podnoszą stężenie tego neuroprzekaźnika w mózgu i przeciwdziałają utracie acetylocholin spowodowanej śmiercią neuronów cholinergiczych [Shen 2004, 308–321; Wenk 2003, 7–10].

Na hipotezie cholinergicznej opierają się dostępne obecnie formy farmakoterapii [por. Francis i in. 1999, 137–147]. Chorem podaje się odwracalne inhibitory acetylocholinoesterazy, takie jak: galantamina (sprzedawana np. pod nazwą handlową Nivalin), donepezil (np. Aricept, Cogiton, Donectil, Donepezil, Pamigen, Ricordo, Symepezil, Yasnal) czy

rywastygmina (np. Exelon, Nimvastid, Ristidic, Rivaldo, Symelon). Leki te nie dopuszczają do rozpadu acetylocholino – substancji biorącej udział w komunikowaniu się komórek nerwowych. Wpływa to korzystnie na przekazywanie w układzie cholinergicznym ośrodkowego układu nerwowego, co skutkuje nieznaczną poprawą funkcji poznawczych, a szczególnie pamięci [por. np. Bilikiewicz i in. 2003]. Hipoteza cholinergiczna nie ma jednak mocnego oparcia, ponieważ stosowane od połowy lat 80. XX wieku inhibitory acetylocholinoesterazy – pierwszym była takryna (nieużywana obecnie z powodu hepatotoksyczności) – nie okazały się zbyt skuteczne. Nie zatrzymują progresji choroby, a jedynie krótkotrwale łagodzą jej objawy u niektórych osób.

Druga w kolejności powstania hipoteza – amyloidowa – głosi, że fundamentalną rolę w patogenezie choroby odgrywają złogi β -amyloidu ($A\beta$). W chorobie Alzheimera nieznany bliżej proces powoduje, iż białko zwane APP (ang. *amyloid precursor protein* – białko prekursorowe amyloidu), które pełni istotną rolę we wzroście neuronu, jego przeżyciu oraz naprawie po uszkodzeniu, zostaje podzielone przez enzymy na mniejsze fragmenty. Jeden z powstałych tak fragmentów daje początek włóknom amyloidowym, które tworzą skupiska odkładające się na zewnątrz neuronów w gęstych tworach zwanych płytkami starczymi (ang. *senile plaques*). Prowadzi to do dezintegracji układu transportującego w neuronie, a z czasem do jego śmierci [Hardy, Allsop 1991, 383–388; Nikolaev i in. 2009, 981–989; Polvikoski i in. 1995, 1242–1247] (por. ryc. 3.).

Ryc. 3. W AD nieznany bliżej proces powoduje, że białko APP pod wpływem działania enzymów dzieli się na fragmenty β -amyloidowe, z których formują się płytki starcze

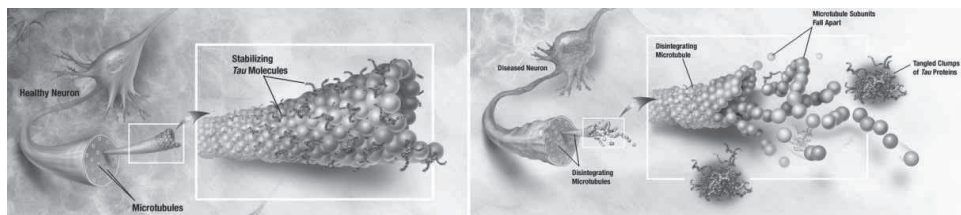


Źródło: Wikicommons (https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Amyloid_01big1.jpg; https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Amyloid_02big1.jpg; https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Amyloid_03big1.jpg).

Jedna z najnowszych hipotez – zwana tau – zakłada, iż to nieprawidłowości białka tau (τ) rozpoczynają chorobowy łańcuch zdarzeń w przebiegu AD. W modelu tym nici białka tau zaczynają łączyć się ze sobą, tworząc wewnątrz ciał neuronów sploty neurofibrylarne (ang. *neurofibrillary tangles* – NFT). Powoduje to dezintegrację mikrotubuli, co prowadzi do niszczenia systemu transportu neuronalnego. W konsekwencji powoduje to najpierw upośledzenie funkcjonowania komunikacji biochemicz-

nej pomiędzy neuronami, a później śmierć komórek mózgowych [Chun, Johnson 2007, 733–56; Goedert, Spillantini, Crowther 1991, 279–286; Iqbal i in. 2005, 198–210; Mudher, Lovestone 2002, 22–26] (por. ryc. 4.).

Ryc. 4. W AD zmiany białka tau prowadzą do dezintegracji mikrotubuli neuronów mózgu, a w konsekwencji do śmierci komórek mózgu



Źródło: Wikicommons (https://commons.wikimedia.org/wiki/File:TANGLES_HIGH.jpg).

AD jest złożoną, wieloobjawową i progresywną chorobą, wywołującą zaburzenia poznawcze, a w dalszej kolejności otępienie w typie alzheimerskim (ang. *Dementia of the Alzheimer Type* – DAT). Chociaż choroba przebiega inaczej u każdego pacjenta, występuje wiele często spotykanych objawów. AD zwykle rozwija się bez widocznych objawów przez 15–20 lat. Pierwsze symptomy choroby pojawiają się na ogół wówczas, gdy dojdzie do zniszczenia kilkudziesięciu procent neuronów (40–50%) [Waldemar i in. 2007, 1–26]. Medycyna nadal nie zna metod pozwalających na wczesne wykrywanie AD. Szczegółowe testy neuropsychologiczne mogą ujawnić łagodne zaburzenia sfery poznawczej do ośmiu lat przed spełnieniem przez pacjenta klinicznych kryteriów pozwalających na postawienie diagnozy AD [Bäckman i in. 2004, 195–204].

Wczesne objawy AD związane są zazwyczaj z ubytkami pamięci krótkoterminowej. Chory ma trudności z przypominaniem sobie niedawno zapamiętanych zdarzeń czy nazwisk i nie może zapamiętać nowych informacji na dłużej [Arnáiz, Almkvist 2003, 34–41]. Spowodowane jest to tym, że w początkowym stadium AD największej degeneracji ulegają struktury przyśrodkowe płata skroniowego, a szczególnie hipokamp i okoliczna kora śródwęchowa, które odgrywają ważną rolę w przenoszeniu informacji z pamięci krótkotrwałej do pamięci długotrwałej.

Osoby z wyższym wykształceniem, o dużym potencjale intelektualnym, zazwyczaj w tym początkowym okresie choroby kompensują ubytki pamięci i bez problemu wykonują codzienne czynności, które są zautomatyzowane, a nawet obowiązki zawodowe, z którymi są doskonale obeznane. Zaburzenia pamięci ujawniają się dopiero w sytuacjach, które wymagają uczenia się nowego materiału.

Wraz z upływem czasu degeneracja obejmuje coraz większe obszary kory mózgowej, co wywołuje osłabienie w zakresie innych procesów, które

prowadzą do obecności mniej lub bardziej specyficznych objawów, takich jak: afazja (zaburzenia mowy i języka), agnozja (niezdolność do rozpoznawania przedmiotów mimo braku zaburzeń czucia, wzroku, słuchu itp.), apraksja (zaburzenie zdolności wykonywania precyzyjnych czynności ruchowych przy niewystępowaniu np. niedowładów czy porażeń mięśni) oraz zaburzenia funkcji wykonawczych (niezdolność do planowania, organizacji, porządkowania czynności, zaburzenia myślenia abstrakcyjnego). Deficyty te powodują upośledzenie funkcjonowania społecznego, obniżając znacznie jego poziom w porównaniu z okresem wcześniejszym [por. DSM-IV-TR 2000]. Objawom osiowym towarzyszą zazwyczaj zmiany behawioralne i neuropsychiatryczne (labilność afektu, niekontrolowane wybuchy agresji, opór stawiany opiekunom, urojeniowy syndrom błędnej identyfikacji i inne objawy urojeniowe). W końcowym okresie AD chorzy nie są w stanie wykonać samodzielnie nawet najprostszego zadania bez pomocy opiekuna. Choroba prowadzi do śmierci pacjenta [Förstl, Kurz 1999, 288–290].

ZABURZENIA KOMUNIKACJI JĘZYKOWEJ W CHOROBY ALZHEIMERA

Choroba Alzheimera tworzy unikatowy kompleks współwystępujących zaburzeń pamięci, intelektu i osobowości oraz objawów „afazjopodobnych”. Celowo używamy określenia „afazjopodobnych”, ponieważ do opisu upośledzenia funkcji językowych w chorobach otępiennych, w tym AD, przeniesiono w literaturze medycznej i neuropsychologicznej paradygmat i nomenklaturę zaburzeń afatycznych. Tymczasem – w odróżnieniu od afazji, w której mamy do czynienia zazwyczaj z uszkodzeniami o charakterze ogniskowym – w otępieniu uszkodzenia dotyczą rozległych obszarów mózgu. Nomenklatura kliniczna określająca objawy u chorych z ograniczonymi uszkodzeniami mózgu może być zatem nieadekwatna wobec występujących częstokroć łącznie deficytów pamięciowych, zaburzeń praktyki, gnozy i języka oraz upośledzenia orientacji wzrokowo-przestrzennej.

Zaburzenia funkcji mownych pogłębiają się – podobnie jak i innych funkcji poznawczych – w kolejnych trzech stadiach choroby Alzheimera: wczesnym, umiarkowanym (pośrednim) i zaawansowanym (ciężkim). W etapie wczesnym AD, który trwa od dwóch do pięciu lat, trudności językowe zdarzają się w małym odsetku przypadków. Jeśli się pojawiają, chory ma zazwyczaj kłopoty z płynnością mowy, objawiające się trudnościami z doбором odpowiednich słów. Zubożeniu ulega również język pisany [Taler, Phillips 2008, 501–556]. Rzadko zdarzają się u pacjenta parafazje semantyczne, tj. zastępowanie właściwych słów innymi, np. chory, widząc łyżkę, mówi *widelec*. Na tym etapie choroby pacjent nie ma też problemów z adekwatnym komunikowaniem swoich podstawowych myśli. Rozumie także, nawet złożone, komunikaty kierowane do niego.

W etapie umiarkowanym AD, który może trwać od dwóch do nawet dwunastu lat, objawy językowe, początkowo dyskretne, stają się coraz wyraźniejsze. Przede wszystkim u chorego pojawiają się regularne kłopoty z nazywaniem (anomia). Skutkuje to quasi-nominacją, czyli zastępowaniem rzeczowników zaimkami, tworzeniem peryfraz, czyli opisywaniem przedmiotu, którego pacjent nie może nazwać (np. zamiast *krzesło* mówi *no ten... to... no... do siedzenia*), przeniesieniem nazwy wskutek podobieństwa relacji semantycznych (np. *posadzić poduszkę* zamiast *położyć poduszkę*, *ciasne* zamiast *gęste*), przeniesieniem nazwy wskutek podobieństwa bądź styczności nazw (np. *zdemaskowany* zamiast *zde-wastowany*, *operowana* zamiast *zaaferowana*), a także błędnym użyciem związków frazeologicznych lub tzw. defrazeologizacją (np. *uśmiech od buzi do buzi* zamiast *od ucha do ucha*). Rozregulowaniu ulega nie tylko podsystem leksykalno-semantyczny, lecz także inne systemowe sprawności językowe. Na poziomie fleksyjnym przejawia się to m.in. problemami z kategorią aspektu (np. formy typu: *wyleczają się*) czy złym doborem końcówek rzeczownika, na poziomie słowotwórczym niezgodnymi z normą konstrukcjami typu: *wnuczek*, *dobrość*, *pitki* (w znaczeniu 'napoje'), *ciepłość*, *podkładać*, a na poziomie składniowym – z zaburzeniami struktur połączeń wyrazowych [Domagała 2000, 297–311; 2007; Jodzio, Nyka 2008, 14–22; Marczeńska, Osiejuk 1994; Nocoń 2009, 15–18; Panasiuk 2015, 955–992; Szepietowska, Daniluk 2000, 117–135]. Wraz z upływem czasu w stadium tym wypowiedzi chorych stają się coraz bardziej fragmentaryczne, urywane. Pacjenci często gubią wątek i powtarzają fragmenty zdań. Jeśli chodzi o zakres tematyczny wypowiedzi, to chorzy zazwyczaj przejawiają skłonności do mówienia o przeszłości (z uwagi na lepiej zachowaną pamięć długoterminową) bądź o sprawach błałych.

W etapie umiarkowanym AD pojawiają się również zaburzenia rozumienia mowy przy względnie zachowanej zdolności powtarzania. Zaburzenia rozumienia mogą także dotyczyć komunikatów przekazywanych drogą pozawerbalną (np. gestami). Daje to kliniczny obraz tzw. transkrowej afazji sensorycznej. Zaburzenia rozumienia są bowiem skutkiem uszkodzeń korowych płatów skroniowych. W tej fazie choroby progresywnie tracone są także umiejętności pisanie (agrafia) i czytania (aleksja) [Frank 1994, 417–423]. Zaburzenia rozumienia czytanego tekstu wskazują na uszkodzenie dolnej części płata ciemieniowego i okolicy zakrętu kąтового.

W ostatnim, trzecim stadium AD, które trwa od roku do trzech lat, z powodu głębokich zaburzeń pamięci zniesiona jest zdolność nazywania czy wręcz werbalizowania własnych myśli. Chory zazwyczaj nie jest już w stanie skonstruować najprostszej wypowiedzi bądź też jego wypowiedzi są pozbawione znaczenia. Język pacjenta ulega redukcji do kilku pojedynczych zwrotów bądź słów. Nierzadko te szczątkowe wypowiedzi ograniczone są do echolalii – bezwiednego powtarzania usłyszanego słów

i zwrotów (bez zrozumienia). Zaburzeniu ulega także komunikacja na poziomie niewerbalnym. Chory przejawia trudności z wyrażaniem swoich myśli za pomocą mowy ciała, gestów, mimiki czy kontaktu wzrokowego. U niektórych chorych zachowane zostaje rozumienie sygnałów emocjonalnych [Frank 1994, 417–423; Förstl, Kurz 1999, 288–290].

NOWE FORMY FARMAKOTERAPII

Według danych US National Institutes of Health z 2012 r. sposoby leczenia AD próbowano znaleźć w ponad tysiącu badań klinicznych o różnym zasięgu. Próby te zakończyły się fiaskiem, ponieważ albo testowane substancje prowadziły do wystąpienia niespodziewanych ciężkich zdarzeń niepożądanych (np. zapalenie opon i mózgu, obrzęk naczyń pochodny mózgu, mikrokrwotoki), albo też nie spowalniały postępu deterioracji funkcji poznawczych. W efekcie od 2000 r., tj. od chwili wprowadzenia do obrotu farmaceutycznego memantyny (antagonista receptora NMDA stosowany jako lek prokognitywny w AD) – żaden nowy lek nie został zarejestrowany i wprowadzony do terapii AD.

W ostatnich kilku latach prowadzi się zaawansowane badania kliniczne nad dwoma całkiem nowymi substancjami – inhibitorami β -sekreazy (ang. *beta secretase cleaving enzyme* – BACE) oraz przeciwciałami monoklonalnymi (ang. *monoclonal antibody* – mAb). Obie substancje mają usuwać z płynu mózgowo-rdzeniowego blaszki β -amyloidu (grupa peptydów i białek, charakteryzujących się wspólnym motywem strukturalnym, zawierającym struktury β -fałdowe równoległe lub prostopadłe do osi włókien), które mają szkodliwy wpływ na neurony i powodują ich uszkodzenie na drodze niewyjaśnionych do dziś mechanizmów.

Najbardziej zaawansowane testy dotyczą inhibitorów β -sekreazy o nazwie verubecestat (MK-8931) firmy Merck Laboratories oraz lanabecestat (AZD3293) firmy Eli Lilly and Company. Zadaniem inhibitora BACE jest dołączenie się do enzymu i uniemożliwienie mu odcinania białka APP, co powoduje powstawanie β -amyloidu. Obie substancje są już po pierwszej i drugiej fazie badań klinicznych na zwierzętach i u ludzi. W obu wypadkach nie zaobserwowano szczególnie toksycznego czy niepożądanego wpływu leków na organizm. U osób z wczesnym i umiarkowanym stadiem AD, które przyjmowały leki, zauważono zmniejszenie ilości β -amyloidu w płynie mózgowo-rdzeniowym [Alexander i in. 2014, S2; Eketjäll i in. 2016, 1109–1123; Forman i in. 2013, 139; Haeberlein i in. 2013, P813; Höglund i in. 2014, P447; Yan, Vassar 2014, 319–329].

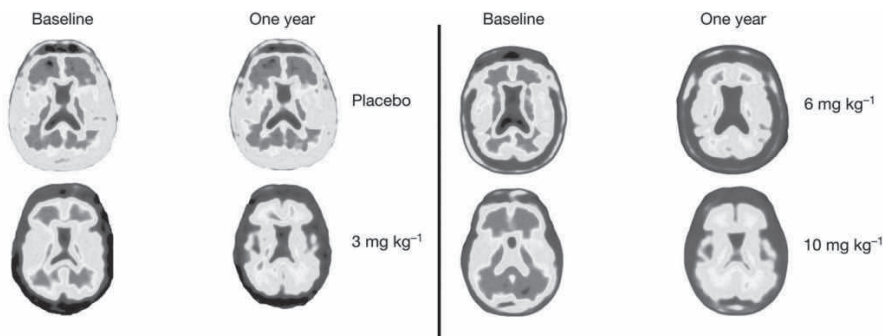
Obecnie trwają już wielośrodkowe i randomizowane badania, których głównym celem jest ocena skuteczności w zakresie funkcji poznawczych oraz codziennych aktywności i bezpieczeństwa leku w porównaniu z placebo u pacjentów z wczesną chorobą Alzheimera na etapie łagodnych zaburzeń poznawczych i wczesnym etapie lekkiego otępienia. Ba-

danie oceni również bezpieczeństwo i tolerancję leku, tj. określi działania niepożądane wynikające z długotrwałego przyjmowania określonych dawek leku.

Innego rodzaju badania eksperymentalne prowadzi zespół amerykańskich i szwajcarskich naukowców z firm US Biotech, Biogen i Neurimmune. W marcu 2015 r. ogłoszono wyniki randomizowanego, z podwójnie ślepą próbą, kontrolowanego placebo badania skuteczności przeciwciała monoklonalnego o nazwie aducanumab (BIIB037). Jest to pierwsze przeciwciało monoklonalne skierowane przeciwko β -amyloidowi, które wykazało skuteczność w badaniach klinicznych (wcześniej – bez pozytywnych wyników – badano bapineuzumab, solanezumab, gantenerumab) [Sevigny i in. 2015, P277].

Szczegółowe dane z eksperymentu z aducanumabem opublikowano we wrześniu 2016 r. w piśmie „Nature”. Do badania przystąpiło 165 pacjentów leczonych na AD w 33 ośrodkach w Stanach Zjednoczonych. Przez rok podawano im lek w formie zastrzyków. Po rozpoczęciu farmakoterapii 40 osób zostało wykluczonych z badania z powodu odczuwanych skutków ubocznych, takich jak bóle głowy. U pozostałych pacjentów zaobserwowano po roku redukcję złogów β -amyloidu w badaniu PET zależną od dawki leku (por. ryc. 5.). Ponadto testy wykazały pozytywne działanie leku na poprawę zdolności kognitywnych pacjentów, choć – jak zastrzegają autorzy – potrzebne są większe badania kontrolne w celu potwierdzenia korzyści [Sevigny i in. 2016, 50–56].

Ryc. 5. Porównawcze skany PET mózgu czworga pacjentów. Po lewej stronie na każdej z par skanów widać mózg chorych przed rozpoczęciem terapii, a po prawej – obraz mózgu po roku leczenia w zależności od zastosowanej dawki leku. Im większa była dawka leku, tym więcej złogów β -amyloidu (oznaczonych kolorem ciemnoszarym) zostało usuniętych z mózgu. U pacjenta przyjmującego placebo nie widać różnicy



Źródło: „Nature”.

NOWE FORMY REHABILITACJI NEUROLOGOPEDYCZNEJ

Choroba Alzheimera stanowi najczęstszą postać spośród wszystkich typów chorób i zespołów otępiennych. W trakcie kohortowych badań longitudinalnych ustalono, iż współczynnik zapadalności wynosi 10–15 na 1000 osobolat dla otępień w ogólności oraz 5–8 dla AD. Oznacza to, iż połowa nowo rozpoznawanych corocznie przypadków otępień powodowana jest przez AD [Bermejo-Pareja i in. 2008, 63–72; Di Carlo i in. 2002, 41–48]. Szacuje się, iż obecnie na świecie na AD cierpi blisko 44 miliony ludzi. Co roku przybywa około 7,7 miliona nowych przypadków.

W Polsce badania epidemiologiczne dotyczące choroby Alzheimera nie są prowadzone. Z danych pozarządowej organizacji Alzheimer Europe wynika, że w Polsce było w 2014 r. co najmniej 310 tys. osób z AD. Zaledwie 15% pacjentów z AD ma właściwe rozpoznanie i wdrożoną farmakoterapię. Wskazują na to dane aptek dotyczące sprzedaży leków stosowanych w leczeniu AD. Preparaty te może bowiem przepisać tylko specjalista, który najpierw musiał rozpoznać tę chorobę.

Liczba osób zapadających na AD będzie lawinowo wzrastać. Wynika to z najważniejszego czynnika zachorowalności, którym jest zaawansowany wiek. Według szacunków Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) w 2050 r. na całym świecie będzie 115 mln chorych na AD. W Polsce będzie ich w tym czasie ok. 1 mln. Dane o rozpowszechnieniu AD oraz prognozy dotyczące liczby zachorowań pozwalają na uzmysłowienie sobie skali problemu, z którym przyjdzie się zmierzyć w nieodległej przyszłości. Problem dotyczy nie tylko lekarzy specjalistów (neurologów, psychiatrów czy geriatrów), lecz także neuropsychologów, neurologopedów oraz przedstawicieli nowo tworzącej się subspecjalizacji logopedycznej, którymi są gerontologopedzi.

Jeśli po zakończeniu prób klinicznych okaże się, że nowe leki zatrzymują lub znacząco spowalniają neurodegenerację, rehabilitanci różnych specjalności staną przed zupełnie nowym zadaniem. Dotąd bowiem w obliczu niezwykle trudnej sytuacji terapeutycznej – wynikającej z niepomyślnych rokowań w AD, częstego braku motywacji u chorego itp. – starali się jedynie stabilizować funkcje poznawcze oraz możliwości komunikacyjne pacjenta. Teraz natomiast celem rehabilitacji stanie się umożliwienie pacjentom powrotu do względnej samodzielności poprzez pobudzanie naturalnej odbudowy uszkodzonych funkcji oraz uczenie pacjentów sposobów kompensacji tych deficytów, które okażą się trwałe.

Nie można obecnie wykluczyć, iż stan pacjenta z łagodnymi zaburzeniami poznawczymi w przebiegu AD albo z łagodnym otępieniem w AD, u którego progres choroby uda się farmakologicznie zatrzymać (lub ustabilizować na dłuższy czas), nie jest ostateczny i może ulec poprawie za sprawą plastyczności mózgu. Inicjowanie oraz podtrzymywanie tego procesu stanie się istotą rehabilitacji neurologopedycznej.

Szczegółowe opisanie zjawiska neuroplastyczności przekracza ramy niniejszego artykułu, niemniej należy tu koniecznie przypomnieć podstawowe ustalenia badawcze. Do lat 70. XX wieku dominowało przekonanie o stałości połączeń w układzie nerwowym dorosłych ssaków. Przyczyniło się do tego sławetne stwierdzenie wielkiego neuroanatora i wizjonera Santiago Ramona y Cajala, który na początku XX wieku napisał: „W dorosłych ośrodkach nerwowych szlaki nerwowe są ustalone, zakończone, nie do zmienienia. Wszystko może umrzeć, nic nie zregeneruje” [Ramon y Cajal 1928]. Dopiero w 1969 r. Geoffrey Raisman udowodnił empirycznie, przedstawiając zdjęcia z mikroskopu elektronowego, że uszkodzenie mózgu w rejonie formacji hipokampu prowadzi do powstawania nowych synaps. W 1998 r. udowodniono, że w dorosłym ludzkim mózgu powstają nowe neurony [Eriksson i in. 1998, 1313–1317]. Dziś przyjmuje się już powszechnie, że podstawowy wzorec połączeń pomiędzy ośrodkami w mózgu człowieka kształtuje się w okresie rozwoju, lecz obwody neuronalne są plastyczne i modyfikowalne przez całe życie.

W rehabilitacji neurologopedycznej pacjentów z AD należy opierać się przede wszystkim na wiedzy o mechanizmach neuroplastyczności naprawczej i kompensacyjnej. W uszkodzonej chorobą tkance mózgowej można zaobserwować zarówno spontaniczne, jak i dodatkowo pobudzone rehabilitacją zmiany plastyczne. Możliwe warianty strategii naprawczej to przejęcie przez nieuszkodzone ośrodki sterowania zaburzoną funkcją mózgu lub wytworzenie nowego ośrodka sterowania tą funkcją z wykorzystaniem pozostałych fragmentów starego. Innym mechanizmem, który należy brać pod uwagę, jest plastyczność związana z uczeniem się i pamięcią. Poprzez powtarzanie czynności i utrwalanie jej w pamięci tworzą się nowe ścieżki neuronalne [por. Frost i in. 2003, 3205–3214; Kempermann, Gast, Gage 2002, 135–143; Liu i in. 2009, 3221–3231; Merzenich i in. 1983, 33–55; Pąchalska 2009].

Programując nowe formy rehabilitacji neurologopedycznej chorych z AD, należy rozważyć to, czy terapia powinna mieć charakter indywidualny, czy grupowy. Najczęściej stosowaną metodą rehabilitacji neurologopedycznej jest terapia indywidualna. Główną korzyścią z tego typu podejścia jest dostosowanie terapii do stanu konkretnego pacjenta. Alternatywną metodą prowadzenia rehabilitacji neurologopedycznej osób z AD może być terapia grupowa z wykorzystaniem metody warsztatowej. Metoda ta – mimo oczywistych ograniczeń – może przynieść pacjentom wiele korzyści. Przede wszystkim trzeba tu wymienić: wzrost mobilizacji, co może prowadzić do osiągania większych postępów, generowanie większej liczby rozwiązań, a także dostarczenie pacjentom możliwości uzyskiwania wsparcia od osób znajdujących się w bardzo podobnej sytuacji życiowej [por. Kot-Bryćko, Pietraszkiewicz 2012, 344–347].

Ponadto postulowana, nowa rehabilitacja neurologopedyczna powinna obejmować nie tylko odtwarzanie utraconych sprawności komunikacyjnych, lecz także uwzględniać rehabilitację deficytów poznawczych

(takich jak uwaga, pamięć, gnozia, funkcje wykonawcze) w formie różnego rodzaju ćwiczeń werbalnych i niewerbalnych [Bąbel, Baran 2011; Kądziaława 2008, 56–71; Łojek 2008, 72–95; Mroziak 2008, 96–122]. Zawsze bowiem należy mieć na uwadze to, że w wypadku AD deficyty pamięciowe, zaburzenia praktyki, gnozy i języka oraz upośledzenie orientacji wzrokowo-przestrzennej występują łącznie.

Bibliografia

- R. Alexander i in., 2014, *AZD3293. A novel BACE1 inhibitor: safety, tolerability, and effects on plasma and CSF A β peptides following single- and multiple-dose administration*, „*Neurobiology of Aging*” 35, s. S2.
- E. Arnáiz, O. Almkvist, 2003, *Neuropsychological features of mild cognitive impairment and preclinical Alzheimer's disease*, „*Acta Neurologica Scandinavica. Supplementum*” 179, s. 34–41.
- P. Bąbel, A. Baran, 2011, *Trening pamięci*, Warszawa.
- L. Bäckman i in., 2004, *Multiple cognitive deficits during the transition to Alzheimer's disease*, „*Journal of Internal Medicine*” 256(3), s. 195–204.
- F. Bermejo-Pareja i in., 2008, *Incidence and subtypes of dementia in three elderly populations of central Spain*, „*Journal of the Neurological Sciences*” 264(1–2), s. 63–72.
- A. Bilikiewicz i in., 2003, *Psychiatria*, t. III, Wrocław.
- D.R. Borchelt i in., 1996, *Familial Alzheimer's disease-linked presenilin 1 variants elevate β A1-42/1-40 ratio in vitro and in vivo*, „*Neuron*” 17(5), s. 1005–1013.
- W. Chun, G.V. Johnson, 2007, *The role of tau phosphorylation and cleavage in neuronal cell death*, „*Frontiers in Bioscience*” 12, s. 733–56.
- R.S. Desikan i in., 2009, *Automated MRI measures identify individuals with mild cognitive impairment and Alzheimer's disease*, „*Brain*” 132(8), s. 2048–2057.
- A. Di Carlo i in., 2002, *Alzheimer's disease, and vascular dementia in Italy. The ILSA Study*, „*Journal of the American Geriatrics Society*” 50(1), s. 41–48.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR*, 2000, Arlington.
- A. Domagała, 2000, *Standard postępowania logopedycznego w przypadku zaburzeń mowy w otępieniu alzheimerowskim*, „*Logopedia*” t. XXXVII, s. 297–311.
- A. Domagała, 2007, *Zachowania językowe w demencji*, Lublin.
- S. Eketjäll i in., 2016, *AZD3293: A novel, orally active BACE1 inhibitor with high potency and permeability and markedly slow off-rate kinetics*, „*Journal of Alzheimer's Disease*” 50(4), s. 1109–1123.
- P.S. Eriksson i in., 1998, *Neurogenesis in the adult human hippocampus*, „*Nature Medicine*” 4(11), s. 1313–1317.
- M. Forman i in., 2013, *The novel BACE inhibitor MK-8931 dramatically lowers CSF beta-amyloid in patients with mild-to-moderate Alzheimer's disease*, „*Alzheimer's & Dementia*” 9(4), s. 139.
- H. Förstl, A. Kurz, 1999, *Clinical features of Alzheimer's disease*, „*European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*” 249(6), s. 288–290.

- P.T. Francis i in., 1999, *The cholinergic hypothesis of Alzheimer's disease: a review of progress*, „The Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry” 66(2), s. 137–147.
- E.M. Frank, 1994, *Effect of Alzheimer's disease on communication function*, „Journal of the South Carolina Medical Association” 90(9), s. 417–423.
- B. Frost i in., 2003, *Reorganization of remote cortical regions after ischemic brain injury: a potential substrate for stroke recovery*, „The Journal of Neurophysiology” 89(6), s. 3205–3214.
- M. Goedert, M.G. Spillantini, R.A. Crowther, 1991, *Tau proteins and neurofibrillary degeneration*, „Brain Pathology” 1(4), s. 279–286.
- S.B. Haeberlein i in., 2013, *AZD3293, a potent and selective orally active, brain-permeable BACE1 inhibitor*, „Alzheimer's & Dementia” 9(4), s. P813.
- J. Hardy, D. Allsop, 1991, *Amyloid deposition as the central event in the aetiology of Alzheimer's disease*, „Trends in Pharmacological Sciences” 12(10), s. 383–388.
- K. Höglund i in., 2014, *Monitoring the Soluble Amyloid Precursor Protein Alpha (SAPPA) and Beta (SAPPB) fragments in plasma and CSF from healthy individuals treated with bace inhibitor AZD3293 in a multiple ascending dose study: Pharmacokinetic and Pharmacodynamic correlate*, „Alzheimer's & Dementia” 10(4), s. P447.
- K. Iqbal i in., 2005, *Tau pathology in Alzheimer disease and other tauopathies*, „Biochimica et Biophysica Acta” 1739(2–3), s. 198–210.
- K. Jodzio, W.M. Nyka, 2008, *Zaburzenia językowe oraz mowy w praktyce ogólnolekarskiej*, „Forum Medycyny Rodzinnej” nr 2, s. 14–22.
- D. Kadzielawa, 2008, *Rehabilitacja osób z uszkodzeniami lewostronnymi mózgu* [w:] E. Łojek, A. Bolewska (red.), *Wybrane zagadnienia rehabilitacji neuropsychologicznej*, Warszawa, s. 56–71.
- G. Kempermann, D. Gast, F.H. Gage, 2002, *Neuroplasticity in old age: sustained fivefold induction of hippocampal neurogenesis by long-term environmental enrichment*, „Annals of Neurology” 52(2), s. 135–143.
- K. Kot-Bryćko, F. Pietraszkiewicz, 2012, *Psychologia w medycynie. Część 2 – rehabilitacja neuropsychologiczna po udarze mózgu*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu” nr 4, s. 344–347.
- Y.F. Liu i in., 2009, *Differential effects of treadmill running and wheel running on spatial or aversive learning and memory: roles of amygdalar brain-derived neurotrophic factor and synaptotagmin I*, „The Journal of Physiology” 587(13), s. 3221–3231.
- E. Łojek, 2008, *Rehabilitacja neuropsychologiczna osób z uszkodzeniami prawej półkuli mózgu* [w:] E. Łojek, A. Bolewska (red.), *Wybrane zagadnienia rehabilitacji neuropsychologicznej*, Warszawa, s. 72–95.
- H. Marczevska, E. Osiejuk, 1994, *Nie tylko afazja... O zaburzeniach w demencji Alzheimer'a, demencji wielozawałowej i przy uszkodzeniach prawej półkuli mózgu*, Warszawa.
- M. Merzenich i in., 1983, *Topographic reorganization of somatosensory cortical areas 3b and 1 in adult monkeys following restricted deafferentation*, „Neuroscience” 8, s. 33–55.
- R. Moan, 2009, *MRI software accurately IDs preclinical Alzheimer's disease*, „Diagnostic Imaging” July 20.

- J. Mroziak, 2008, *Rehabilitacja neuropsychologiczna osób z zaburzeniami pamięci* [w:] E. Łojek, A. Bolewska (red.), *Wybrane zagadnienia rehabilitacji neuropsychologicznej*, Warszawa, s. 96–122.
- A. Mudher, S. Lovestone, 2002, *Alzheimer's disease-do tauists and baptists finally shake hands?*, „Trends in Neurosciences” 25(1), s. 22–26.
- A. Nikolaev i in., 2009, *APP binds DR6 to cause axon pruning and neuron death via distinct caspases*, „Nature” 457(7232), s. 981–989.
- P. Nocoń, 2009, *Zaburzenia komunikacji w zespołach otępiennych*, „MEDI – Forum Opieki Długoterminowej” nr 2, s. 15–18.
- M. Pachalska, 2009, *Rehabilitacja neuropsychologiczna*, Lublin.
- J. Panasiuk, 2015, *Postępowanie logopedyczne w przypadkach chorób neurodegeneracyjnych* [w:] S. Grabias, J. Panasiuk, T. Woźniak (red.), *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego. Podręcznik akademicki*, Lublin, s. 955–992.
- T. Polvikoski i in., 1995, *Apolipoprotein E, dementia, and cortical deposition of beta-amyloid protein*, „The New England Journal of Medicine” 333(19), s. 1242–1247.
- S. Ramon y Cajal, 1928, *Degeneration and Regeneration of the Nervous System*, London.
- J. Sevigny i in., 2015, *Aducanumab (BIIB037), an anti-amyloid beta monoclonal antibody, in patients with prodromal or mild Alzheimer's disease: Interim results of a randomized, double-blind, placebo-controlled, phase 1b study*, „Alzheimer's & Dementia” 11(7), s. P277.
- J. Sevigny i in., 2016, *The antibody aducanumab reduces Aβ plaques in Alzheimer's disease*, „Nature” 537, s. 50–56.
- Z.X. Shen, 2004, *Brain cholinesterases: II. The molecular and cellular basis of Alzheimer's disease*, „Medical Hypotheses” 63(2), s. 308–321.
- E.M. Szepietowska, B. Daniluk, 2000, *Zaburzenia językowe w demencji w ujęciu neuropsychologii klinicznej* [w:] *Audiofonologia* t. XVI, Lublin, s. 117–135.
- V. Taler, N.A. Phillips, 2008, *Language performance in Alzheimer's disease and mild cognitive impairment: a comparative review*, „Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology” 30(5), s. 501–556.
- G. Waldemar i in., 2007, *Recommendations for the diagnosis and management of Alzheimer's disease and other disorders associated with dementia: EFNS guideline*, „European Journal of Neurology” 14(1), s. 1–26.
- G.L. Wenk, 2003, *Neuropathologic changes in Alzheimer's disease*, „The Journal of Clinical Psychiatry” 64 (supl. 9), s. 7–10.
- R. Yan, R. Vassar, 2014, *Targeting the β secretase BACE1 for Alzheimer's disease therapy*, „The Lancet Neurology” 13(3), s. 319–329.

***New forms of speech-language pathology therapy as a response
to new forms of pharmacotherapy in Alzheimer's disease***

Summary

Alzheimer's disease (AD) is one of neurodegenerative diseases causing progressive and irreversible loss of neurons in various regions of the brain. It is characterised by memory deficits and disorders such as aphasia, apraxia, and agnosia. Cognitive impairment results in deteriorated functioning of the patient with respect to the initial condition to the extent debilitating their everyday functioning. The paper presents the initial results of the research on new types of medications used to treat AD. If, after completing clinical trials, it proves that the new substances stop or significantly slow the progression of neurodegeneration, physical therapists or various specialties, including speech-language pathologists, will deal with a completely new task. This is because in the face of an extremely difficult therapeutic situation, resulting from unfavourable prognosis in AD, the patient's frequent demotivation, etc., they have endeavoured only to stabilise the patient's cognitive functions and communication capabilities to this date. Now in turn the therapy's aim will be to enable the patient to regain a relative independence through stimulation of the natural reconstruction of the damaged functions and teaching the patient how to compensate for the deficits which prove permanent.

Trans. Monika Czarnecka

Joanna Zawadka
(Uniwersytet Warszawski)

GRAFETYKA W SŁUŻBIE LOGOPEDII

Przedmiotem zainteresowania grafetyki [Meetham i Hudson 1969, 666; Crystal 2011, 220; Günther 1993, 29–42; Althaus 1980, 138; Urbańczyk, Kucala, 2008], jako dyscypliny językoznawstwa, jest opis materialnych cech znaków graficznych, takich jak: wielkość, budowa – rodzaj elementów strukturalnych, proporcje oraz układ tych elementów. W grafetyce wyróżnia się cztery podstawowe typy znaków: piktogramy, ideogramy, logogramy, fonogramy. Opisowi podlegają znaki wykorzystywane w piśmie odręcznym i w druku. Ponadto analizowane są warunki, które konstytuują komunikację językową w piśmie – tworzenie zapisu oraz jego odbiór (odczytywanie). Grafetyka zajmuje się ustaleniem typów zapisów, segmentacją, klasyfikacją jednostek graficznych (grafów), określeniem inwentarza (allo)grafów oraz ustaleniem relacji między nimi a grafemami [Brown i in. 2006, 58]. Powyższe zadania realizowane są w odniesieniu do jednego wybranego systemu pisma lub komparatyście – z uwzględnieniem kilku systemów pisma.

W obrębie grafetyki wyróżnia się grafetykę wizualną oraz grafetykę mechaniczną [Coulmas 1996, 177], która w polskiej tradycji piśmienniczej częściej określana jest jako grafomotoryka.

Zadaniem grafetyki wizualnej jest:

- opis materialnych cech znaków;
- wskazanie, które z cech znaku są dystynktywne, a które niedystynktywne;
- ustalenie częstości występowania określonych elementów strukturalnych we wszystkich znakach danego systemu pisma (ewentualnie należących do różnych systemów pisma);
- opis podobieństw oraz różnic w budowie znaków należących do jednego systemu pisma (ewentualnie należących do różnych systemów pisma);
- ustalenie, jaka jest orientacja znaku na płaszczyźnie, w liniaturze;
- ustalenie, jaka jest orientacja znaku względem innych znaków, gdy tworzą one tekst lub przekaz informacyjny innego rodzaju (np. znaki ustawione w jednej linii poziomej od lewej do prawej);

- opis materialnych cech allografów głównych oraz pobocznych – opis formy znaków, w której pojawiają się one często i rzadko;
- opis formy znaków, jaki przez daną społeczność został uznany za postać wzorcową, dopuszczalną czy niedopuszczalną (niepoprawną) ze względu na pewne przyjęte kryteria;
- opis materialnych cech allografów pozycyjnych (jeśli występują w danym piśmie), czyli opis ewentualnych zmian, jakim podlega wygląd znaków ze względu na zajmowaną przez nie pozycję w wyrazie, zdaniu, tekście;
- ocena rozpoznawalności (czytelności) znaku w zależności od stopnia zakłócenia jego formy – gdy znaki są zmodyfikowane lub uszkodzone;
- opis typów modyfikacji znaków;
- ocena poziomu graficznego pisma itd.

Zadania grafomotoryki koncentrują się wokół technicznego aspektu tworzenia znaków:

- techniki zapisu uwzględniającej dane narzędzie pisarskie oraz powierzchnię zapisu;
- pozycji ciała podczas pisania (zwłaszcza ułożenia ręki, palców, głowy);
- zaangażowania ciała podczas pisania (w szczególności ręki, palców, głowy);
- sposobów tworzenia zapisu innego niż wykorzystującego rękę, np. usta, nogę;
- rodzaju ruchów pisarskich;
- procesu zapisu znaków: kolejności linii, sposobu ich łączenia, sposobu łączenia kolejnych znaków;
- zmian w sposobie zapisu znaków w zależności od wpływu czynników takich jak: dążenie do ekonomii ruchów, chęć spełnienia wymagań estetyki zapisu, stopień znajomości wyglądu znaku i techniki jego zapisu; postawa ciała podczas pisania, sprawność ręki (nogi, ust), chwyt narzędzia pisarskiego, powierzchnia zapisu, rodzaj narzędzia pisarskiego, jak również: wiek osoby piszącej, stan zdrowotny (w tym problemy ze wzrokiem, kontrola mięśni itd.).

Grafetyka traktuje różnorodność znaków graficznych jako powstałą w wyniku oddziaływania wielu czynników indywidualnych i socjologicznych, a także ewolucji pisma i rozwoju norm kaligraficznych oraz typograficznych – z tego względu można mówić o ujęciu synchronicznym i diachronicznym. Ponadto klasyfikacje grafetyczne znaków są ściśle powiązane z badaniami grafemicznymi, w ramach których opisywane są relacje między pismem (znakami) a mową dźwiękową oraz określone są obowiązujące (lub dawne) normy ortograficzne zapisu w danym języku. W wielu opracowaniach [Günther 1993, 30] wskazuje się, że grafetyka jest dla grafemiki tym, czym fonetyka (akustyczna, audytywna, artykulacyjna) dla fonologii.

Dokonując krótkiego przeglądu powiązań grafetyki z innymi dziedzinami, można tym bardziej docenić jej znaczenie jako nauki podstawo-

wej. Grafetyka jest nauką pomocniczą grafologii, która jest dyscypliną wyróżnianą w ramach psychologii, gdy ta analizuje związki między charakterem a pismem odręcznym. Na marginesie należy zauważyć, że zarówno dawniej, jak i dziś, prócz głosów zwolenników wnioskowania na podstawie analiz grafologicznych, pojawiają się uwagi krytyczne, a wśród badaczy nie ma pełnej zgody w ocenie rzetelności i trafności metody [por. Furnham i Gunter 1987, 433–435; Dazzi, Pedrabissi 2009, 1255–1268]. Grafetyka jest także nauką pomocniczą grafometrii, która w kryminalistyce (a dokładniej pismoznawstwie) wspiera działania prowadzące do jednoznacznej identyfikacji autora analizowanych zapisków [Grzeszycka 2006]. Wiedza z zakresu grafetyki wykorzystywana jest także w paleografii, gdy badane i odczytywane są teksty dawne, oraz w typografii [Bussmann 2006, 490; Althaus 1980, 138] i edytorstwie, które łączą w sobie wiedzę o piśmie, przekazie medialnym i teoriach komunikacji. W związku z postępem informatyki oraz techniki tradycyjna analiza pisma przybrała zupełnie nową formę i przeznaczenie – obecnie powszechnym wykorzystaniem cieszą się programy do komputerowego rozpoznawania pisma, tzw. OCR (ang. *Optical Character Recognition*). Zagadnienia opisywane przez grafetykę wzbogacają rozważania na temat nauki czytania i pisania [Wróbel 1985; Żytko 2006; Treiman, Kessler 2011, 39–57; Kwaśniewska 2000], dysleksji [Wolańska, Wolański 2016] oraz dysgrafii [Domagała, Mirecka 2010] prowadzone zasadniczo na gruncie pedagogiki i psychologii. Grafetyka jest też obecna w glottodydaktyce: pojawia się w kontekście nauki czytania i pisania w języku obcym, nauki nowego systemu pisma oraz respektowania zasad ortograficznych i norm graficznych zapisu czy wreszcie przyczyn i rodzaju trudności z tworzeniem oraz odczytywaniem znaków danego systemu pisma [Cook, Bassetti 2005; Sassoon 1995; Zawadka 2013a, 281–289; Zawadka 2013b, 33–41]. Sama glottodydaktyka coraz częściej kojarzona jest z logopedią także za sprawą wybieranej przez logopedów dodatkowej specjalizacji zawodowej z tego zakresu.

Logopedia wykorzystuje wiedzę z zakresu grafetyki, choć w niewielkim stopniu eksponuje jej nazwę. Tym niemniej, mówiąc o lingwistycznych podstawach logopedii, niejako automatycznie wskazujemy na wszystkie działy wchodzące w skład językoznawstwa, w tym na grafetykę. Logopedia zajmuje się komunikacją językową w mowie i piśmie,¹ a zatem wiedza z zakresu grafetyki powinna pojawić się w treściach nauczania, tak jak pojawia się w nich fonetyka.

Grafetyka oferuje pewien zakres wiedzy teoretycznej, w ramach której istnieje zespół pojęć i terminów służących do lingwistycznego opisu zjawisk dotyczących zarówno samego pisma, jak i komunikacji za pomocą pisma. W logopedii wiedza ta jest pomocna w:

¹ A według Ireny Styczek zadaniem logopedii specjalnej jest usuwanie trudności w nauce czytania i pisanie [Styczek 1979, 14].

- określeniu możliwości posługiwania się symbolami graficznymi i pismem do komunikacji, a w szczególności – posługiwania się nimi jako formą komunikacji alternatywnej lub wspomagającej (AAC) przez różne osoby ze względu na ich trudności ruchowe, niepełnosprawność intelektualną, poziom rozwoju języka, poziom rozwoju umiejętności społecznych, trudności z posługiwaniem się komunikacją dźwiękową;
- określeniu warunków skutecznej nauki czytania i pisania, biorąc pod uwagę wymagania stawiane przez dany system pisma: złożoność graficzna znaków (grafów), technika ich zapisu, różnorodność form znaków (grafów) itd.;
- zrozumieniu istoty niektórych trudności w czytaniu i pisaniu występujących zarówno u dzieci, jak i dorosłych;
- rozpoznaniu oraz opisaniu z perspektywy lingwistycznej niektórych trudności w czytaniu i pisaniu;
- dostosowaniu materiałów graficznych (tekstów, znaków) do potrzeb i możliwości osoby, z udziałem której prowadzona jest diagnoza lub/i terapia;
- zrozumieniu terapeutycznej wartości i znaczenia wykorzystania pisma w praktyce logopedycznej.

Wiedza z zakresu grafetyki znajduje zastosowanie w dwóch ważnych dla logopedii obszarach: diagnozy i terapii trudności w komunikacji językowej. W szczególności dotyczy to problemów związanych z czytaniem i pisaniem: trudności rozwojowych, takich jak dysleksja, dysortografia i dysgrafia, oraz nabytych – aleksji, agraphii. Poniżej omawiam krótko wybrane zagadnienia z zakresu logopedii w kontekście rozważań na temat grafetyki.

W procesie diagnostycznym, w którym wykorzystuje się próby czytania i pisania, grafetyka odgrywa ważną rolę na etapach:

- konstruowania narzędzi diagnostycznych i prób klinicznych – przygotowania materiałów dostosowanych do celu badania i możliwości osób z grupy badanej przez:
 - o uwzględnienie różnorodnego materiału literowego: pseudolitery, litery pisane i drukowane, litery małe i wielkie, dostosowanie rozmiaru, koloru, typu czcionki;
 - o uwzględnienie różnych typów zadań: uzupełnianie wyrazów z lukami literowymi, rozpoznawanie liter w wyrazie i pojedynczo, czytanie wyrazów pojedynczo i w kontekście;
- wyboru narzędzia lub prób klinicznych zawierających zadania odpowiednie dla wieku osoby badanej i celu badania (w świetle danych pochodzących z wcześniejszej obserwacji zachowań pacjenta, wywiadu wstępnego, wcześniejszych wyników badań). Przykładowe zadania to:
 - o czytanie tekstu, zdania, listy wyrazów, liter (nazywanie);
 - o ułożenie wyrazu z podanych liter (specjalne klocki literowe, litery zapisane na kartonikach, litery prezentowane w nielinearnym

- układzie na kartce lub w układzie linearnym, ale bez zachowanego porządku);
- o zapisanie dyktowanych wyrazów, zdań;
 - o kopiowanie liter, wyrazów, zdań;
 - o pisanie tekstu – tworzenie swobodnej wypowiedzi pisemnej, opracowanie opowiadania do historyjki obrazkowej itd.;
- oceny jakościowej wyników, np. przez uwzględnienie rodzaju błędów popełnianych w czytaniu, poziomu graficznego zapisu, poprawności graficzno-ortograficznej oraz sposobu tworzenia zapisu.

Wykorzystując pismo jako środek wspomagający pracę nad językiem i mową, należy pamiętać, że właściwości graficzne pisma, charakterystyka graficzna symboli mogą stanowić utrudnienie lub ułatwienie w osiągnięciu zamierzonych celów terapeutycznych.

W terapii z użyciem komunikacji wspomagającej i alternatywnej (AAC) oferowany jest szeroki wybór materiałów graficznych uwzględniający m.in. ograniczone możliwości percepcji wzrokowej, niski poziom znajomości języka, niski poziom rozwoju umysłowego osoby. Systemy znaków graficznych w AAC różnią się zatem rodzajem użytych znaków (piktogramy lub ideogramy), stroną wizualną oraz poziomem skomplikowania samego systemu.

W dysleksji jedną z trudności jest rozpoznanie znaków pisma i skojarzenie ich z odpowiadającymi im w mowie głoskami. Utrudnione jest nie tylko tworzenie umysłowych reprezentacji liter (grafemów), lecz także budowanie odpowiednich powiązań z umysłowymi reprezentacjami fonemów oraz sprawne wykorzystanie tych połączeń w czasie czytania i pisanie. Choć zasadniczo jest to problem dotyczący relacji grafem – fonem, fonem – grafem, to jednak nie można przeoczyć faktu, że abstrakcyjna, umysłowa reprezentacja grafemiczna tworzona jest na podstawie wielokrotnych kontaktów z fizycznymi znakami napisanymi lub wydrukowanymi na kartce, a nie z abstrakcyjnymi pojęciami. Sam aspekt graficzny pisma może stanowić źródło trudności – niektóre małe i wielkie litery² są do siebie zupełnie wizualnie niepodobne, np. „r”³ oraz „R”, natomiast łączy je wspólna nazwa i nasze przeświadczenie, że każda z nich stanowi przykład allografu jednego grafemu. Osobnym problemem jest podobieństwo wizualne różnych liter, np. „m” i „n” oraz „u” i „n” (różnica ich ułożenia na płaszczyźnie). Prócz tego dołączają się inne kwestie: różnorodności oznaczeń graficznych dla tej samej wartości dźwiękowej, różnorodności wartości dźwiękowych dla tego samego oznaczenia graficznego, obecności wieloznaków, wieloznaczności znaku kropki (znak diakrytyczny oraz integralna część litery „i”) [Przybysz-Piwko 1998, 121–128; Przybysz-Piwko

² Różnorodność form dostrzegamy także w obrębie samych małych i wielkich liter, np. „a” i „ɑ”, „G” i „g”.

³ W niniejszym artykule przykłady liter (allografów) zapisywane są w cudzy-słowie.

2008, 101–108]. Warto w tym momencie przywołać często podawany przykład trudności dzieci z zapisem rzadziej występujących w tekstach wielkich liter „F” i „H”. Trudność ta obserwowana jest zarówno u dzieci z grupy ryzyka dysleksji oraz dysortografii, jak i dzieci spoza tej grupy. Dzieci mogą mieć problem z przypomnieniem sobie kształtu, a zwłaszcza sposobu zapisu tych liter, co jednak nie zmienia faktu, że pamiętają o ich istnieniu i potrafią je rozpoznać.

W pracach dzieci, które dopiero rozpoczęły naukę czytania i pisanie, pojawiają się zapisy, które obrazują nie tylko drogę dochodzenia do wprawy w reprodukcji kształtów liter, lecz również rosnącą wiedzę dotyczącą poprawności ortograficznej zapisu [Awramiuk 2006]. Często obserwuje się obecność dodatkowych elementów strukturalnych znaków, np. nadmiarowa laseczka w literze „m”, znak diakrytyczny kreski tam, gdzie jest on zbędny, np. „ńie” zamiast „nie”; zapis litery „u” jako „y”; zapis z niewłaściwie określoną wysokością, na której pojawia się kreska pozioma w literze „t”, co sprawia, że cały znak bardzo upodabnia się do litery „ł” (pisana wersja litery „t”). Wszystko to, a także wiele innych przykładów, można odnaleźć w zeszytach dzieci z klas pierwszych i drugich. Na granicy między błędem graficznym a ortograficznym znajdują się takie zapisy, w których pominięcie lub dodanie elementu strukturalnego litery znacząco wpływa na poprawność zapisu, np. zamiana „a” na „o”, „u” na „y” – „do domy” zamiast „do domu”. W późniejszym okresie nauki szkolnej sposób zapisu podlega kolejnym modyfikacjom w procesie nadawania mu indywidualnego charakteru [Wróbel 1985]. Podstawowym zadaniem logopedy, lub innego specjalisty współpracującego z dzieckiem, jest rozpoznanie istoty ewentualnych trudności i wskazanie ich przyczyn, np. związanych z przetwarzaniem fonologicznym, niedostatecznie zautomatyzowanym wzorem zapisu liter, problemami dotyczącym percepcji wzrokowej itd. W tej sytuacji konieczna staje się elementarna wiedza z zakresu grafetyki ułatwiająca określenie problemu oraz odróżnienie trudności dyslektycznych, dysortograficznych i dysgraficznych od innych zjawisk, które stanowią naturalny element procesu nauki pisania i czytania.

Problemy dysgraficzne dotyczą jakości wytworu i techniki tworzenia zapisu. Choć dysgrafia wliczana jest do grupy trudności nazwanej dysleksją rozwojową [Bogdanowicz 2014, 88], istota problemu jest znacząco różna niż ta, która leży u podłoża dysleksji i dysortografii. W klasyfikacji ICD-10 określa się ją jako objaw specyficznych rozwojowych zaburzeń funkcji ruchowych (kod F82) [WHO 1993], z kolei DSM-5 opisuje je jako przejaw rozwojowych zaburzeń koordynacji (kod 315.4) [Galecki, Świącicki 2008]. W literaturze przedmiotu wskazuje się na kilka możliwych przyczyn, w tym – na niską sprawność motoryczną rąk [Molfese i in. 2008, 181]. Badania z udziałem grupy polskich dzieci z dysgrafią wskazują, że obniżony poziom graficzny pisma nie zawsze wiąże się z obniżonym poziomem sprawności manualnej [Wrońska, Nowak 2007, 93–99].

Problemy dysgraficzne koncentrują się najczęściej wokół trudności z uzyskaniem czytelnego zapisu (w zapisie dochodzi do zagubienia postaci znaku, deformacji elementów strukturalnych znaku), techniką tworzenia zapisu (np. nieprawidłowy nacisk i chwyt pisarski), nieodpowiednią wielkością znaków (znaki zbyt małe, zbyt duże, nieproporcjonalne) i utrzymaniem zapisu znaków w liniaturze.

Z kolei w agrafii problemy pacjenta mogą być związane z wytwarzaniem zapisu, a więc z jego aspektem technicznym, lub/i z przekazem językowym za pomocą pisma. Odwołując się do psycholingwistycznej klasyfikacji agrafii opisywanej zarówno w polskich opracowaniach przez Marię Pąchalską [2007, 144–157] i Danutę Kądziaławę [1996, 76–80], jak również w licznych pracach zagranicznych [np. Rapsack, Beeson 2000, 184–220], należy zwrócić uwagę na: zaburzenia allograficzne, zaburzenia nerwowo-mięśniowe i aграфиę związaną z apraxją. W każdej z wymienionych form agrafii można odnaleźć różne aspekty odnoszące się do poprawności i jakości zapisu odręcznego.

Zaburzenia allograficzne powstają w wyniku zakłócenia procedur selekcji i aktywacji właściwych graficznych programów motorycznych służących realizacji określonych kształtów liter. Reprezentacja ortograficzna jest odtwarzana prawidłowo, jednak w sposób nietypowy – pacjent może mieszać w zapisie wielkie i małe litery, lub z błędami – jeśli osoba myli litery o podobnych kształtach. Poziom graficzny zapisu jest ogólnie poprawny. Zachowany jest prawidłowy zapis wyrazów na klawiaturze i poprawne literowanie ustne postaci ortograficznej wyrazu.

Zaburzenia nerwowo-mięśniowe wynikają z uszkodzeń systemu motorycznego i często towarzyszą chorobie Parkinsona. Cechą charakterystyczną jest słaba kontrola motoryczna, która prowadzi do trudności w kontroli prędkości, zakresu ruchu, siły nacisku narzędzia pisarskiego. Zapisywane litery mogą być małe (mikrografia), mało czytelne, niewyraźne, linie – drżące.

W agrafii związanej z apraxją trudności w pisaniu spowodowane są ogólnymi problemami pacjenta dotyczącymi wykonywania precyzyjnych, celowych ruchów przy jednoczesnym braku problemów wynikających z niedowładu. W tym typie agrafii dochodzi do zaburzeń graficznych programów motorycznych, to znaczy niemożności przełożenia wybranej umysłowej reprezentacji graficznej na specyficzne polecenia motoryczne. W konsekwencji zapis charakteryzuje się niskim poziomem graficznym, który nie może być identyfikowany z objawem zaburzeń sensomotorycznych lub uszkodzeń jąder podstawnych czy mózdzku. Pojawiają się typowe zakłócenia proporcji i ułożenia przestrzennego znaków, pominięcia lub dodawanie elementów strukturalnych liter, co w rezultacie może skutkować zapisem nieczytelnym. Osoba nie może utrzymać narzędzia pisarskiego w pozycji odpowiedniej do pisanie. Zapis angażujący inne modalności (literowanie ustne, pisanie na klawiaturze) jest zachowany.

W aleksji [Hanlay, Kay 2010, 296–322] trudności z czytaniem mogą przybierać różne formy, wśród nich takie, w których utrudnione jest rozpoznawanie kształtu liter. W aleksji z zaburzeniami uwagi nazywanie pojedynczych liter może nie być zaburzone, jednak trudności pojawiają się, gdy liter jest więcej. Podobnie czytanie wyrazów nie nastęrcza trudności, gdy jest ich niewiele. W większym tekście czytanie wyrazów jest selektywne. Sytuacja zasadniczo nie zmienia się pomimo zastosowania podkreślenia, wyróżnienia kolorem, powiększenia rozmiaru czcionki, dołączenia strzałki, wskazującej na literę lub wyraz.

Z kolei w aleksji czystej (czyli aleksji bez agrafii) pacjent traci umiejętność rozpoznawania liter – nazywania ich, odczytywania, gdy pojawiają się w wyrazie. U niektórych osób zachowana jest zdolność korygowania ułożenia obróconych liter, dopasowania liter małych i dużych, odróżniania liter od pseudoliter oraz kopiowania zapisu. Zaburzeniom czytania towarzyszy niedowidzenie połowicze prawostronne. Często w lewym polu widzenia jest zachowana ostrość wzroku (na poziomie takim jak przed chorobą) oraz widzenie kolorów, co pozwala pacjentom na identyfikację i nazywanie obiektów. Litery, które widzi pacjent, mogą zostać przez niego opisane jako przypominające rzeczy lub zwierzęta, np. litera „A” wygląda jak sztaluga, „S” jak wąż itd. Na koniec należy wspomnieć o niektórych wypadkach czystej aleksji, w których dochodzi do dysocjacji poziomu poprawności odczytywania liter i cyfr. Przegląd literatury pokazuje, że u niektórych pacjentów rozpoznawanie liczb było wykonywane lepiej niż rozpoznawanie liter, choć nie bez błędów. Jest to szczególnie ciekawe, jeśli weźmie się pod uwagę podobieństwo wizualne niektórych liter i cyfr, np. „O” (litera) i „0” (zero), „V” (litera) i „V” (5 w zapisie cyframi rzymskimi) [Starrfelt, Behrmann 2011, 2283–2298].

Prezentowany krótki przegląd z pewnością nie wyczerpuje tematu związków między logopedią a grafetyką, mam jednak nadzieję, że będzie stanowić impuls do dalszych rozważań.

Bibliografia

- H.P. Althaus, 1980, *Graphetik* [w:] H.P. Althaus, H. Henne, H.E. Wiegand (red.), *Lexikon der germanistischen Linguistik*, Tübingen, s. 138.
- E. Awramiuk, 2006, *Lingwistyczne podstawy początkowej nauki czytania i pisania po polsku*, Białystok.
- M. Bogdanowicz, A. Adryjanek, M. Rożyńska, 2014, *Uczeń z dysleksją w domu – poradnik nie tylko dla rodziców*, wyd. III, Gdynia, s. 88.
- E.K. Brown, R.E. Asher, J.M.Y. Simpson, 2006, *Encyclopedia of language and linguistics*, t. II, Boston, s. 58.
- H. Bussmann, 2006, *Routledge dictionary of language and linguistics*, London, s. 490.
- V. Cook, B. Bassetti (red.), 2005, *Second language writing systems*, Clevedon.

- F. Coulmas, 1996, *The Blackwell Encyclopedia of Writing Systems*, Oxford, s. 177.
- D. Crystal, 2011, *Dictionary of linguistics and phonetics*, Oxford, s. 220.
- C. Dazzi, L. Pedrabissi, 2009, *Graphology and personality: an empirical study on validity of handwriting analysis*, „Psychological Reports” 105(3), s. 1255–1268.
- M. Delazer, A. Lochy, C. Jenner, F. Domahs, T. Benke, 2002, *When writing 0 (zero) is easier than writing O (o): a neuropsychological case study of agraphia*, „Neuropsychologia” 40(12), s. 2167–2177.
- A. Domagała, U. Mirecka, 2010, *Grafomotoryka u dzieci w wieku 7–13 lat*, Lublin.
- A. Furnham, B. Gunter, 1987, *Graphology and personality: Another failure to validate graphological analysis*, „Personality and Individual Differences” 8(3), s. 433–435.
- P. Gałęcki, Ł. Świącicki, 2015, *Kryteria diagnostyczne z DSM-5. Desk Reference*, Wrocław.
- C. Grzeszycka, 2006, *Kryminalistyczne badania pismoznawcze*, Warszawa.
- H. Günther, 1993, *Graphetik* [w:] J. Baurmann, H. Günther, U. Knoop (red.), *Homo scribens: Perspektiven der Schriftlichkeitsforschung*, Berlin.
- J. Hanlay, J. Kay, 2010, *Neuropsychological assessment and treatment of disorders of reading* [w:] P. Halligan, U. Kischka, J.C. Marshall (red.), *Handbook of clinical neuropsychology*, Oxford, s. 296–322.
- D. Kądziaława, 1996, *Afazja* [w:] A. Herzyk, D. Kądziaława (red.), *Zaburzenia w funkcjonowaniu człowieka z perspektywy klinicznej*, Lublin, s. 53–86.
- M. Kwaśniewska, 2000, *Graficzna i ortograficzna poprawność pisma uczniów w edukacji wczesnoszkolnej*, Kielce.
- A.R. Meetham, R.A. Hudson (red.), 1969, *Encyclopaedia of Linguistics, Information and Control*, t. I, Elmsford, s. 666.
- V. Molfese, D. Molfese, A. Molnar, J. Beswick, 2010, *Developmental Dyslexia and Dysgraphia* [w:] H.A. Whitaker (red.), *Concise encyclopedia of brain and language*, s. 179–183.
- M. Pachalska, 2007, *Neuropsychologia kliniczna. Urazy mózgu*, t. II, Warszawa, s. 144–167.
- M. Przybysz-Piwko, 1998, *Właściwości polskiej grafii przeszkodą w kształtowaniu się właściwych powiązań pomiędzy dźwiękami mowy a literami* [w:] H. Mierzejewska, M. Przybysz-Piwko (red.), *Zaburzenia głosu – badanie – diagnozowanie – metody usprawniania*, Warszawa, s. 121–128.
- M. Przybysz-Piwko, 2008, *Struktura fonotaktyczna wyrazów polskich a obraz pisma dzieci z trudnościami w czytaniu i pisanu* [w:] M. Kostka-Szymańska, G. Krasowicz-Kupis (red.), *Dysleksja. Problem znany czy nieznany?*, Lublin, s. 101–108.
- S. Rapsack, P. Beeson, 2000, *Agraphia* [w:] S. Nadeau, L. Rothi, B. Crosson (red.), *Aphasia and language: Theory to practice*, t. I, New York, s. 184–220.
- R. Sassoon, 1995, *The acquisition of a second writing system*, Bristol.
- R. Starrfelt, M. Behrmann, 2011, *Number reading in pure alexia – A review*, „Neuropsychologia” 49(9), s. 2283–2298.
- I. Styczek, 1979, *Logopedia*, Warszawa, s. 14.
- R. Treiman, B. Kessler, 2011, *Similarities among the shapes of writing and their effects on learning*, „Written Language and Literacy” 14(1), s. 39–57.

- S. Urbańczyk, M. Kucała (red.), 1999, *Encyklopedia języka polskiego*, Wrocław–Kraków–Warszawa, s. 208.
- E. Wolańska, A. Wolański, 2016, *Kroje pisma ułatwiające czytanie osobom dyslektycznym*, „Logopedia” z. 45, s. 221–242.
- World Health Organization, 1993, *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research*.
- T. Wróbel, 1985, *Pismo i pisanie w nauczaniu początkowym*, Warszawa.
- J. Wrońska, E. Nowak, 2007, *Dysgrafia – problemy diagnozy* [w:] M. Kostka-Szymańska, G. Krasowicz-Kupis (red.), *Dysleksja rozwojowa – problem znany czy nieznany*, Lublin, s. 93–99.
- J. Zawadka, 2013, *Błędy grafii w pracach pisemnych obcokrajowców uczących się języka polskiego jako obcego – propozycja opisu* [w:] J. Mazur, A. Małyńska, K. Sobstyl (red.), *Glottodydaktyka polonistyczna w obliczu dynamiki zmian językowo-kulturowych i potrzeb społecznych*, t. II, Lublin, s. 281–289.
- J. Zawadka, 2013, *Ocena wybranych błędów grafii obecnych w pracach obcokrajowców uczących się języka polskiego jako obcego*, „Poradnik Językowy” z. 2, s. 33–41.
- M. Żytko, 2006, *Pisanie żywy język dziecka*, Warszawa.

Graphetics in the service of speech therapy

Summary

This paper presents one of the fields of linguistics, namely graphetics, and its significance in speech therapy – both in the theoretical and practical dimensions. Based on literature review, the author summarises the findings regarding the object and scope of graphetics and describes its two main areas: visual graphetics and mechanical graphetics. Graphetics is the necessary component of the linguistic bases of speech therapy. The selected examples of language communication disorders by means of writing presented in this paper demonstrate a variety of the difficulties experienced by a person in the face of which the knowledge of graphetics permits a better understanding and definition of the problems and, consequently, an indication of the possible ways of providing a suitable aid.

Trans. Monika Czarnecka

Anita Lorenc

(Uniwersytet Warszawski, Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin)

**MIEJSCE ARTYKULACJI
POLSKIEJ SPÓŁGŁOSKI BOCZNEJ.
BADANIE Z WYKORZYSTANIEM
ARTYKULOGRAFII ELEKTROMAGNETYCZNEJ**

1. WPROWADZENIE

W świetle współczesnych klasyfikacji fonetycznych spółgłóska boczna [l] zaliczana jest do klasy aproksymantów bocznych [por. IPA 1999]. Terminu *aproksymant* (ang. *approximant*) użył po raz pierwszy P. Ladefoged [1964, 25]. W roku 1979 Międzynarodowe Towarzystwo Fonetyczne (IPA) włączyło termin *aproksymanty* wraz z odpowiednimi symbolami do klasyfikacji spółgłosek. Obecnie towarzystwo wyodrębnia aproksymanty boczne spośród pozostałych aproksymantów, a podklasy tradycyjnie określane jako półsamogłoski oraz sonoranty rotacyjne i nierotacyjne obstruenty są rozproszone w obrębie dźwięków realizowanych z płucnym mechanizmem przepływu prądu powietrza [IPA 1999].

Jak podają E. Martinez-Celdrán i J.L. Regueira [2008, 51], aby dźwięk mógł być uznany za aproksymant, powinny być spełnione następujące warunki: a) artykulatory muszą być do siebie zbliżone; b) produkowany jest nieturbulentny strumień powietrza. Pierwszy warunek odróżnia aproksymanty od spółgłosek zwarto-wybuchowych, które wymagają uformowania całkowitego zwarcia, drugi zaś kontrastuje je ze spółgłoskami trącymi, które realizowane są z turbulencją.

Należące do klasy aproksymantów spółgłoski boczne (ang. *laterals*) zazwyczaj definiowane są jako dźwięki, w których artykulacji tworzona jest blokada wzdłuż środkowej linii toru głosowego, w związku z czym powietrze przepływa z boku przeszkody lub z jej obu stron [Roach 2011, 51; Hayward 2000, 199]. Najczęściej w językach świata występuje dźwięczny dźwięczny aproksymant boczny [l] (używany w większości odmian języka angielskiego jako reprezentacja /l/, ale też w języku niemieckim), nieco rzadziej pojawia się dźwięczny zębowy aproksymant boczny [ɭ] (np. w takich językach europejskich jak włoski, hiszpański czy portugalski) [por. Maddieson 1984; Laver 1994; Ladefoged, Maddieson 1996]. Aproksymant boczny może też być realizowany w innych miejscach artykulacji, m.in. w okolicy palato-alweolarnej, palatalnej i welarnej [Laver 1994, 309].

P. Ladefoged i I. Maddieson [1996, 191] zestawiają wszystkie miejsca artykulacji, które są wykorzystywane podczas realizacji aproksymantów bocznych w rozmaitych językach: zębowe, dźwiękowe, zadźwiękowe, palatalne i welarne. Cztery pierwsze mogą być artykułowane apikalnie lub laminalnie (sublaminalnie w wypadku palatalnych), więc występują w parach, co w efekcie daje autorom dziewięć różnych miejsc artykulacji (z uwzględnieniem aktywnej części języka).

2. BADANIA INSTRUMENTALNE POLSKIEJ SPÓŁGŁOSKI BOCZNEJ

We współczesnych światowych badaniach fonetyczno-instrumentalnych wykorzystuje się liczne narzędzia służące ocenie artykulacji głosek lateralnych. Niewątpliwie należy do nich elektropalatografia (EPG), technika USG, obrazowanie za pomocą rezonansu elektromagnetycznego (MRI) oraz artykulografia elektromagnetyczna (systemy EMA). Ostatnią z wymienionych technik zastosowano w celu precyzyjnego opisu miejsca artykulacji polskiej spółgłoski bocznej, przedstawionego w dalszej części niniejszego artykułu.¹

Jeżeli chodzi o język polski, pierwsze wyniki badań instrumentalnych (palatografia) dotyczących aproksymantu bocznego znaleźć można w publikacjach T. Benniego [1931; 1959]. Autor przedstawia spółgłoskę boczną na czterech palatogramach, kolejno: [l] wygłosowe w wyrazie *ból*, [l] nagłosowe w wyrazach *las*, *len* i *lis* [Benni 1931, 20, ryc. 22–25]. Zwraca przy tym uwagę na to, iż zakres kontaktu językowo-podniebiennego jest zależny od otaczającego kontekstu samogłoskowego i pozycji w wyrazie. Jak wynika z załączonych palatogramów, artykulatorem pasywnym jest wałek dźwiękowy.

M. Dłuska, również na podstawie palatogramów, opisuje trzy alofony /l/: twardy, miękki i przedniojęzykowo-zębowy [1950, 127–130]. Autorka podaje, iż artykulacja spółgłoski [l] tworzona jest pomiędzy przednią częścią języka a przednią częścią podniebienia tuż za dźwiękami (w okolicy prepalatalnej).

Autorzy *Przekrojów rentgenograficznych głosek polskich*, H. Koneczna i W. Zawadowski [1951], załączają dwa schematy ilustrujące artykulację [l] przez dwóch mówców (II i IV). U każdego z nich artykulatorem aktywnym jest czubek języka. Osoba II [por. ryc. 138] realizuje ją na granicy górnych dźwięków i zębów, natomiast u osoby IV [por. ryc. 139] zwarcie to jest bardziej cofnięte i znajduje się na wałku dźwiękowym.

¹ Artykuł powstał w ramach projektu naukowo-badawczego nr 2012/05/E/HS2/03770 pt. „Współczesna wymowa polska. Badanie z wykorzystaniem trójwymiarowej artykulografii elektromagnetycznej” realizowanego pod kierownictwem A. Lorenc. Projekt został sfinansowany ze środków Narodowego Centrum Nauki na podstawie decyzji nr DEC-2012/05/E/HS2/03770.

B. Wierzchowska na podstawie palatogramu i lingwogramu stwierdza, że przy wymawianiu spółgłoski [l] masa języka leży na dnie jamy ustnej, powierzchnia języka bywa lekko wklęsnięta [1971, 167, ryc. 124]. Apex dotyka dziąseł, boki języka przywierają zaś do wewnętrznych powierzchni zębów przedtrzonowych i trzonowych oraz do dziąseł. Pas kontaktu ma kształt podkowy, z jednego boku, najczęściej lewego, podkowa ta jest nieco krótsza, kończy się bowiem na wysokości przedostatnich zębów trzonowych. Z drugiego boku pas kontaktu sięga znacznie głębiej. Z lewego boku tworzy się otwór, przez który przepływa powietrze.

W innej publikacji B. Wierzchowska [1980] opisuje realizację [l] na podstawie rentgenogramu [s. 72, ryc. 52], palatogramu [s. 72, ryc. 53 (A)] i lingwogramu [s. 72, ryc. 53 (B)]. Na podstawie wymienionych obrazów autorka określa między innymi miejsce artykulacji polskiej spółgłoski bocznej:

W przodzie jamy ustnej pas kontaktu zlokalizowany jest na wysokości wałka dziąsłowego. Głoska *l* wymawiana jest ze zwarciem koronalno-postalweolarnym kończącym się słabą eksplozją [Wierzchowska 1980, 72].

B. Ročławski [1981] podaje, iż podczas artykulacji [l] język dotyka czubkiem dziąseł (załącza na potwierdzenie palatogram i spektrogram), a boki języka (czasem tylko jeden bok) nieco odchylają się do dziąseł. W tym miejscu fala głosowa wydostaje się na zewnątrz (na załączonym palatogramie jest to jeden bok, lewy [por. Ročławski 1981, 48, ryc. 28]. W innej publikacji B. Ročławski [2010, s. 234] uzupełnia, iż podczas artykulacji [l] przywierający do dziąseł czubek języka na wysokości czwartego-piątego zęba odrywa się od nich (niekiedy tylko z jednej strony).

K. Bolla i É. Földi prezentują dokumentację w odniesieniu do trzech wariantów /l/: [l] w wyrazie *lato*, [l̥] w wyrazie *list* oraz [l̥] w wyrazie *myśl* [1987, 186–191]. Niestety analizę i interpretację statycznych i dynamicznych fotopalatogramów utrudniają krzaczaste wąsy mówcy. Natomiast fotopalatogram i fotolingwogram spółgłoski [l] pozwalają wnioskować o kontakcie bocznych części języka (prawej w większym stopniu) wzdłuż krawędzi podniebienia przy zębach bocznych oraz jego przedniej części z wałkiem dziąsłowym. Schematyczny przekrój boczny opracowany na podstawie kinorentgenogramu wskazuje na artykulację apikalno-dziąsłową.

Autorzy podręczników do fonetyki języka polskiego oraz przedstawionych badań instrumentalnych nie są zgodni co do miejsca artykulacji polskiej spółgłoski bocznej. W. Jassem [2003] kwalifikuje realizację [l] do klasy głosek (za)zębowych obok: [t], [d], [n], [s], [z], [ts], [dź] (aczkolwiek we wcześniejszych opracowaniach autor pisze, iż język przylega do zębów lub do dziąseł) [por. Jassem 1992, 191], na palatogramach T. Benniego [1931, 20] jest to okolica dziąsłowa, B. Wierzchowska [1971, 167], S. Puppel i in. [1977, 176], L. Dukiewicz [1995, 39], D. Ostaszewska i J. Tambor [2012, 36] również piszą o artykulacji dziąsłowej, w innym

opracowaniu B. Wierzchowska [1980, 72] wskazuje na zwarcie koronalno-postalweolarnie, a M. Dłuska [1950, 128] pisze o artykulacji przedniojęzykowo-prepalatalnej.

3. BADANE OSOBY

Badaniami objęto grupę 20 dorosłych użytkowników języka polskiego (10 kobiet i 10 mężczyzn) w wieku od 22 do 46 lat. Wszyscy zakwalifikowani do badań mówcy w opinii zespołu ekspertów w sytuacjach oficjalnych posługiwali się starannym stylem standardowej odmiany współczesnej polszczyzny. Wszyscy mieli wykształcenie wyższe (pięć kobiet i dwóch mężczyzn miało tytuł licencjata, a pięć kobiet i ośmiu mężczyzn – magistra).

Z udziału w badaniach wykluczono osoby dwujęzyczne lub biegle władające przynajmniej jednym językiem obcym (a zatem np. studentów filologii obcych), zakładając, iż może mieć to wpływ na wymowę w języku rodzimym. Nie brano również pod uwagę osób, które w związku ze zdobywanym lub uzyskanym już wykształceniem (np. aktorskim lub dziennikarskim) ćwiczą własną wymowę, świadomie ją zmieniają lub potrafią nią manipulować. Kwalifikowano natomiast do badań osoby o wysokiej świadomości językowej i kulturze języka wynikającej z podjętego lub ukończonego kierunku studiów (filologia polska, logopedia).

Projektując eksperyment, nie starano się uzyskać zróżnicowania regionalnego, gdyż uznano, że pomimo dużej – jak na eksperyment fonetyczny – liczby badanych osób (20) wciąż jest ona niewystarczająca do prowadzenia jakichkolwiek uogólnień wynikających ze zmiennych geograficznych.

Za podstawę procedury kwalifikacyjnej, przeprowadzonej przez zespół ekspertów (dwóch fonetyków i trzech logopedów), przyjęto kryteria fonetyczne, ortofoniczne, kulturalnojęzykowe oraz biologiczne (anatomiczne, czynnościowe i percepcyjne), szczegółowo opisane w innych publikacjach [por. Lorenc 2016a; Lorenc 2016b]. U badanych osób wykluczono w ten sposób m.in. istnienie wad anatomicznych w obrębie aparatu artykulacyjnego (np. dotyczących zgryzu, uzębienia, budowy warg, języka, podniebienia), zaburzeń sprawności motorycznej narządów mowy (warg, języka, żuchwy, podniebienia miękkiego) i parafunkcji (takich jak polykanie czy żucie) oraz nieprawidłowości związanych z funkcjonowaniem słuchu fizycznego i mownego.

4. MATERIAŁ JĘZYKOWY

Wyrazy wchodzące w skład listy wyrazowej przeznaczonej do odczytania dobrano w taki sposób, aby dawały obraz realizacji pełnego inwentarza systemu dźwiękowego języka polskiego. Wymowę spółgłosek oceniano w pozycji wewnątrzwyrazowej w sylabach akcentowanych. Mu-

siały to być zatem wyrazy trzysylabowe. Badane spółgłoski zawsze znajdowały się w obustronnym sąsiedztwie środkowej, niskiej samogłoski [a]. Uznano, iż będzie to kontekst uwytatniający kontrast przewężeń konsonantycznych i maksymalnego otwarcia wokalicznego, w najmniejszym stopniu wpływający na zmianę artykulacji ocenianych spółgłosek, a za razem pozwalający uwytatnić ich cechy.

Analizę miejsca artykulacji spółgłoski bocznej [l] oceniano na podstawie analizy danych artykulograficznych w wyrazach *Malaga*, *kalambur* i *palarnia* wymówionych przez wszystkich 20 badanych mówców. Na podstawie przeprowadzonej normalizacji do dalszej oceny zakwalifikowano 51 realizacji spółgłoski [l].

5. NARZĘDZIE BADAWCZE: ARTYKULOGRAF ELEKTROMAGNETYCZNY

Nagrania prowadzono z jednoczesnym wykorzystaniem artykulografu firmy Carstens (model AG500), systemu wizyjnego złożonego z trzech szybkich kamer firmy Point Grey (Gazelle GZL-CL-22C5M-C) oraz samodzielnie zaprojektowanego i zbudowanego rejestratora audio wraz z 16-kanalową macierzą mikrofonową [Lorenc i in. 2015; Król i in. 2015; Mik i in. 2016].

Artykulograf elektromagnetyczny AG500 jest urządzeniem, które dzięki zastosowanej technologii pozwala nagrywać, przechowywać, prezentować i oceniać ruchy artykulatorów (języka, warg, żuchwy, podniebienia miękkiego) w trójwymiarowej przestrzeni w czasie rzeczywistym – podczas mówienia. Jego ogólna zasada działania² polega na indukcji zmiennego napięcia w sensorach, mocowanych na narządach artykulacyjnych badanych osób, przez pole magnetyczne o różnych częstotliwościach wytwarzane przez sześć cewek nadawczych. Proces ten umożliwia obliczenie współrzędnych sensorów w trójwymiarowej przestrzeni (określenie współrzędnych *XYZ*) w czasie rzeczywistym, a także dwóch miar kątowych (φ , θ). Dzięki oprogramowaniu komputerowemu, dołączonemu do urządzenia, zgromadzonymi danymi można w prosty sposób zarządzać, przeglądać je, a także edytować.

Artykulograf AG500 umożliwia wykorzystanie podczas badania maksymalnie 12 sensorów. Trzy z nich pełniły funkcję referencyjną dla pozostałych i służyły do późniejszej normalizacji danych powiązanej z korektą ruchów głowy. Umieszczono je odpowiednio na wyrostkach sutkowatych lewym i prawym oraz na mostku nosowym. Jeden sensor, przytwierdzony do drewnianej szpatułki medycznej, służył do zarejestrowania indywidualnych warunków anatomicznych mówcy (w celu wykonania obrysów górnych siekaczy, dziąseł i podniebienia podczas oddychania

² Por. <http://www.articulograph.de>

przez nos i przez usta). Wykorzystano go również do lokalizacji stawów żuchwowo-skroniowych. Wszystkie pozostałe sensory były przeznaczone do kontroli ruchomych narządów mowy. Pięć sensorów rozmieszczono na języku, cztery w linii środkowej (czubek – TT, przód – TF, środek – TD i tył – TB) i jeden na przedniej krawędzi bocznej – TLS). Dwa sensory rejestrowały pracę wargi górnej (UL) i dolnej (LL), umieszczono je w części środkowej tuż ponad czerwienią warg. Jeden sensor (J), przyklejony wewnątrz jamy ustnej na granicy dolnych siekaczy i dziąseł, służył do kontroli pracy żuchwy.

6. SEGMENTACJA I ANALIZA GESTÓW ARTYKULACYJNYCH POLSKIEJ SPÓŁGŁOSKI BOCZNEJ

Specjalnie na potrzeby prowadzonego eksperymentu zdecydowano się na opracowanie w środowisku Matlab własnego oprogramowania. Aplikacja phoneEMAtool³ [Mik, Lorenc 2015] umożliwia dynamiczną wizualizację trajektorii ruchu wszystkich sensorów (poza referencyjnymi) w osiach X (przód – tył) i Z (góra – dół) oraz analizę i ekstrakcję informacji związanych z położeniem poszczególnych sensorów w czasie we wszystkich osiach, z uwzględnieniem wychyleń kątowych φ i θ . Ponadto oprogramowanie pozwala na obliczenie prędkości ruchu sensorów w czasie oraz na wyznaczenie jej minimów i maksimów. Dodatkowo możliwe jest wyznaczenie 20-procentowego poziomu rosnących i malejących prędkości.

Na potrzeby segmentacji i analizy gestów artykulacyjnych stworzonych przez ruchome narządy mowy przyjęto model stosowany w światowych badaniach fonetycznych z wykorzystaniem systemów EMA [por. Best i in. 2014]. Analiza wymagała wskazania artykulatora, którego ruch pełni główną rolę w tworzeniu docelowych artykulacji. W ocenie realizacji spółgłoski [l] przyjęto, iż funkcję artykulatora krytycznego (kluczowego) pełni czubek języka [Browman, Goldstein 1992]. Na wykresie 1. przedstawiono fragment realizacji wyrazu *Malaga* wraz z segmentacją artykulacyjną spółgłoski [l].

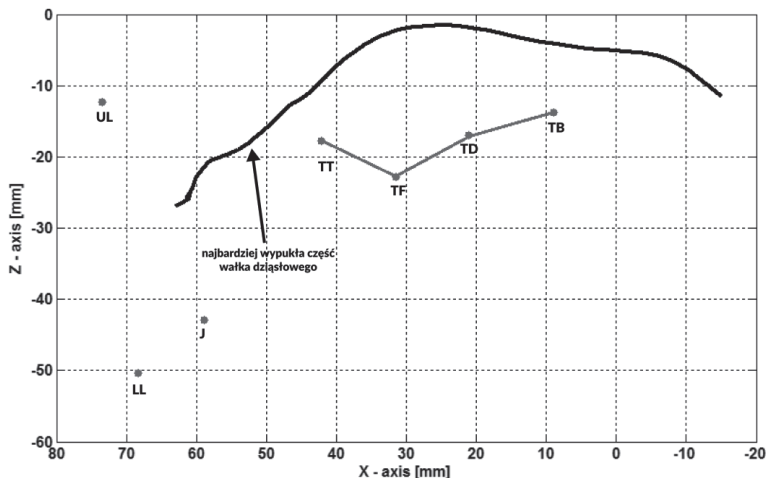
Miejsce artykulacji analizowanej spółgłoski wyznaczano w chwili, w której czubek języka przyjmował ekstremalne wychylenie w osi Z (góra – dół), osiągając zarazem najmniejszą wartość swojej prędkości (MinVEL, ang. *minimum velocity*) w obrębie nuklearnej fazy gestu artykulacyjnego (pomiędzy NONS, ang. *nucleus onset* a NOFF, ang. *nucleus offset* – początkiem i końcem rdzenia artykulacyjnego).

³ Autorzy większości analiz gestów artykulacyjnych prowadzonych na podstawie danych artykulograficznych używają funkcji FindGest, dostępnej w aplikacji MVIEW [Tiede 2005, 2010].

- b) artykulacja zadziąsłowa: sensor TT w w nuklearnej fazie gestu artykulacyjnego, w chwili osiągnięcia swej minimalnej prędkości (MinVEL), znajduje się powyżej punktu odniesienia (tak jak na wykresie 2.);
- c) artykulacja zazębowa: sensor TT w w nuklearnej fazie gestu artykulacyjnego, w chwili osiągnięcia swej minimalnej prędkości (MinVEL), znajduje się poniżej punktu odniesienia.

Na 51 realizacji spółgłoski [l] większość (33, co stanowi 64,71%) zinterpretowano jako artykulacje zadziąsłowe, ponieważ sensor czubka języka (TT) w chwili osiągnięcia swej minimalnej prędkości (MinVEL) w nuklearnej fazie gestu artykulacyjnego znajdował się powyżej punktu odniesienia – najbardziej wypukłej części wałka dziąsłowego. Przykład takiej realizacji zilustrowano na wykresie 2.

Wykres 2. (MinVEL) przez sensor czubka języka (TT) w nuklearnej fazie realizacji [l] w wyrazie kalambur (mówca AK_m, plik 129)

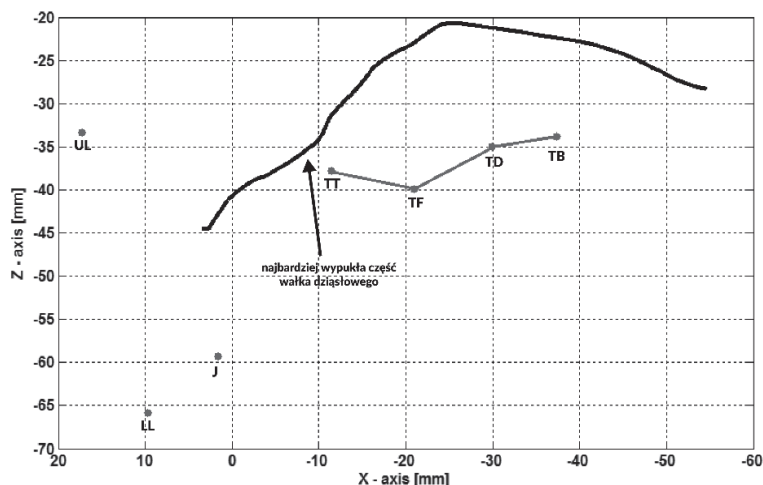


Źródło: opracowanie własne.

Pozostałych 18 z 51 ocenianych realizacji spółgłoski [l], co stanowi 35,29% wszystkich ocenianych przykładów, zinterpretowano jako artykulacje dziąsłowe. Charakteryzowało je położenie sensora czubka języka (TT) na wprost najbardziej wypukłej części wałka dziąsłowego. Przykład takiej realizacji zilustrowano na wykresie 3.

Dwunastu z dwudziestu badanych mówców konsekwentnie realizowało opisywaną spółgłoskę tylko w okolicy zadziąsłowej. Dwie osoby wymawiały [l] zarówno w okolicy dziąsłowej, jak i zadziąsłowej. Pozostałych sześć z dwudziestu badanych osób realizowało spółgłoskę boczną, umieszczając czubek języka na wprost wałka dziąsłowego. W obrębie wszystkich analizowanych realizacji spółgłoski bocznej nie odnotowano żadnej o zazębowym miejscu artykulacji.

Wykres 3. Obrys artykulatorów pasywnych i położenie sensorów artykulografu w chwili osiągnięcia minimalnej prędkości (MinVEL) przez sensor czubka języka (TT) w nuklearnej fazie realizacji [l] w wyrazie *Malaga* (mówca MB_f, plik 143)



Źródło: opracowanie własne.

8. PODSUMOWANIE

Jak wynika z przeprowadzonych badań, podczas artykulacji polskiej spółgłoski bocznej mówcy w większości wypadków czubek języka wznoszą do okolicy zadziąsłowej, nieco rzadziej do dziąseł. W polskich badaniach fonetyczno-instrumentalnych większość autorów wskazywała na dziąsłową artykulację [l] [por. Benni 1931; Koneczna, Zawadowski 1951; Wierzchowska 1971; Rocławski 1981; Bolla, Földi 1987]. O okolicy zadziąsłowej pisały M. Dłuska [1950] (autorka określa ją jako okolicę prepalatalną, przednią część podniebienia tuż za dziąsłami) oraz w jednej ze swych ostatnich publikacji B. Wierzchowska [1980]. W ujęciu W. Jassem [1992] funkcję artykulatora pasywnego mogła pełnić zarówno tylna ściana górnych siekaczy, jak i podniebienie twarde tuż za zębami (okolica dziąsłowa). W późniejszej publikacji autor wskazuje już tylko na okolicę (za)zębową [Jassem 2003] – w badaniach własnych nie stwierdzono tego typu zazeńbowych realizacji spółgłoski bocznej.

W związku z tym, że badaniami objęto osoby spełniające szereg ostrych kryteriów normatywnych [por. Lorenc 2016a, 2016b], oba opisane warianty wymawianiowe – zadziąsłowy i dziąsłowy – należy uznać za równouprawnione.

Wyniki przedstawionych badań mogą mieć charakter aplikacyjny w logopedii, zwłaszcza w zakresie diagnozy i terapii dyslalii. Można je również wykorzystać w dydaktyce fonetyki (zarówno ogólnej, jak i klinicznej) czy kultury żywego słowa.

Bibliografia

- T. Benni, 1931, *Palatogramy polskie*, Kraków–Warszawa–Lublin–Łódź–Poznań–Zakopane–Wilno.
- T. Benni, 1959, *Fonetyka opisowa języka polskiego*, Wrocław.
- C.T. Best, C. Kroos, R.L. Bundgaard-Nielsen, B. Baker, M. Harvey, M. Tiede, L. Goldstein, 2014, *Articulatory basis of the apical/laminal distinction: tongue tip/body coordination in the Wubuy 4-way coronal stop contrast [w:] S. Fuchs, M. Grice, A. Hermes, L. Lancia, D. Mücke (red.), Proceedings of the 10th International Seminar on Speech Production (ISSP) 2014, 5–8 May, Cologne, Germany*, s. 33–36.
- K. Bolla, É. Földi, 1987, *A phonetic conspectus of Polish. The articulatory and acoustic features of Polish speech sounds*, Budapest.
- C.P. Browman, L. Goldstein, 1992, *Articulatory Phonology: an overview*, „Phonetica” 49, s. 155–180.
- M. Dłuska, 1950, *Fonetyka polska. Artykulacja głosek polskich*, Kraków.
- L. Dukiewicz, 1995, *Fonetyka [w:] H. Wróbel (red.), Gramatyka współczesnego języka polskiego. Fonetyka i fonologia*, Kraków, s. 7–103.
- K. Hayward, 2000, *Experimental Phonetics*, Edinburgh.
- IPA (International Phonetic Association), 1999, *Handbook of the International Phonetic Association. A Guide to the Use of the International Phonetic Alphabet*, Cambridge.
- W. Jassem, 1992, *Podręcznik wymowy angielskiej*, Warszawa.
- W. Jassem, 2003, *Illustration of the IPA: Polish*, „Journal of the International Phonetic Association” 33(1), s. 103–107.
- H. Koneczna, W. Zawadowski, 1951, *Przekroje rentgenograficzne głosek polskich*, Warszawa.
- D. Król, A. Lorenc, R. Święciński, 2015, *Detecting Laterality and Nasality in Speech with the Use of a Multi-Channel recorder*, 40th IEEE International Conference on Acoustics, Speech and Signal Processing (ICASSP) 2015, 19–24 April, Brisbane, s. 5147–5151.
- P. Ladefoged, 1964, *Phonetic study of West African languages*, Cambridge.
- P. Ladefoged, I. Maddieson, 1996, *The Sounds of the World's Languages*, Oxford.
- J. Laver, 1994, *Principles of phonetics*, Cambridge.
- A. Lorenc, 2016a, *Wymowa normatywna polskich samogłosek nosowych i spółgłoski bocznej*, Warszawa.
- A. Lorenc, 2016b, *Kryteria diagnostyczne normy wymawianiowej [w:] B. Kamińska, S. Milewski (red.) Logopedia artystyczna*, Gdańsk, s. 107–143.
- A. Lorenc, D. Król, R. Święciński, 2015, *Assessment of Sound Laterality with the Use of a Multi-Channel Recorder*, 18th International Congress of Phonetic Sciences (ICPhS) 2015, 10–15 August, Glasgow, Scotland; dostępny w Internecie: <<http://www.icphs2015.info/pdfs/Papers/ICPHS0895.pdf>>
- E. Martinez-Celdrán, J.L. Regueira, 2008, *Spirant approximant in Galician*, „Journal of the International Phonetic Association” 38(1), s. 51–68.
- I. Maddieson, 1984, *Patterns of sounds*, Cambridge.
- Ł. Mik, A. Lorenc, 2015, phoneEMAtool [program komputerowy].
- Ł. Mik, R. Wielgat, D. Król, R. Jędryka, A. Lorenc, R. Święciński, 2016, *Multi-modal speech data acquisition with the use of EMA, fast-speed video cameras*

- and a dedicated microphone array*, MIXDES – 23rd International Conference Mixed Design of Integrated Circuits and Systems, Łódź, s. 415–418.
- D. Ostaszewska, J. Tambor, 2012, *Fonetyka i fonologia współczesnego języka polskiego*, Warszawa.
- S. Puppel, J. Nawrocka-Fisiak, H. Krassowska, 1977, *A Handbook of Polish Pronunciation for English Learners*, Warszawa.
- P. Roach, 2011, *Glossary. A Little Encyclopaedia of Phonetics*; dostępny w Internecie: <<http://www.peterroach.net/glossary.html>>
- B. Rocławski, 1981, *Poradnik fonetyczny dla nauczycieli*, Warszawa.
- B. Rocławski, 2010, *Podstawy wiedzy o języku polskim dla glottodydaktyków, pedagogów, psychologów i logopedów*, Gdańsk.
- M. Tiede, 2005, *MVIEW: Software for visualization and analysis of concurrently recorded movement data* [program komputerowy].
- M. Tiede, 2010, *MVIEW: Multi-channel visualization application for displaying dynamic sensor movement* [program komputerowy].
- B. Wierzchowska, 1971, *Wymowa polska*, wyd. II zm. i rozszerz., Warszawa.
- B. Wierzchowska, 1980, *Fonetyka i fonologia języka polskiego*, Wrocław–Warszawa–Kraków–Gdańsk.

***The place of articulation of the Polish lateral.
A study using electromagnetic articulography***

Summary

The first part of this paper presents the lateral consonant in the classificatory framework of the International Phonetic Association (IPA). The concept of the lateral approximant is defined on the basis of the sound's articulatory features and its most frequent variants occurring in various languages of the world. In this context, the results of instrumental phonetic research on the Polish lateral are discussed.

The remainder of the paper reports on a study of the Polish lateral that was conducted by the authors with the use of the electro-magnetic articulograph (EMA), a technique which had never been used before in the description of this Polish sound. The report contains details of the speakers recorded for the purpose of the study, the examined language material, the articulograph, as well as the criteria of articulatory segmentation and analysis. The results of the investigation show that the place of articulation of the Polish lateral was post-alveolar in 65.71% and alveolar in 35.29% of the analysed cases. The concluding part of the paper confronts the obtained data with the state of research on the place of articulation of Polish /l/.

Adj. Monika Czarnecka

Beata Ciecierska-Zajdel
(Uniwersytet Warszawski)

GŁOSKI [ś, ź, ć, ź] W WYMOWIE STUDENTÓW UNIwersYTETU WARSZAWSKIEGO. UJĘCIE SOCJOLINGWISTYCZNE

W ostatnich latach językoznawcy, logopedzi oraz nauczyciele kultury żywego słowa coraz częściej zwracają uwagę na narastającą liczbę zniekształceń głosek środkowojęzykowych dentalizowanych. Problem ten jest notowany zwłaszcza w wymowie dziewcząt i młodych kobiet. Palatalne głoski [ś, ź, ć, ź] są wymawiane bardzo podobnie do spalatalizowanych [s', z', c', ʒ']. Zjawisko wydaje się stosunkowo nowe, bo wzmianki o nim zaczęły się pojawiać w literaturze dopiero od roku dwutysięcznego [Ga-węda, Łazewski 2000, 76; Jadacka 2006, 50; Toczyska 2010, 7; Wa-szakowa 2011, 8; Siudzińska 2011, 56; Kamińska 2012, 495; Miodek 2013, 369; Hortis-Dzięzbicka i in. 2014/15, 143–144]. We wcześniejszej literaturze językoznawczej i poradnikach poświęconych poprawności językowej trudno znaleźć uwagi na temat tego typu zaburzeń, a starsze podręczniki logopedyczne określają głoski ciszące, czyli [ś, ź, ć, ź], jako najłatwiejsze w wymowie z głosek dentalizowanych i bardzo rzadko ulegające zniekształceniom.¹

Według dotychczasowych badań problem zaburzonej wymowy głosek palatalnych dentalizowanych dotyczy prawie połowy młodych osób (szczególnie kobiet). Małgorzata Rutkiewicz-Hanczewska postrzega sposób artykułowania głosek [ś, ź, ć, ź] podobnie do [s', z', c', ʒ'] jako cechę bardzo rozpowszechnioną w pokoleniu ludzi urodzonych w latach 90. XX wieku i podaje, że:

Wśród studentów pierwszego roku poznańskiej polonistyki średnio na dwanaście osób trzy reprezentują wyraźnie dyspalatalną wymowę ciszących, a kolejne trzy osoby redukują miękkość palatalnych w niektórych kontekstach [Rutkiewicz-Hanczewska 2009, 362].

Agnieszka Myszka, analizując wymowę 61 kandydatów na dziennikarzy z Uniwersytetu Rzeszowskiego, stwierdza półpalatalną wymowę szeregu ciszącego u 39% badanych [Myszka 2014, 198]. Hanna Jadacka twierdzi, że wymieniony błąd popełnia niemal co druga osoba płci żeń-

¹ Np. publikacje G. Demel, I. Styczek, J. Kani, A. Sołtys-Chmielowicz, H. Rodak, G. Jastrzębowskiej i O. Pelc-Pękali.

skiej w wieku 15–35 lat „(...) nie wyłączając aktorek oraz magistrantek polonistycznej specjalizacji językoznawczej” [Jadacka 2006, 50]. Ponieważ problem szczególnie często notowany był przez badaczy w wymowie osób studiujących, postanowiłam przeprowadzić szerokie badanie artykulacji studentów Uniwersytetu Warszawskiego, aby sprawdzić obecne rozpowszechnienie i nasilenie zdeformowanej wymowy głosek środkowojęzykowych w tej grupie.

Wśród potencjalnych przyczyn zaburzonej wymowy głosek środkowojęzykowych wymieniane są w literaturze: maniera czy moda językowa, tendencja do ekonomizacji wysiłku, systematyczne zmniejszanie się sprawności artykulatorów spowodowane zmianami cywilizacyjnymi po 1989 roku, zaburzenia słuchu fonemowego, tendencja do mówienia „na uśmiechu”, kult młodości i niedojrzałości we współczesnej kulturze, społeczne przyzwolenie na deformowanie dźwięków, powiększanie różnicy akustycznej między szeregiem szumiącym a ciszącym, fakt, że ten rodzaj deformacji nie powoduje zakłóceń komunikacji, zwiększanie częstotliwości występowania (rzadkich dotąd w naszym systemie) głosek spalatalizowanych przedniojęzykowych poprzez rozpowszechnienie angielszczyzny [Rutkiewicz-Hanczewska 2009; Osowicka-Kondratowicz 2009, 2013; Kamińska 2012; Myszka 2014, 2015; Kułakowska 2014, 2016; Czaplicki i in. 2016].

W dotychczasowych badaniach, oprócz kryterium płci, nie pojawiła się analiza innych parametrów socjolingwistycznych w korelacji z zaburzoną wymową [ś, ż, ć, ź]. Celem prezentowanych badań było więc również sprawdzenie, czy parametry socjalne (region pochodzenia, wielkość ośrodka pochodzenia, pochodzenie społeczne) i biologiczne (wiek, płeć) mają wpływ na rozpowszechnienie zaburzenia. Oprócz tego chciałam poznać wpływ znajomości innych języków na nasilenie występowania przedmiotowej nieprawidłowości.

Badaniem zostało objętych blisko trzystu studentów z różnych kierunków studiów dziennych Uniwersytetu Warszawskiego w czasie roku akademickiego 2015/16. Studenci wypełniali ankietę socjalną i przechodzili dwuetapowe, przesiewowe badanie wymowy głosek środkowojęzykowych dentalizowanych (2–3-minutowa spontaniczna wypowiedź oraz odczytanie tekstu zawierającego głoski palatalne w różnych pozycjach w wyrazie i różnych kontekstach fonetycznych). Wypowiedzi studentów były rejestrowane za pomocą dyktafonu cyfrowego.

Ankieta socjalna została opracowana według założeń socjolingwistycznych badań polszczyzny miast. Parametry najczęściej uwzględniane przez socjolingwistów to płeć, wiek, pochodzenie etniczne, pochodzenie społeczne, ośrodek zamieszkania, wykształcenie i wykonywany zawód.² W związku ze specyfiką badanej grupy parametry zostały nieco zmody-

² Np. badania B. Dunaja, W. Lubasia, F. Nieckuli, H. Kurek, M. Gruchmanowej, M. Żak-Święcickiej, M. Witaszek-Samborskiej, M. Kamińskiej.

fikowane, badani byli pytani o płeć, wiek, województwo pochodzenia, wielkość ośrodka pochodzenia, wykształcenie matki i ojca oraz poziom znajomości języków obcych.

Analizie podlegała środkowa minuta tekstu tworzonego spontanicznie oraz dwanaście odczytanych zdań, w których spółgłoski palatalne występowały w różnych pozycjach i kontekstach fonetycznych. Ocena obydwu komponentów badania wymowy była przeprowadzona według takich samych założeń: 0–2 nieprawidłowości [ś, ź, ć, ź] – wymowa oceniana jako normatywna, 3–5 nieprawidłowości [ś, ź, ć, ź] – głoski oceniane jako sporadycznie zniekształcane, 6 i więcej nieprawidłowości [ś, ź, ć, ź] – głoski oceniane jako często zniekształcane. Kryterium oceny prawidłowości wymowy głosek było audytywne, dość restrykcyjne, zgodne z zasadami oceny w logopedii artystycznej. Jako zaburzenia kwalifikowane były wszystkie odchylenia od normatywnej barwy głoski, również bardzo subtelne³ (wynikające na przykład z nieprawidłowego ustawienia jedynek, diastemy).

Badaniom poddano 294 studentów. W wymowie ponad połowy z nich dało się zauważyć nieprawidłowości w zakresie realizacji głosek [ś, ź, ć, ź]. 105 osób (35,7%) sporadycznie zniekształcało głoski palatalne w swobodnej wypowiedzi, 46 (15,6%) czyniło to często. Liczby te są porównywalne z wynikami wcześniej prowadzonych badań [Rutkiewicz-Hanczewska 2009; Myszką 2014; 2015]. Dość zaskakujące natomiast okazało się porównanie liczby zniekształceń w mowie spontanicznej i w tekście. Projektując badanie, spodziewałam się, że tekstowi czytany towarzyszyć będzie większa liczba zniekształceń, spółgłoski miękkie miały tam bowiem zdecydowanie większą niż przeciętna frekwencję, w dodatku często występowały w kontekstach i pozycjach sprzyjających zaburzaniu palatalności. Ogólna liczba osób prezentujących zniekształcenia głosek palatalnych dentalizowanych (zniekształcenia sporadyczne i częste liczone razem) w mowie spontanicznej to 151 (51,4%), zaburzenia w tekście natomiast dało się zauważyć u 104 (35,4%) osób. Wynika stąd, że w wielu wypadkach zaburzenia nie mają charakteru wady wymowy, lecz są wynikiem pewnej manieri artykulacyjnej, która w mowie spontanicznej jest dużo słabiej kontrolowana.

Tabela 1. Studenci UW z zaburzeniami wymowy głosek [ś, ź, ć, ź]

[ś, ź, ć, ź]	w mowie spontanicznej		w tekście czytany	
	liczba osób	procent osób	liczba osób	procent osób
prawidłowe	143	48,6	190	64,6
sporadycznie zniekształcane	105	35,7	84	28,6
często zniekształcane	46	15,6	20	6,8

³ Tzw. skazy dykcyjne [Toczyska 2010, *Do-tkliwa artykulacja*, Gdańsk, s. 8].

Badanie potwierdziło również duże różnice w liczbie zaburzeń w zależności od płci. W badaniu brały udział 253 kobiety (86%) i 41 mężczyźni (14%). Prawidłowo wymawiało głoski miękkie w mowie spontanicznej jedynie 43% kobiet i 83% mężczyzn. W tekście czytany różnica była mniejsza (60,8% kobiet i 87,8% mężczyzn), ale ciągle była to różnica znacząca. Grupa badanych mężczyzn była znacznie mniejsza, ale myślę, że już na podstawie wyników tych wstępnych badań można potwierdzić potoczną opinię, że dyspalatalizacja to raczej domena kobiet. Podważa to nieco tezę o uwarunkowaniu tego sposobu wymowy osłabieniem sprawności artykulatorów związanym z rozwojem cywilizacyjnym i nieprawidłowymi nawykami żywieniowymi. Wszak przedstawiciele obydwu płci wychowywani byli w tych samych warunkach kulturowo-cywilizacyjnych. Wśród mężczyzn, podobnie jak u kobiet, mniej zaburzeń wystąpiło w tekście czytany, co sugeruje zdolność zachowania kontroli nad zaburzeniami realizacji [ś, ź, ć, ż]. Nie można więc obronić tezy, że zaburzenia miękkości głosek u mężczyzn związane są wyłącznie z uwarunkowaniami logopedycznymi, prawdopodobnie zdarzają się również realizacje, które można zaklasyfikować jako manierę językową. Kiedy przyjrzeć się tylko kobietom, to okazuje się, że problem zaburzonej miękkości dotyczy prawie sześćdziesięciu procent z nich (39% zaburzeń sporadycznych i 18% częstych). U blisko jednej piątej dziewcząt nieprawidłowości pojawiają się w dużym nasileniu, co oznacza, że jest to problem powszechniejszy niż większość innych zaburzeń artykulacyjnych.

Tabela 2. Zaburzenia wymowy głosek [ś, ź, ć, ż] w zależności od płci

[ś, ź, ć, ż]	mowa spontaniczna				tekst czytany			
	kobiety		mężczyźni		kobiety		mężczyźni	
	liczba	procent	liczba	procent	liczba	procent	liczba	procent
prawidłowe	109	43	34	83	154	60,8	36	87,8
sporadycznie zniekształcane	98	38,7	7	17	80	31,6	4	9,8
często zniekształcane	46	18,2	0	0	19	7,5	1	2,4
zniekształcenia ogółem	144	56,9	7	17	99	39,1	5	12,2

Potoczne odczucie, że więcej nieprawidłowych realizacji głosek miękkich pojawia się w wymowie młodszych osób, znajduje odbicie w analizie zależności częstości zaburzeń od wieku respondentów. W pierwszym etapie badań w ankiecie socjalnej wyodrębniłam tylko dwie grupy, osoby w wieku między 18. a 24. rokiem życia i osoby powyżej 24. roku życia. Wśród osób z drugiej grupy liczba zaburzeń była zdecydowanie mniejsza,

ale dotyczyło to tylko mowy spontanicznej. W grupie do 24. roku życia 47,6% osób miało prawidłową wymowę, w grupie 25 i więcej lat było to już 63,2%. Inaczej było z nieprawidłowościami wymowy w tekście czytany. Tutaj osoby starsze prezentowały nawet nieco większą liczbę zaburzeń.

Tabela 3. Zaburzenia wymowy głosek [ś, ź, ć, ź] w zależności od wieku badanych

[ś, ź, ć, ź]	od 18 do 24 lat				25 i więcej lat			
	mowa spontaniczna		tekst czytany		mowa spontaniczna		tekst czytany	
	liczba	pro-cent	liczba	pro-cent	liczba	pro-cent	liczba	pro-cent
prawidłowe	131	47,6	176	65,1	12	63,2	11	57,9
sporadycznie zniekształcane	101	36,7	78	28,4	4	21,1	6	31,6
często zniekształcane	43	15,6	18	6,5	3	15,8	2	10,5

Ponieważ liczba osób powyżej 24. roku życia była dużo mniejsza, wydaje się, że ten nowy sposób realizacji głosek miękkich jest mocno powiązany z wiekiem. Można to interpretować na dwa sposoby. Albo, jak sugeruje Bogumiła Toczyska, problem zaburzonej wymowy [ś, ź, ć, ź] pogłębia się wśród kolejnych pokoleń [Toczyska 2010, 8], albo jest to pewna maniera, cecha wymowy młodzieżowej, która jest redukowana z upływem lat.

W drugiej części badań wprowadziłam do ankiet dokładne kryterium wieku i uzyskane wyniki jeszcze bardziej potwierdziły cezurę 24 lat jako momentu, w którym liczba zaburzeń wyraźnie się zmniejsza. Zakres zaburzeń (sporadycznych i częstych liczonych razem) w mowie spontanicznej wśród osób w wieku od 18 do 23 lat oscylował wokół pięćdziesięciu kilku procent, podczas gdy dla osób powyżej 23. roku życia było to już tylko 33,3%. Co jeszcze bardziej uderzające, żadna z kilku osób powyżej 27. roku życia nie prezentowała przedmiotowego zaburzenia (ale ta grupa osób stanowiła niewielki odsetek badanych, więc wyników nie można uznać za miarodajne).

Kolejnym analizowanym kryterium było kryterium regionalne. Aby uniknąć niejednoznaczności w określaniu regionu pochodzenia, ankietowani byli proszeni o podanie województwa, w którym się wychowywali (spędzili największą część swojego życia). Większość badanych – zgodnie z przewidywaniami – pochodziła z województwa mazowieckiego (184 na 294 badane osoby), ale były też znaczące grupy z innych województw (lubelskiego, podlaskiego, śląskiego, łódzkiego, świętokrzyskiego i kujawsko-pomorskiego). Pozostałe obszary Polski były słabiej reprezentowane (po kilka osób z województwa). Zakres zaburzeń występujących wśród

studentów pochodzących z Mazowsza w porównaniu z pochodzącymi z innych obszarów sugeruje, że problem zaburzonej wymowy [ś, ź, ć, ź] nie wiąże się znacząco z różnicami regionalnymi. Wśród osób z województwa mazowieckiego procent zaburzeń wymowy spontanicznej (sporadycznych i częstych – liczonych razem) wynosił 52,2, wśród studentów wychowywanych w innych regionach – 50.

Pewnym zaskoczeniem okazała się dokładniejsza analiza tej kategorii. O ile w większości regionów liczba zaburzeń oscylowała wokół 50%, o tyle wśród studentów pochodzących z województwa podlaskiego była zdecydowanie mniejsza i wynosiła poniżej 30%.

Tabela 4. Zaburzenia wymowy głosek [ś, ź, ć, ź] sporadyczne i częste liczone razem w zależności od województwa pochodzenia

województwo pochodzenia	zaburzenia [ś, ź, ć, ź] w mowie spontanicznej	
	liczba osób	procent osób
mazowieckie	96/184	52,2
lubelskie	13/21	44,8
podlaskie	5/17	29,4
śląskie	6/11	54,5
łódzkie	5/10	50,0
świętokrzyskie	5/9	55,9
kujawsko-pomorskie	4/9	44,4

Wynik jest zaskakujący o tyle, że w potocznym odczuciu to właśnie osobom pochodzącym z Podlasia przypisywana jest tendencja do tak zwanego śledzikowania. Przed rokiem dwutysięcznym zjawisko zastępowania głosek środkowojęzykowych głoskami spalatalizowanymi jest sygnalizowane w literaturze właściwie tylko jako cecha regionalna, łączona zazwyczaj z wymową osób ze wschodnich rejonów Polski, zwłaszcza z Podlasia [Wróblewski 1986, 312; Kucala 1994, 26]. W nowszej literaturze poświęconej elementom regionalnym w wymowie Podlasian podkreśla się, że ten typ wymowy (ośmieszany przez mieszkańców innych części Polski) jest już rzadko spotykany w wymowie mieszkańców większych miejscowości regionu i w wymowie młodszego pokolenia [Szostak 2003, 161; Frackiewicz 2006, 215; Sokólska 2009, 102], ale to powszechne odczucie nadal jest mocno rozpowszechnione. Ponieważ liczba studentów z poszczególnych województw (poza mazowieckim) była dość mała, trudno formułować jednoznaczne wnioski, ale znacząco mniejsza liczba zniekształceń wśród osób pochodzących z województwa podlaskiego może sugerować, że ważnym elementem wpływającym na rozpowszechnienie opisywanego zaburzenia jest poziom świadomości językowej w zakresie wymowy głosek miękkich. Młodsze pokolenie Podlasian jest zapewne bardziej wyczu-

lone na nieprawidłowości wymowy tych głosek i, co za tym idzie, bardziej kontroluje ich realizację.

Wielkość ośrodka pochodzenia również nie ma decydującego wpływu na rozpowszechnienie nieprawidłowości głosek palatalnych dentalizowanych. W badanej grupie 294 studentów 71 pochodziło ze wsi, 116 z małych i średnich miast (do 100 tys. mieszkańców), 104 z dużych miast.

Tabela 5. Zaburzenia wymowy głosek [ś, ź, ć, ź] (sporadyczne i częste liczone razem) w zależności od wielkości ośrodka pochodzenia

[ś, ź, ć, ź]	w mowie spontanicznej		w tekście czytany	
	liczba osób	procent osób	liczba osób	procent osób
wieś	42	59,2	26	36,6
małe / średnie miasto	60	51,7	43	37,1
duże miasto	49	47,1	35	32,7

Różnice dotyczące liczby zaburzeń między studentami pochodzącymi z różnej wielkości ośrodków występują, ale nie są znaczące. Nieco większy zakres nieprawidłowości w wymowie mieszkańców mniejszych ośrodków daje się wytłumaczyć gorszym dostępem do opieki lekarskiej i logopedycznej (z niereferowanej w tym artykule części badania wynika, że w tej grupie występuje ogólnie większa liczba zaburzeń realizacji głosek) oraz – być może – większymi wpływami dialektalnymi. Z pewnością jednak fakt pochodzenia z mniejszej miejscowości nie jest decydującym czynnikiem, który powoduje zniekształcenia tej grupy głosek.

Co dość zaskakujące, nie ma też wyraźnego związku między poziomem wykształcenia rodziców badanych osób a tendencją do popełniania błędów w wymowie [ś, ź, ć, ź]. Wydawałoby się, że im wyższy poziom wykształcenia rodziców, tym większa ich świadomość językowa, więc i większa dbałość o wymowę dzieci, a w konsekwencji mniejsza liczba popełnianych przez nie błędów, tymczasem wyniki badań nie potwierdzają tych przypuszczeń. Liczba studentów, których rodzice mają wykształcenie podstawowe była zbyt mała, żeby wysnuć ogólne wnioski, ale różnice między pozostałymi dwiema grupami nie są zbyt wyraźne. Zastanawiający wydaje się fakt, że liczba zniekształceń w mowie spontanicznej wśród studentów mających rodziców z wyższym wykształceniem jest nawet nieco większa niż wśród tych, których rodzice mają jedynie średnie wykształcenie.

W drugim etapie badań dodałam do ankiety pytanie o języki obce znane studentom na poziomie zaawansowanym. Interesowało mnie, czy biegła znajomość języka obcego wpływa na liczbę zniekształceń polskich głosek palatalnych (zakładałam możliwe interferencje fonetyczne). Na 162 badane osoby 52 zadeklarowały zaawansowaną znajomość języka

obcego, na poziomie C1 i wyższym (przy czym dla 34 osób był to język angielski). Okazało się, że w grupie osób deklarujących dobrą znajomość co najmniej jednego języka obcego liczba zniekształceń była zdecydowanie mniejsza niż średnia (36,5% dla wymowy spontanicznej), a wśród studentów deklarujących biegłość w języku angielskim jeszcze o kilka punktów procentowych niższa (29,4%). Można więc wyciągnąć wniosek, że dobra znajomość języka obcego (a co za tym idzie, zapewne większa świadomość językowa w zakresie fonetyki oraz większe wyczulenie na niuanse fonetyczne) sprzyja prawidłowej wymowie w rodzimym języku. Podważa to więc nieco tezę o ekspansji angielszczyzny jako jednej z przyczyn szerzenia się omawianego sposobu wymowy.

Tabela 6. Zaburzenia wymowy głosek [ś, ź, ć, ż] (sporadyczne i częste liczone razem) w zależności od wykształcenia rodziców

[ś, ź, ć, ż]	mowa spontaniczna				tekst czytany			
	matka		ojciec		matka		ojciec	
	liczba	procent	liczba	procent	liczba	procent	liczba	procent
podstawowe	4	50	9	69,2	2	25	6	46,2
średnie	68	51,1	82	48,2	48	36,1	55	32,4
wyższe	78	52	59	55,1	53	35,3	42	39,3

Badanie potwierdziło istnienie dużej liczby zniekształceń głosek palatalnych dentalizowanych wśród studentów Uniwersytetu Warszawskiego. Ponieważ w tekście czytany zniekształcenia występują dużo rzadziej niż w mowie spontanicznej, można wysnuć wniosek, że zaburzenie to często ma charakter błędu wymowy lub manieri artykulacyjnej, którą mówiący są w stanie kontrolować i eliminować podczas czytania. Zniekształcanie wymowy głosek palatalnych częściej dotyczy studentek, ale zdarza się również u studentów i u nich również jest mniej nasilone w tekście czytany. Wyraźnie mniej zaburzeń występuje u badanych w wieku powyżej 24 lat. Czynniki regionalne nie wydają się znaczące dla rozpowszechnienia badanego wariantu wymowy. Mniejsza liczba zniekształceń wśród studentów z województwa podlaskiego świadczy prawdopodobnie o większej świadomości w zakresie prawidłowego sposobu wymowy przedmiotowych głosek (związanej z wcześniejszym piętnowaniem w tym regionie wymowy dialektalnej). Nieduże znaczenie dla rozpowszechnienia badanego wariantu wymowy ma wielkość ośrodka zamieszkania i wykształcenie rodziców. Znacząca jest natomiast dobra znajomość języków obcych. W grupie studentów deklarujących wysoki poziom znajomości języka obcego (szczególnie angielskiego) obserwuje się zdecydowanie najmniej zaburzeń głosek [ś, ź, ć, ż].

W artykule Marii Zarębinskiej o slangu studentów Uniwersytetu Warszawskiego jako przykład dowcipu słownego służy fraza: „Żeby cię spalatalizowało!” [Zarębina 2002, 241]. Słuchając wypowiedzi obecnych

zaków, można odnieść wrażenie, że klątwa zadziałała... Otwarte pozostaje pytanie, czy jest to chwilowa maniera artykulacyjna, czy tendencja, która będzie się pogłębiała. Na pewno opisywane zjawisko wymaga dalszego monitorowania i badań o szerszym zakresie.

Bibliografia

- B. Czaplicki, M. Żygis, D. Pape, L.M.T. Jesus, 2016, *Acoustic evidence of new sibilants in the pronunciation of young Polish women*, „Poznan Studies in Contemporary Linguistics” 52, s. 1–42.
- M. Frackiewicz, 2006, *Cechy mowy mieszkanców Białegostoku* [w:] H. Sędziak (red.), *Polszczyzna Mazowsza i Podlasia*, cz. X: *Polszczyzna miast i miasteczek*, Łomża, s. 211–218.
- K. Gawęda, J. Łazewski, 2000, *O błędach wymowy. Książeczka dla dzieci tudzież wyższych urzędników państwowych*, Warszawa.
- M. Hortis-Dzierzbicka, E. Zomkowska, M. Osowicka-Kondratowicz, W. Gonet, 2014/15, *Ocena foniatryczna kandydatów na studia logopedyczne – wyniki badań, spostrzeżenia, uwagi*, „Logopedia” t. 43/44, s. 135–147.
- H. Jadacka, 2006, *Współczesne błędy wymawianiowe*, „Poradnik Językowy” z. 10, s. 47–52.
- B. Kamińska, 2012, *Diagnoza w logopedii artystycznej* [w:] E. Czaplewska, S. Milewski (red.), *Diagnoza logopedyczna. Podręcznik akademicki*, Sopot, s. 481–508.
- M. Kucala, 1994, *Twoja mowa cię zdradza. Regionalizmy i dialektyzmy języka polskiego*, Kraków.
- M. Kułakowska, 2014, *Rozwój palatalności spółgłosek środkowojęzykowych* [w:] M. Kułakowska, A. Myszka (red.), *Kultura mówienia dawniej i dziś*, Rzeszów, s. 89–98.
- J. Miodek, 2013, *Polszczyzna różnych pokoleń* [w:] A. Dunin-Dudkowska, A. Małyńska (red.), *70 lat współczesnej polszczyzny. Zjawiska. Procesy. Tendencje*, Lublin, s. 365–371.
- A. Myszka, 2014, „Prezenterzy powinni być samą doskonałością”. *Wymowa staranna współczesnych dwudziestolatków – rekonesans badawczy* [w:] M. Kułakowska, A. Myszka (red.), *Kultura mówienia dawniej i dziś*, Rzeszów, s. 190–204.
- A. Myszka, 2015, *Pięć szeregów głosek dentalizowanych? O półpalatalnych głoskach szumiących i ciszących*, „Logopedia Silesiana” t. IV, s. 170–182.
- M. Osowicka-Kondratowicz, 2013, *Specyficzne problemy związane z realizacją spółgłosek w rozwoju mowy dziecka*, „Prace Językoznawcze” XV/2, Olsztyn, s. 55–68.
- M. Osowicka-Kondratowicz, A. Serowik, 2009, *Defektywne realizacje spółgłosek palatalnych dentalizowanych przy prawidłowych i nieprawidłowych warunkach zgryzowych. Wskazówki do terapii logopedycznej*, „Prace Językoznawcze” IX, Olsztyn, s. 155–177.
- M. Rutkiewicz-Hanczewska, 2009, *Błąd wymowy czy wada wymowy? O nowej artykulacji głosek szeregu ciszącego*, „Język Polski” nr 4–5, s. 353–364.

- U. Sokółska, 2009, *Daj busi dla babci, czyli o mowie mieszkańców Białostoczczyzny* [w:] B. Dunaj, M. Rak (red.), *Polszczyzna mówiona i regionalna. Materiały ogólnopolskiej konferencji naukowej, Kraków, 25–26 września 2008*, Kraków, s. 99–108.
- K. Szostak, 2003, *Wybrane cechy fonetyczne i fleksyjne w mowie mieszkańców Białegostoku* [w:] H. Sędziak (red.), *Polszczyzna Mazowska i Podlasia*, cz. VII: *Obraz życia i kultury mieszkańców regionu utrwalony w słownictwie gwarowym i regionalnym*, Łomża, s. 155–165.
- K. Waszakowa, 2011, *Polszczyzna przełomu XX i XXI wieku: dynamika procesów sprzyjających internacjonalizacji* [w:] *Исследования по славянским языкам 16-1*, Сעה, s. 125–142.
- P. Wróblewski, 1986, *Regionalizmy w języku inteligencji białostockiej* [w:] H. Kurkowska (red.), *Współczesna polszczyzna. Wybór zagadnień*, Warszawa, s. 309–320.
- M. Zarębina, 2002, *Oryginalność czy wulgarność (o slangu studenckim)* [w:] S. Gajda, K. Rymut, U. Żydek-Bednarczyk, *Język w przestrzeni społecznej*, Opole, s. 239–246.

***Sounds [ś, ź, ć, ż] as realised by students of the University of Warsaw.
A sociolinguistic approach***

Summary

The subject of this paper is disorders in the realisation of middle-tongue dentalised phonemes among students of the University of Warsaw. The author analyses the irregularities [ś, ź, ć, ż] frequency in spontaneous speech and in the text read out loud and the impact of social factors (home region, size of the locality, parents' education) and biological factors (age, sex) on the popularisation of the deformed pronunciation. The relation between the tendency for the deformed pronunciation of soft dentalised sounds and the command of foreign languages is also subject to observation.

Trans. Monika Czarnecka

Katarzyna Ita Bieńkowska

(Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej, Warszawa),

Natalia Siudzińska (Uniwersytet Warszawski),

Marzena Stępień (Uniwersytet Warszawski)

WYKORZYSTANIE SIATKI PÓŁ SEMANTYCZNO-LEKSYKALNYCH W PROGRAMIE TERAPEUTYCZNYM SŁUŻĄCYM KSZTAŁTOWANIU JĘZYKA. PROPOZYCJA

WPROWADZENIE

Refleksji teoretycznej nad zaburzeniami mowy pochodzenia koro-
wego¹ lub zaburzeniami związanymi z niedosłuchem, a także temu, jak
postępować na wczesnych etapach stymulacji rozwoju mowy, poświę-
cono wiele miejsca w literaturze fachowej. Brakuje jednak sprecyzo-
wanych programów terapeutycznych oraz narzędzi z tymi programami
powiązanych, które pokazywałyby logopedom praktykom, jak krok po
kroku, w sposób uporządkowany i konsekwentny, a jednocześnie zindy-
widualizowany, wspierać dziecko w przyswajaniu systemu językowego.
Celem oddziaływań terapeutycznych jest doprowadzenie do sytuacji, gdy
dziecko samodzielnie tworzy wypowiedzi w danym języku, posługując się
nimi w różnych sytuacjach w skuteczny, twórczy sposób (tworząc gra-
matycznie spójne wypowiedzi ze znanego słownictwa). Logopeda, oprócz
posiadania wiedzy na temat standardów postępowania diagnostycznego
i terapeutycznego, powinien również umieć wypełnić plan terapii ko-
lejnymi strukturami językowymi, odpowiednio do stopnia ich trudno-
ści i kolejności przyswajania w ontogenezie. O ile jednak początkowe
działania skupiające się na zaburzeniach przejęzykowych i wspierające
początkowe etapy stymulacji rozwoju mowy² nie sprawiają zazwyczaj
trudności, o tyle zaplanowanie etapu trzeciego (kształtowanie rozumie-
nia i tworzenia w języku polskim wypowiedzi, niebędących holofrazami,
onomatopejami czy utartymi zwrotami odtwarzanymi w całości i w spo-
sób automatyczny) budzi rozterki metodologiczne. Naszym celem jest
stworzenie szczegółowej siatki struktur leksykalno-składniowych i za-
stosowanie ustrukturyzowanego materiału w ramach już istniejącego

¹ Określanymi mianem np. *alalii*, *niedokształcenia mowy pochodzenia koro-
wego*, *niedokształcenia mowy o typie afazji*, a w literaturze anglojęzycznej także
specific language impairment, SLI [za: Kurowska 2016].

² Opisane m.in. przez K. Bieńkowską [2011] w ramach dwóch pierwszych
etapów jej propozycji postępowania terapeutycznego.

programu terapeutycznego „60 kroków” [Bieńkowska 2011]. Artykuł stanowi pierwszy etap tej pracy. Pokazujemy w nim dotychczas podejmowane próby opracowania takiego programu, założenia teoretyczne, a także przedstawiamy propozycję kolejności i sposobu wprowadzania poszczególnych struktur. Pokazujemy, że rozwijanie słownictwa z jednoczesnym wykorzystaniem i zintegrowaniem różnych struktur gramatycznych jest bardziej efektywne niż wprowadzanie słownictwa w izolacji od tych struktur.

KSZTAŁTOWANIE SYSTEMU JĘZYKOWEGO W TERAPII LOGOPEDYCZNEJ – DOTYCHCZASOWE PROPOZYCJE

Prezentowana propozycja nawiązuje do dotychczas podejmowanych prób rozwiązania tego problemu. Na określenie tego typu oddziaływań używano różnych terminów, takich jak: *programowanie systemu komunikacyjnego* (w tym *programowanie kompetencji językowych*, *programowanie języka*) [Grabias 1992; 1994], *programowanie usprawniania logopedycznego* [Emiluta-Roza 2014, 74], *nauczanie języka* (w opozycji do jego spontanicznego nabywania) [Cieszyńska 2000, 130], *terapia / / rehabilitacja mowy* [Szuchnik 2005, 657–663]. Według S. Grabiasa pełne uczestnictwo w procesie komunikacyjnym zależy m.in. od opanowania sprawności systemowej. Aby wesprzeć ten proces i zaplanować terapię, należy zdaniem badacza najpierw zminimalizować system językowy w celu ustalenia podstawowego zasobu leksykalnego języka oraz niezbędnych do budowania poprawnych zdań reguł gramatycznych [Grabias 1994, 195].³ Opisany „podstawowy zasób leksyki niezbędnej” liczy 2707 wyrazów.⁴ Autor podkreśla, że najważniejsze są w tym zbiorze czasowniki (na ich podstawie można budować system językowy, w tym wprowadzać reguły fleksyjne i składniowe). Idea zminimalizowania systemu językowego jest częściowo zbieżna z naszymi założeniami, dlatego będziemy odwoływać się do propozycji S. Grabiasa w dalszej części artykułu.

H. Rodak i D. Nawrocka [1993] w grze terapeutycznej *Od obrazka do słowa* wybrały 600 słów, które ich zdaniem dziecko powinno opanować,

³ Autor prezentuje w tekście badania przeprowadzone przez zespół Zakładu Logopedii i Językoznawstwa Stosowanego UMCS, który ustalił podstawowy zasób leksykalny polszczyzny na podstawie kryterium frekwencyjnego, znaczeniowego i sytuacyjnego, wykorzystując listy frekwencyjne [Kurcz i in. 1974–1977], wyniki badań Z. Cygal-Krupy oraz dokonując selekcji słownictwa uwarunkowanego sytuacyjnie (na podstawie podręczników do nauczania języka polskiego jako obcego).

⁴ W tym 1221 rzeczowników, 869 czasowników, 367 przymiotników, 121 przysłówków, 63 zaimki, przyimki i in. morfemy) i zawiera słownictwo z czterech obszarów: człowiek, społeczeństwo, natura oraz Bóg i zjawiska nadprzyrodzone.

aby móc skutecznie się porozumiewać. Słownictwo (przedstawione na ilustracjach) zostało usystematyzowane przez autorki według kryterium tematycznego.⁵ Jego zakres nie stanowi programu terapeutycznego, lecz jest propozycją podstawy do zajęć rewalidacji indywidualnej. Materiał językowy dobrany został według takich kryteriów, jak: wiek dziecka, jego zainteresowania i możliwości, częstość użycia wyrazów w języku potocznym i ogólnym [wg Kurcz i in. 1974–1977; Zgólkowa, Bułczyńska 1987], treści programu obowiązującego w przedszkolach specjalnych w 1974 i 1977 roku oraz możliwość jednoznacznego zilustrowania danego słowa.

Z kolei J. Cieszyńska [2000], proponując sposób nauczania systemu językowego dzieci niesłyszących w wieku poniemowlęcym i przedszkolnym, opiera się na wczesnej nauce czytania. Autorka wykorzystuje teksty tworzone podczas rozmowy prowadzonej z dzieckiem. Podkreśla, że tekst pisany w przeciwieństwie do mówionego pozwala na wielokrotne odnoszenie się do tego samego tematu, jest trwały i pozwala na łatwiejsze zapamiętywanie związków syntagmatycznych między wyrazami (wyrażenia, zwroty) [por. Cieszyńska 2000, 113–115]. Nauka czytania sylab⁶ (etap I) przebiega jednocześnie z czytaniem globalnym wyrazów „ważnych dla dziecka”⁷ według strategii składającej się z trzech elementów: powtarzania, rozumienia, nazywania (metoda etykietowania) [Cieszyńska 2000, 123]. Etap II obejmuje działania polegające na przejściu od pierwszych słów do wypowiedzi wielocłonowych. Przejście od wypowiedzi jednowyrazowych do dwu- i więcej wyrazowych pozwala na zwrócenie uwagi dziecka na zmieniające się końcówki fleksyjne (a zatem na kategorie i opozycje fleksyjne). J. Cieszyńska na początku wprowadza opozycję

⁵ Kryteria tematyczne [Rodak, Nawrocka 1993]: osoby, zabawy i zabawki, pokarmy, owoce, warzywa, ubrania i dodatki, dom, przybory szkolne, świat poza domem, zwierzęta, pojazdy, pojęcia ogólne, czasowniki, przymiotniki, przysłówki, liczebniki, zaimki, przymyki, spójniki, czas oraz obrazy sytuacyjne.

⁶ Punktem wyjścia w programie J. Cieszyńskiej jest sylaba otwarta i prymarne w wymowie głoski [m, n, p, t, k] oraz samogłoski (autorka przyjmuje to podejście za T. Milewskim [1999, s. 30–35], a ten z kolei opiera się na rozwiązaniach wypracowanych przez R. Jakobsona). Jest to zgodne z koncepcją, że w rozwoju mowy dziecka najpierw pojawiają się opozycje prymarne, a na ich podstawie dopiero możliwe jest przyswojenie opozycji sekundarnych. Naukę mowy w tym ujęciu rozpoczyna się i prowadzi poprzez czytanie w dialogu. Najpierw rozpoczyna się naukę czytania sylab, a następnie wprowadzane są wyrażenia onomatopieczne, wyrazy i zdania.

⁷ Są to: *mama, tata, auto, lala, miś, bobo (dziecko), sok, woda, buty, dom, osa, motyl, oko, nos, ucho, śpi, je, pije, stoi, lata*. Następnie wprowadzane są kolejne czasowniki i rzeczowniki, z przewagą liczebną klasy rzeczowników, zgodnie z wiedzą na temat przyswajania zasobu słownictwa [Zarębina 1994; Szuman 1985; Zgólkowa, Bułczyńska 1987]. Są to imiona dzieci i domowników, nazwy zwierząt, nazwy pokarmów i napojów, nazwy zabawek. Wśród czasowników J. Cieszyńska proponuje: *nie ma, leży, jedzie, lata, pływa, idzie, siedzi, płacze, boli, mówi, pada, słucha, chodzi*, wprowadza też wykrzykniki *oj, ojej*.

M. *vs* D. przy czasowniku *jest vs nie ma*, dalej M.–D., B.–M. (również za M. Zarębiną). Etap III prowadzi od wypowiedzi wieloczłonowych do minimalnego zasobu leksykalnego, a jego celem jest przede wszystkim wprowadzenie i utrwalenie reguł gramatycznych, w tym zwłaszcza odmiany rzeczownika przez przypadki, a czasownika przez czasy. J. Cieszyńska zwraca uwagę na nadrzędny cel terapii, którym jest opanowanie umiejętności językowego komunikowania się przez dziecko z osobami dorosłymi. Kontynuacją prac S. Grabiasa i J. Cieszyńskiej są propozycje takie jak np. Z. Orłowskiej-Popek [2010].

Praktycznym narzędziem używanym zarówno do terapii, jak i oceny umiejętności językowych dzieci z zaburzeniami rozwoju mowy (głównie z powodu niedosłuchu) jest „Program 60 kroków” [Bieńkowska 2011]. Systematyzuje on 60 umiejętności językowych (nazywanych krokami) na czterech poziomach: prelingwalnym, językowym wstępnym, komunikacji językowej oraz sprawności językowej. Algorytm postępowania opiera się na kształtowaniu umiejętności językowych we wszystkich płaszczyznach języka na podstawie konkretnych zachowań i sytuacji komunikacyjnych. Poziom trzeci „Rozumienie i mówienie”, będący szeroką podstawą proponowanego w artykule postępowania, ogólnie opisuje zasady poszerzania zasobu leksykalnego, paradygmatycznego i asocjacyjnego oraz budowania składni zarówno w naturalnym dialogu, jak i podczas planowanych ćwiczeń.

Warto zwrócić uwagę na fakt, że we wszystkich opisanych powyżej propozycjach badacze odwołują się wyraźnie do psycholingwistyki oraz ogólnie do koncepcji pól semantyczno-leksykalnych, grup tematycznych czy centrów zainteresowań. Pierwszą próbę podziału słownictwa współczesnej polszczyzny na grupy tematyczne (wydzielania pól leksykalno-semantycznych) podjęła Z. Cygal-Krupa [1987]. Wyróżniła wówczas 23 pola tematyczne⁸ oraz wskazała na istnienie grupy słów atematycznych, które występują regularnie w wypowiedziach niezależnie od ich tematyki. W swoich badaniach skupiała się na nazwach konkretnych rzeczy, związanych z określonymi tematami, które wydzieliła na podstawie tzw. centrów zainteresowań. Metoda centrów zainteresowań⁹ nato-

⁸ Są to: ciało ludzkie, zdrowie, choroba, opieka zdrowotna, ubranie, dom i jego urządzenia, rodzina, ulica; posiłki, żywienie, napoje; kuchnia i nakrycia stołowe; szkoła, miasto, wieś, zwierzęta, prace polowe, zawody / stanowiska / / praca; podróż i środki komunikacji, poczta i telekomunikacja, sport i urządzenia sportowe, rozrywka; rośliny, drzewa, kwiaty; zakupy, stosunki międzyludzkie, dane personalne, klimat i pogoda.

⁹ Warto zwrócić uwagę na fakt, że u podstaw badań nad polami semantycznymi leży idea zaczerpnięta z pedagogiki specjalnej – metoda tzw. centrów zainteresowań, obecnie zwana metodą ośrodków pracy. Ideę tę zawdzięczamy lekarzowi belgijskiemu Ovide Decroly, a samą metodę przeniosła na grunt polski w latach 20. XX w. Maria Grzegorzewska. Metoda ośrodków pracy obejmuje następujące działy tematyczne: (1) pory roku i zmiany w przyrodzie oraz zajęcia

miast została zastosowana po raz pierwszy w polskiej lingwistyce przez W. Miodunkę [1980], który z kolei koncepcję pola semantycznego zapożyczył od badaczy niemieckich i francuskich. Do kluczowych, a zarazem klasycznych dziś już prac poświęconych tej problematyce należą także monografie R. Tokarskiego [1984], A. Markowskiego [1992] oraz artykuł D. Buttler [1967], które, jak można sądzić, zapoczątkowały ten kierunek badawczy w Polsce.

Omówione koncepcje nauczania czy też programowania języka były tworzone z myślą o dzieciach nieprzyswajających języka w sposób naturalny. Jednak – o ile nam wiadomo – żadna z tych koncepcji nie pokazuje krok po kroku, jak wdrażać te rozwiązania w praktyce. Tymczasem – jak same się o tym przekonaliśmy – to na tym etapie pojawiają się największe trudności. Naszym celem jest więc, aby stopniowo rozwijana przez nas koncepcja wypełniła tę lukę, oferując logopedom i innym terapeutom proste w obsłudze, łatwo dostępne i – co najważniejsze – najlepiej darmowe narzędzie do pracy.

SPOSOBY DOBIERANIA MATERIAŁU I USTALANIE KOLEJNOŚCI WPROWADZANIA ELEMENTÓW JĘZYKOWYCH

Ponieważ uważamy, że nowe elementy programu terapeutycznego należy wprowadzać tam, gdzie w dotychczasowych propozycjach istnieją luki, naszą koncepcję postanowiliśmy nałożyć na fragment „Programu 60 kroków” K. Bieńkowskiej. Zakładamy, że w chwili, gdy terapeuta decyduje o włączeniu elementów naszego programu, u pacjenta są już wykształcone prymarne umiejętności i biologiczne możliwości, pozwalające na rozwijanie mowy ekspresyjnej. Minimalne warunki to: funkcjonalne słyszenie mowy, norma intelektualna oraz sprawność aparatu mowy (fonacyjno-oddechowo-artykulacyjnego) wystarczające do rozpoczęcia nauki komunikacji werbalnej. Zakładamy zatem, że według „Metody 60 kroków” dziecko osiągnęło warunki konieczne do pracy na poziomie III: „Rozumienie i mówienie”. Przeprowadzając badanie przy użyciu *Karty oceny programu 60 kroków*, określamy szczegółowo umiejętności dziecka [Bieńkowska 2011, 55–72].

W dalszej kolejności naszą propozycję opieramy na dwóch rozwiązaniach teoretycznych, mianowicie za S. Grabiasem zakładamy, że zaplanowanie terapii wymaga odpowiedniego opracowania i uporządkowania materiału językowego. Nie mówimy jednak o minimalizacji systemu, lecz

przyrodnicze, (2) szkoła, klasa, otoczenie szkoły, droga do szkoły; (3) rodzinny dom dziecka, życie w rodzinie, mieszkanie, (4) rodzinna miejscowość i okolice, urzędy, zajęcia ludzi, zabytki, (5) tematyka okolicznościowa związana ze świętami i innymi aktualnymi wydarzeniami [zob. artykuł Sadowskiej 2003 i zamieszczoną tam bibliografię].

o uwzględnieniu stopnia trudności i kolejności przyswajania poszczególnych jego elementów. W doborze materiału językowego wykorzystujemy koncepcję pól semantyczno-leksykalnych, nie skupiamy się jednak na wprowadzaniu słownictwa głównie według kolejnych tematów.¹⁰ Wykorzystujemy tzw. relacje syntagmatyczne w polu znaczeniowym, a więc fakt, że wyrazów rzadko używamy w izolacji, najczęściej natomiast w wypowiedziach, a zatem obok siebie.¹¹ Pokazujemy, jak w nauce mowy wprowadzać i wykorzystywać słowa należące do różnych klas części mowy, a także ich łączliwość (kolokacje), jak tworzyć z nich gotowe wypowiedzi od samego początku tego programu, a także jak wykorzystywać proste elementy słowotwórstwa do łatwego powiększania zasobu słownikowego pacjenta. Stosujemy także zasadę stopniowego wprowadzania coraz trudniejszych i rozbudowanych wypowiedzi (stopień skomplikowania struktur składniowych).¹² Zakładamy również, że rozumienie poprzedza mówienie, wprowadzając zatem nowe słownictwo lub struktury językowe, najpierw upewniamy się, że dziecko je rozumie.

Ważnym elementem projektowania programu jest wybór pól semantycznych, z których czerpane będzie słownictwo do wprowadzania na kolejnych etapach terapii. Słownictwo, które stanie się podstawą programu terapii, powinno zostać dobrane z uwzględnieniem następujących kryteriów: (1) etap rozwoju mowy („numer kroku” określony w badaniu *Karta 60 kroków*), (2) związek z codziennymi doświadczeniami dziecka, (3) stopień złożoności struktury konotacyjnej (w wypadku czasowników oraz innych wyrazów, które takie własności mają), (4) frekwencja (związana bezpośrednio z kryteriami 1. i 2.), (5) kryterium fonetyczne – (wyłącza-

¹⁰ Nie opieramy się więc głównie na relacji zwanej przez logopedów kategoryzacją (hiperonimii) polegającej na tym, że pewne grupy wyrazów ze względu na znaczenie można zaliczyć do pewnej klasy określanej przez wyraz o znaczeniu ogólniejszym, np. szalik, czapka, bluzka to ubrania. Z naszego doświadczenia terapeutycznego wynika bowiem, że w kształtowaniu mowy sprawdza się koncepcja polegająca na wykorzystaniu siatki relacji semantyczno-leksykalnych, syntagmatycznych i paradygmatycznych. W praktyce oznacza to, że wykorzystujemy nie tylko takie relacje semantyczne między wyrazami, jak bliskoznaczność (hiponimia czy hiperonimia), ale także antonimie (np. *zimno-ciepło*) czy konwersję (*kupić-sprzedać* – na bardziej zaawansowanych etapach pracy).

¹¹ Umiejętność skutecznego tworzenia wypowiedzi zakłada natomiast, że wiemy, jakich wyrazów możemy użyć obok / w tej samej wypowiedzi. Wiemy zatem, że *zupa* może być *smaczna*, *słona*, *gorąca*, ale nie *twarda* czy *powolna*. Możemy ją *jeść* czy nawet *pić* albo *wylać*, ale nie *gryźć*, *kopnąć* lub *pokroić*. Od tego, co chcemy zrobić z zupą (a więc jakiego czasownika w zdaniu użyjemy), będzie zależał przypadek dopełnienia (np. *jemy*, *pijemy*, *wylewamy* – coś – biernik, ale *przyglądamy się* – czemuś – celownik), a skoro *zupa*, to *smaczna* (nie *smaczny* czy *smaczne*, bo *smaczny* może być *deser*, a *smaczne* np. *jabłko*).

¹² Zadaniem terapeuty jest zatem budowanie i rozwijanie (kształtowanie) systemu językowego, składającego się z następujących podsystemów: fonologicznego, morfologicznego, leksykalnego i składniowego.

jące): trudność wymówienia. Na tym etapie opracowania nie jest jeszcze możliwe dokładne określenie pól semantycznych oraz podanie pełnego zestawu słownictwa. Dlatego leksyka podawana przez nas w dalszej części artykułu jest jedynie pewną propozycją, służy ilustracji naszej koncepcji.

Większość logopedów praktyków potrafi wskazać pola, z których słownictwo należy wprowadzić w pierwszej kolejności, w sposób intuicyjny. Są to czasowniki opisujące codzienne czynności i sytuacje, a spośród pozostałych klas części mowy – nazwy najbliższego otoczenia, części ciała, ubrań, zabawek, zwierząt. Wybieramy więc słowa, które dziecko ma szansę często słyszeć w swoim otoczeniu, a także samo wykorzystywać. Do każdego z powyższych pól / zakresów przypisujemy słowa, które będą ich reprezentantami; dopiszemy zatem po 2–3 czasowniki, 10–15 rzeczowników, 3–4 przymiotniki, można także dopisać 3–4 przysłówki. Uwaga – nie jest błędem, jeśli niektóre wyrazy wypisane w polach będą się pokrywały. W osobnej grupie wypisujemy tzw. wyrazy atematyczne, np. *tak*, *nie*, zaimki *tu*, *tam*, *teraz* czy przysłówki odnoszące się do czasu, jak *dziś*, *jutro*, czy inne słowa, których możemy użyć w bardzo różnych kontekstach, bez względu na tematykę naszej wypowiedzi. Nie wypisujemy natomiast osobno przymków.¹³ Zalecamy, aby w pierwszej kolejności w polach semantycznych wybierać właśnie czasowniki [por. także Grabias 1992, 1994]. Taka decyzja wynika z faktu, że ośrodkiem zdania – orzeczeniem – jest czasownik i jego znaczenie determinuje strukturę zdania. Wybór czasownika zatem warunkuje możliwości doboru rzeczowników wchodzących na pozycje otwierane przez czasownik [por. także Zaron 2009]. Naszym zdaniem prymarnie pierwsze słowa pojawiające się w mowie dziecka pełnią funkcję predykatywną, a nie referencjalną, czyli pełnią funkcję taką jak orzecznik w orzeczeniu imiennym; np. kiedy dziecko mówi *auto*, to wypowiedź ta oznacza często właśnie: *to jest auto*, a rzeczownik *auto* jest reprezentantem całego wypowiedzenia (zastępuje rzeczownik i orzeczenie imienne). Dopiero później *auto* (i inne znane dziecku rzeczowniki) jest używane jako reprezentant wypowiedzenia, w którym pełni np. funkcję podmiotu *auto jedzie*).

Zdajemy sobie sprawę z tego, że logopedzi zazwyczaj zaczynają terapię od wprowadzania samych rzeczowników ze względu na łatwość przygotowania materiałów obrazkowych. Nasze podejście opiera się tymczasem na przedstawionych powyżej wyznacznikach dotyczących predykatywności rzeczowników i ważnej roli czasownika w przyswajaniu

¹³ Są to wyrazy niepełnoznaczące i uczenie ich w izolacji od reszty słownictwa i kontekstu przynosi skutek przeciwny do zamierzonego. Na początkowym etapie nauki ważne jest, aby poznane już słowa móc utrwać w różnych kontekstach. Możliwe więc, że np. przymiotniki, takie jak *duży* czy *ładny*, lub czasowniki, takie jak *dać*, a także nazwy osób, będą mogły zostać wykorzystane zarówno wtedy, kiedy pracujemy ze słownictwem dotyczącym pokarmów, jak i ubrań.

mowy oraz tym, że każda wypowiedź dziecka w początkowym etapie rozwoju mowy (nawet onomatopeja) pełni funkcję wypowiedzenia. Dlatego proponujemy, aby od samego początku wprowadzać rzeczowniki razem z czasownikami, choć oczywiście z zachowaniem przewagi ilościowej rzeczowników. W naszym ujęciu zatem jądrem siatki semantyczno-leksykalnej są czasowniki.¹⁴

Aby móc prowadzić dalsze rozważania na konkretnym materiale, przyjmijmy zatem, że na podstawie przeprowadzonego badania ustaliliśmy, iż dziecko wykazało umiejętności na III poziomie, krok 31 [wg Bieńkowskiej 2011]: budowanie wypowiedzi dwuklasowych. Oznacza to, że dziecko rozumie (wskazuje na obrazku) wyrazy nazywające osoby, czynności i stany (kto i co robi), a także użyło przynajmniej raz w mowie czynnej konstrukcji typu podmiot + orzeczenie. Wybieramy zatem czasowniki wyjściowe z pola semantycznego *jedzenie i sen*: *śpi, pije, je*. Ich struktura konotacyjna jest prosta (czasowniki jedno- i dwumiejscowe, zob. poniżej): *ktoś* (M.) *śpi*; *ktoś* (M.) *pije coś* (B.); *ktoś* (M.) *je coś* (B.) *czymś* (N.); ograniczenia nakładane przez czasowniki rzeczownikom: *ktoś – istoty żywe: ludzie i zwierzęta, coś: pokarmy stałe i płynne*.¹⁵

Etap I¹⁶: Składnia: Podstawowa struktura składniowa: proste czasowniki wymagające co najwyżej dwóch uzupełnień. Ta struktura powinna być wykorzystywana podczas całej terapii (nawet jeśli dziecko opanuje już bardziej złożone struktury składniowe) do wprowadzania nowych elementów – nowych słów, form fleksyjnych, technik słowotwórczych.

Leksyka: (a) czasowniki: np. *być* (*to jest... nie ma*), *mieć*, *spać*, *pić*, *jeść*, *boleć*; (b) rzeczowniki z pól semantycznych zdeterminowanych łączliwością z podanymi czasownikami, czyli nazwy osób lub istot żywych, nazwy pokarmów lub zabawek czy ubrań, części ciała; (c) słownictwo atematyczne: *tu, tam, tak, nie*.

Fleksja: (a) kategorie imienne: **mianownik, biernik, dopełniacz**; rzeczowniki przyswajamy wraz z **rodzajem**, więc nie ćwiczymy tej umiejętności osobno;

¹⁴ Przedstawienie czasownika – „słowa ruchu” na obrazku jest znacznie trudniejsze niż jego wprowadzenie w dyskursie, narracji opisującej przedstawianą rzeczywistość; por. np. metoda dialogu i narracji [Szubstarska, Bednarska 2013].

¹⁵ Pamiętajmy, że jeżeli np. l.m. lub czas przeszły pojawia się samoistnie w jakimś kontekście wcześniej, niż wynikałoby to z planu terapii, to nie ignorujemy tego zachowania. Podążamy za dzieckiem i utrwalamy tę umiejętność, zaznaczając w planie, że została ona wprowadzona i utrwalona wcześniej.

¹⁶ Ze względu na ograniczenia wynikające z miejsca przeznaczonego na artykuł dokładniej opisujemy jedynie dwa pierwsze etapy. Kolejne etapy wraz z zasadami doboru pól znaczeniowych i słownictwa przedstawimy w następnych artykułach i/lub publikacjach.

(b) kategorii werbalne: **3. os. 1.p. t. orzekający, cz. terażniejszy**, np. *To jest kot* (M. 1.p.); *Nie ma kota* (D. 1.p.), *Kot śpi* (3. os. 1.p. t. orzek. cz. teraż.); *Kot* (M. 1.p.) *pije* (3. os. 1.p. t. orzek. cz. teraż.) *mleko* (B. 1.p.). Struktury fleksyjne opisane w punktach (a) i (b) wprowadzamy, wykorzystując czasowniki i rzeczowniki opisane w leksyce (a)–(b).

(c) Po opanowaniu umiejętności z punktów (a) i (b) powyżej na tych samych strukturach składniowych i tym samym słownictwie ćwiczymy **1.m. rzeczownika** oraz wprowadzamy **3. os. 1.m. czasownika**: *Kot* (M. 1.p.) *pije mleko* → *koty* (M. 1.m.) *piją mleko*; *Kot śpi* → *koty śpią*. Uwaga: na tym etapie nie ćwiczymy jeszcze liczby mnogiej w innych przypadkach.

Etap II: Składnia: Nadal pracujemy, wykorzystując podstawowe struktury składniowe. Przymiotniki wprowadzamy w strukturze typu *X jest jakiś* (zob. niżej), a dopiero potem w bezpośrednim sąsiedztwie rzeczownika (*To jest jakiś X*; *Jakiś X robi coś*).

Leksyka: (a) Przymiotniki zdeterminowane łączliwością z wprowadzonymi uprzednio rzeczownikami: wielkość (*duży–mały*), temperatura (*zimny–ciepły*), ocena (*dobry–nieдобry, ładny*), ewentualne kolory. Przymiotniki wprowadzamy, jeśli dziecko rozumie i swobodnie używa w sytuacji zadaniowej wyrazów oraz form opisanych w etapie I, punktach leksyka (a)–(b) oraz fleksja (a)–(b). Pamiętamy, aby po raz pierwszy używać przymiotników w zdaniach typu: *Kot jest mały. Woda jest zimna*. W dalszej kolejności pracujemy ze zdaniami typu: *To jest mały kot. Mały kot pije / Mały kot pije mleko*. Zdania typu *Mały kot pije zimne mleko* na tym etapie będą jeszcze zbyt trudne.

(b) Słownictwo atematyczne: *teraz, już (nie) / znów* – wyraz ten możemy wprowadzać, pokazując różnice między znaczeniem przymiotników, np. dziecko kuca – mówimy: *Piotruś jest mały*, dziecko wstaje – *A teraz jest duży (Już jest duży)* lub robimy to przy okazji utrwalania konstrukcji z M. i D. – *jest coś – a teraz czegoś nie ma*.

(c) W dalszym ciągu możemy rozwijać słownictwo o kolejne czasowniki (pod warunkiem, że nie wymagają one więcej niż 1–2 uzupełnień) oraz rzeczowniki.

Fleksja: (a) Dzieci mające problemy z przyswajaniem języka często z trudem opanowują fleksję przymiotnika. Zatem wprowadzamy to zagadnienie w chwili, gdy dziecko już dobrze zna kilka rzeczowników reprezentujących poszczególne klasy rodzajowe oraz kilka prostych czasowników, a także umie używać tych wyrazów w liczbie pojedynczej i mnogiej. Zanim przejdziemy do kolejnych etapów, utrwalamy więc użycie przymiotników w prostych konstrukcjach składniowych i ćwiczymy w ten sposób umiejętności ich używania w zależności od rodzaju rzeczownika, jego liczby oraz przypadku (np. *To jest mały kot / mała lala. Nie ma małego kota / małej lali. To są małe koty / małe lale*).

(b) Możliwe, że przy okazji ćwiczenia zdań typu *Piotruś jest mały, teraz jest duży* naturalnie pojawi się czas przeszły lub zobaczymy, że dziecko jest gotowe na jego wprowadzenie. Jeśli tak jest, możemy spróbować

wprowadzić formę czasu przeszłego 3. os. 1.p. najpierw dla czasownika *być* (*był mały, teraz jest duży – tu był kot, tu nie ma kota*), a następnie np. *spać* (*kot śpi – teraz nie śpi / już nie śpi; kot spał – kot już nie śpi*¹⁷).

Słowotwórstwo: (a) Jeśli dziecko używa przymiotnika *mały*, możemy zacząć wprowadzać zdrobnienia, np. *mały kot – kotek*. Najpierw jednak dziecko powinno opanować słownictwo z (a)–(c) oraz umiejętności fleksyjne z punktów (a)–(c) w prostych strukturach składniowych.

(b) Jeśli dziecko dobrze sobie radzi z przyswajaniem nowych czasowników, możemy spróbować wprowadzić proste nazwy wykonawców czynności (np. *Kto leczy dzieci? Lekarz*); dla wielu dzieci wciąż jednak będą to formy zbyt trudne.

Dopiero w dalszej kolejności wprowadzamy czasowniki otwierające większą liczbę miejsc składniowych niż 2, czasowniki z rekcją przyimkową czy struktury składniowe rozwijane o przysłówki i wyrażenia przyimkowe niewymagane, a także różne typy zdań złożonych. Zawsze jednak pamiętamy, że nowe słowa, formy fleksyjne i techniki słowotwórcze wprowadzamy najpierw w podstawowej strukturze składniowej. Dopiero później możemy ćwiczyć je i utralać w kolejnych, bardziej złożonych strukturach składniowych. Nowe struktury składniowe wprowadzamy zaś albo przy okazji wprowadzania kolejnych czasowników otwierających większą liczbę miejsc składniowych, albo też pracując ze słownictwem w większości już dziecku znanym (np. gdy wprowadzamy zdania złożone – nowym słownictwem powinny być wyłącznie spójniki). Pamiętajmy też, aby na tych samych zajęciach nie wprowadzać więcej niż 4–5 nowych elementów (jeśli ćwiczymy nowe formy fleksyjne, to nie wprowadzamy zbyt wielu nowych słów i odwrotnie). Od tej reguły możemy odstąpić, jeśli widzimy, że możliwości dziecka pozwalają na zwiększenie poziomu trudności zadań.

PODSUMOWANIE

Celem tego artykułu było zaprezentowanie mechanizmu doboru materiału językowego opartego na siatkach semantycznych z jądrem czasownikowym w terapii służącej kształtowaniu systemu językowego dziecka. Podstawowym założeniem przedstawionej przez nas koncepcji, której nie sposób przedstawić szczegółowo w jednym artykule, jest jej

¹⁷ W języku polskim odmiana wielu czasowników wiąże się z obocznościami w temacie fleksyjnym, dlatego ćwiczenie form czasu przeszłego na czasownikach typu *iść* nie jest najlepszym pomysłem (*idzie – szedł*). Dziecko nie ma wówczas szans, aby dostrzec prawidłowości w odmianie, na których nam zależy. Oczywiście, nie zdołamy od tego problemu uciec, bo wyrazy typu *iść* są potrzebne i częste, ale to nie one powinny nam służyć w pierwszej kolejności do wprowadzania kolejnych form fleksyjnych czasownika.

elastyczność. Jeśli terapeuta pracujący z dzieckiem zobaczy, że wybrane pola semantyczne są dla pacjenta nieatrakcyjne (np. dlatego, że interesuje się np. wyłącznie pociągami), zaproponowana przez nas metoda pozwala podążyć za dzieckiem. Można bowiem wykorzystać zaproponowany przez nas mechanizm wprowadzania struktur językowych i na jego podstawie samemu stworzyć siatkę słów lub uzupełnić ją, sięgając także do pól semantycznych ciekawych dla dziecka. Postępując tak, trzeba pamiętać jednak o stopniowaniu trudności i zasadach wprowadzania struktur zgodnie z opisanymi powyżej propozycjami.

Bibliografia

- D. Buttler, 1967, *Koncepcja pola znaczeniowego*, „Przegląd Humanistyczny” XI, s. 41–59.
- J. Cieszyńska, 2000, *Od słowa przeczytanego do wypowiedzianego. Droga nabywania systemu językowego przez niesłyszące dziecko w wieku poniemowlęcym i przedszkolnym*, Kraków.
- Z. Cygal-Krupa, 1986, *Słownictwo tematyczne języka polskiego. Zbiór wyrazów w układzie rangowym, alfabetycznym i tematycznym*, Kraków.
- D. Emiluta-Roży, 2014, *Formy zaburzeń mowy* [w:] S. Grabias, M. Kurkowski (red.), *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy*, Lublin, s. 73–90.
- S. Grabias, 1992, *Zasady minimalizacji zasobów leksykalnych dla potrzeb glotodydaktyki. Podstawowy zasób słów* [w:] S. Grabias (red.), *Język polski jako język obcy*, seria „Komunikacja językowa i jej zaburzenia”, t. IV, Lublin, PG6127.8 .J53 1991.
- S. Grabias, 1994, *Język w nauczaniu niesłyszących. Zasady programowania systemu komunikacyjnego* [w:] S. Grabias (red.), *Głuchota a język*, Lublin, s. 185–221.
- I. Kurcz, A. Lewicki, J. Sambor, J. Woronczak, J. Masłowski, 1974–1977, *Słownictwo współczesnego języka polskiego. Listy frekwencyjne*, t. I–V, Warszawa.
- M. Kurowska, 2016, *Kształtowanie się zachowań komunikacyjnych u dzieci z uszkodzeniami i/lub dysfunkcjami ośrodkowego układu nerwowego*, Warszawa.
- A. Markowski, 1992, *Leksyka wspólna różnym odmianom polszczyzny*, t. I, Wrocław.
- T. Milewski, 1993, *Teoria, typologia i historia języka polskiego*, Kraków.
- W. Miodunka, 1980, *Teoria pól językowych. Społeczne i indywidualne ich uwarunkowanie*, Warszawa–Kraków.
- Z. Orłowska-Popek, 2010, *Praca nad budowaniem systemu językowego u niesłyszących dzieci z implantem ślimakowym* [w:] M. Michalik, A. Siudak (red.), *Zagadnienia mowy i myślenia*, s. 105–114.
- K. Sadowska, 2003, *Podstawowe założenia metody ośrodków pracy w szkolnictwie specjalnym*, „Nauczyciel i Szkoła” 1–2 (18–19), s. 180–196.
- M. Smoczyńska, 1997, *Przyswajanie systemu gramatycznego języka przez dziecko* [w:] H. Mierzejewska, M. Przybysz-Piwkowska (red.), *Rozwój poznawczy i rozwój językowy dzieci z trudnościami w komunikacji werbalnej – diagnozowanie i postępowanie usprawniające*, Warszawa.

- D. Szubstarska, B. Bednarska, 2013, *Świat opowiadany – scenariusze obrazkowe do zajęć rozwijających mowę z małymi dziećmi od 2. roku życia*, Gdańsk.
- J. Szuchnik, 2005, *Terapia logopedyczna osób po wszczepieniu implantów ślimakowych* [w:] T. Gałkowski, E. Szelać, G. Jastrzębowska (red.), *Podstawy neurologopedii*, Opole.
- S. Szuman, 1985, *Dzieła wybrane*, t. I: *Studia nad rozwojem psychicznym dziecka*; t. II: *Podstawy rozwoju i wychowania w ontogenezie*, Warszawa.
- R. Tokarski, 1984, *Struktura pola znaczeniowego*, Warszawa.
- Z. Zaron, 2009, *Problemy składni funkcjonalnej*, Warszawa.
- M. Zarębina, 1994, *Język polski w rozwoju jednostki*, Gdańsk.
- H. Zgólkowa, K. Bułczyńska, 1987, *Słownictwo dzieci w wieku przedszkolnym: listy frekwencyjne*, Poznań.

***The application of a semantic and lexical field network
in a therapeutic programme serving the purpose of language formation.
Proposition***

Summary

The theoretical reflection on speech and language disorders called e.g. alalia, speech underdevelopment of cortical origin, aphasia in children, or specific language impairment was devoted a lot of space in the relevant literature. However, there are no therapeutic programmes or tools to aid speech therapists shape the language system in a child in an organised and consistent manner. The paper presents the attempts made to this date in order to create such a programme and theoretical assumptions of the author's original proposition of such a therapy. The order and method of introducing individual language structures are specified and it is shown that vocabulary development with the simultaneous application and integration of various grammatical structures is more effective than introduction of vocabulary in isolation from such structures.

Trans. Monika Czarnecka

Katarzyna Ita Bieńkowska

(Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej, Warszawa)

ADAPTACJA ZINTEGROWANEJ SKALI ROZWOJU (ISD) DO POTRZEB JĘZYKA POLSKIEGO

WSTĘP

Język dziecka do 4. roku życia rozwija się niezwykle dynamicznie i podlega ciągłym przeobrażeniom – według określonych etapów rozwojowych. Zmiany te zależne są w dużym stopniu od indywidualnego tempa rozwoju spowodowanego czynnikami egzogennymi (m.in. stymulacją środowiskową) czy endogennymi, do których m.in. należą indywidualne predyspozycje genetyczne, neuroplastyczność, choroby [por. np. Kielar-Turska 2002]. Dotychczasowe badania językoznawców, psychologów, lingwistów oraz logopedów dostarczają coraz precyzyjniejszych danych dotyczących przebiegu rozwoju mowy u dzieci. Zgromadzona wiedza pozwala na konstruowanie testów i skal, dzięki którym można wychwycić ewentualne nieprawidłowości w kształtowaniu się mowy u poszczególnych osób i dzięki temu udzielić im skutecznej pomocy. Narzędzia te wykorzystywane są głównie w codziennej praktyce logopedycznej – do diagnozowania stanu mowy dzieci w różnym wieku. Niektóre z nich są adaptacją z innego języka. Narzędzia tłumaczone wymagają uważnego sprawdzenia w większej grupie osób – weryfikacji adekwatności do potrzeb języka. By można było stwierdzić, że narzędzia te są uniwersalne, muszą pomyślnie przejść proces adaptacji dla danego języka, jak również weryfikacji w określonych warunkach socjodemograficznych. Co równie ważne – w myśl zasady dobrych praktyk – zaadaptowane narzędzie powinno być na tyle czytelne, by mogli z niego korzystać rodzice [Moeller i in. 2013].

OPIS ZINTEGROWANEJ SKALI ROZWOJU

Zintegrowana Skala Rozwoju (*Integrated Scale of Development* – ISD)¹ opracowana została dla logopedów i surdopedagogów w 2003 roku przez australijski zespół firmy Cochlear do oceny rozwoju zaimplantowanych

¹ Narzędzie jest raczej kwestionariuszem obserwacyjnym. Ze względu jednak na identyfikację w wielu językach przetłumaczono oryginalną nazwę, pozostawiając słowo *skala* oraz skrót *ISD* odnoszący się do oryginalnej nazwy.

dzieci z wadą słuchu. Wydano ją wraz z poradnikiem metodycznym do terapii metodą audytywno-werbalną [*Listen Learn and Talk. Another Cochlear Innovation* 2003]. ISD opracowana została na podstawie doświadczeń praktyków [Ling 1991; Paden 1992 i in.; Estabrooks 1998] oraz istniejących w języku angielskim standaryzowanych i/lub opartych na literaturze skal i kwestionariuszy oceniających rozwój mowy dzieci słyszących i z wadą słuchu, takich jak: Cottage Acquisition Scales for Listening, Language and Speech [Wilkes 2001],² Preschool Language Scale³ [Zimeraman i in. 2005, 2012], The Bzoch-League Receptive-Expressive Emergent Language Scale Second Edition⁴ [Keneth, Bzoch i in. 2003], The Early Learning Accomplishment Profile Kit,⁵ The Learning Accomplishment Profile Revised Edition Kit⁶ (LAP-R) [Peisner-Feinberg, Hardin 2003], The Rosetti Infant-Toddler Language Scale⁷ [Rossetti 2006] oraz St. Gabriel's Curriculum for the Development of Audition, Language,

² **CASLLS** – opracowana w Teksasie skala obserwacyjna dzieci z wadą słuchu oparta na typowych stadiach rozwoju dzieci słyszących na płaszczyznach: myślenie, słyszenie, rozumienie, mowa w podtestach dostosowanych do poszczególnych poziomów prewerbalnych, prostych i złożonych zdań oraz słuchu fonemowego i artykulacji. Opracowana po angielsku i hiszpańsku.

³ **PLS 4** – opracowany w USA standaryzowany, centylowy test psychometryczny przeznaczony do badania umiejętności językowych dzieci od urodzenia do wieku 6 lat i 11 mies. Bada umiejętności prewerbalne, a następnie językowe w zakresie semantyki, morfologii, składni, opowiadania i umiejętności poprzedzających czytanie i pisanie. Opracowany w wersji angielskiej i hiszpańskiej – używany jest w praktyce klinicznej do oceny rozwoju dzieci z zaburzeniami oraz do badań naukowych.

⁴ **REEL 2** – opracowana w USA skala oceniająca rozwój mowy biernej i czynnej dzieci do 3. roku życia na podstawie wywiadu z rodzicami (zawiera dodatkowy podtest badający inwentarz leksykalny). Przeznaczony jest do badań przesiewowych niemowląt i małych dzieci. Wystandaryzowany na podstawie badań 1112 niemowląt i małych dzieci (podzielonych według wieku, płci, rasy, grupy etnicznej i regionu).

⁵ **E-LAP** – powstał na Uniwersytecie Północnej Karoliny w USA jako niestandaryzowana (oparta na literaturze) screeningowa skala opracowana przez Chapel Hill Training-Outreach Incorporation – metoda obserwacji dzieci od urodzenia do 36. miesiąca życia w obszarach: motoryki dużej, małej, poznania, rozwoju języka, samoobsługi oraz rozwoju społeczno-emocjonalnego. Przeznaczony jest dla lekarzy, nauczycieli i rodziców.

⁶ **LAP-R** – kontynuacja testu opisanego powyżej przeznaczona dla dzieci w przedziale wiekowym od 36. do 72. miesiąca życia. Dostępna jest w wersji elektronicznej, pozwala lekarzom, terapeutom i ew. rodzicom na szybką ocenę umiejętności dziecka oraz jego postępów.

⁷ **Rosetti Scale** – powstała w stanie Wisconsin w USA, niestandaryzowana, pediatryczna karta obserwacyjna rozwoju dzieci od urodzenia do wieku 3 lat i 11 miesięcy. Służy monitorowaniu rozwoju umiejętności językowych dziecka przez lekarza pediatrę na podstawie interakcji, obserwacji i wywiadu z rodzicami. Składa się z sześciu podtestów oceniających umiejętności wchodzenia w sytuację komunikacyjną, pragmatykę, użycie gestów, umiejętności zabawy,

Speech, Cognition⁸ [Tuohy i in. 2001; Castle 2005]. Zintegrowana Skala Rozwoju klasyfikuje typowe stadia rozwoju w sześciu płaszczyznach: słuchania, rozumienia, komunikacji, ekspresji mowy, spostrzegania oraz komunikacji społecznej dzieci w wieku do 48. miesiąca życia, podzielone na interwały: do 18. miesiąca życia, co kwartał (0–3, 4–6, 7–9, 10–12, 13–15, 16–18), następnie co 6 miesięcy (19–24, 25–30, 31–36, 37–42, 43–48). Każdy interwał zawiera wyszczególnione umiejętności, które w danym wieku dziecko powinno osiągnąć w danym zakresie. W trakcie badania dziecka logopeda ocenia, czy dana umiejętność dopiero się pojawia, czy też została już osiągnięta. W terapii dzieci z wadą słuchu rodzice i specjaliści pracują nad umiejętnościami, które dopiero się pojawiły, ale nie są na tyle opanowane, by dziecko przejawiało je spontanicznie w codziennych sytuacjach. Ponieważ oryginalna skala przeznaczona jest dla dzieci z wadą słuchu, bada umiejętności na poziomie tzw. wieku słuchowego – czyli czasu, który upłynął od momentu otrzymania skutecznej protezy słuchowej [Ling 1976; Estabrooks 2000], w odniesieniu do wieku metrykalnego obliczonego jako różnica pomiędzy datą badania a datą urodzenia.

CEL BADAŃ

Celem prowadzonych badań było dostosowanie Zintegrowanej Skali Rozwoju jako narzędzia do oceny stanu rozwoju mowy polskojęzycznych dzieci z wadą słuchu. Proces zaplanowany został na kilka etapów. Pierwszy – tłumaczenie na język polski i adaptacja na podstawie dostępnej literatury istniejącego w języku angielskim narzędzia [Bieńkowska, Woźniak 2011]. Drugim etapem, opisywanym wraz z procesem adaptacji w niniejszej pracy, było zweryfikowanie kwestionariusza na grupie kontrolnej, którą stanowiły dzieci słyszące, posługujące się językiem polskim jako ojczystym. Trzeci etap, który stanowi wieloośrodkowe badanie dzieci z implantem ślimakowym, pozwolił na zgromadzenie materiału, który obecnie jest opracowywany i ma służyć jako podstawa kolejnej publikacji (opis badań pilotażowych na grupie dzieci z wadą słuchu – [Bieńkowska i in. 2013]).

rozumienie i ekspresję czynną języka. Test jest opracowany w języku angielskim i hiszpańskim.

⁸ Opracowany w 2001 r. w Sydney w szkole dla niesłyszących program terapii i oceny rozwoju dzieci z wadą słuchu w wieku od urodzenia do 6 lat. Zawiera opis rozwoju poszczególnych umiejętności: słuchania (uwagi – pamięci słuchowej), komunikacji prewerbalnej, rozumienia, mowy czynnej, zdolności poznawczych oraz interakcji społecznych, umiejętności motorycznych (dużych i małych). Ocenia dzieci w interwałach co 3 miesiące do 1. roku życia, co pół roku do 6. roku życia.

Dla realizacji celu opisywanej w tym artykule części badań sformułowano pytanie badawcze: czy cele i zadania w poszczególnych interwałach skali po adaptacji do języka polskiego (dostosowanie na podstawie literatury) są adekwatne do rzeczywistego przebiegu rozwoju mowy u dzieci?

PROCES ADAPTACJI

Niestandaryzowana skala (ISD) została dotychczas przetłumaczona na 30 języków zróżnicowanych pod względem pochodzenia i budowy fonologiczno-morfologiczno-składniowej. Jest używana przez zespoły logopedów w centrach implantologicznych do oceny rozwoju mowy małych dzieci z wadą słuchu i porównywania ich z normami rozwojowymi słyszących rówieśników. W żadnym z języków, także oryginalnym, nie sprawdzono jej adekwatności na grupie kontrolnej słyszących dzieci. W procesie adaptacji na język polski wykorzystano klasyczną metodologię niezależnych dwóch tłumaczeń i kompilacji na podstawie dostępnej do 2011 roku literatury [m.in. Żebrowska (red.) 1986; Skowroński 1993; Kaczmarek 1998; Siedlecka, Smoleńska 1999; Dołęga 2003; Kurkowski 2002; Kielar-Turska 2000, 2002, 2003; Kornas-Biela 2003; Przetacznik-Gierowska 1992; Bokus 2007; Porayski-Pomsta 2009; Banaszkiewicz 2011]. Skonsultowano się także z logopedami z Czech i Słowacji, którzy tylko przetłumaczyli skalę na swoje języki ojczyste, korzystając z oryginału, pomimo że różnice w językach słowiańskich w porównaniu z angielskim dotyczą zarówno fonologii, morfologii, jak i składni. Ze względu na konieczność opanowania m.in. fleksji oraz większej liczby (spalatalizowanych) fonemów czy aspektu czasownika, w języku polskim konieczne było dostosowanie zadań w poszczególnych interwałach skali i podjęcie próby sprawdzenia adekwatności przyjętych czasowych ram nabywania przez dzieci poszczególnych umiejętności (co także pozwoli w przyszłości na weryfikację dokładności skali w pozostałych językach słowiańskich). Modyfikacje wprowadzone w skali dotyczyły głównie punktów związanych z fonologią i fleksją. W związku z występującym w większości wyrazów akcentem paroksytonicznym pominięto w polskiej wersji elementy związane ze swobodą akcentu, istotne dla języka angielskiego. Autorki starały się nie zmieniać liczby zadań do zaliczenia w danym interwale, by nie zaburzać przelicznika procentowego, pozwalającego na porównanie wyników badań z innymi językami (odstępstwo ok. 3%). W oryginale dla każdego wieku słuchowego w karcie wyników znakiem (+) oznaczane były pojawiające się umiejętności lub cele, nad którymi pracują rodzice i specjaliści. Znakiem (√) oznaczano osiągnięte umiejętności zaobserwowane podczas spontanicznego korzystania z języka oraz podczas interakcji w domu z rodzicami i innymi członkami rodziny, a na późniejszym etapie także z innymi znanymi dziecku osobami. Dla niniejszych badań zmodyfikowano narzędzie i w Formularzu Oceny Postępów zaznaczano jedynie osiągnięte przez dziecko umiejętności.

GRUPA I METODA

Badaniem kontrolnym objęto grupę 193 dzieci (124 dziewczynki i 69 chłopców) w wieku od 2. do 48. miesiąca życia (średnia wieku 29 miesięcy), nieobciążonych wywiadem okołoporodowym (w skali Apgar 8–10 punktów), zamieszkałych w województwie podkarpackim (wieś i małe miasta < 50 tys. mieszkańców – 85%) i w Warszawie (15%). Przebadano dzieci w odpowiednim wieku metrykalnym w interwałach skali co 3 miesiące: 0–3,⁹ 4–6, 7–9, 10–12, 13–15, 16–18 po 10 dzieci, w interwałach co 6 miesięcy 19–24, 25–30 oraz 31–36 po 15 dzieci. W celu sprawdzenia wiarygodności linii granicznej skali obejmującej okres ławinowego, lecz także zróżnicowanego rozwoju mowy w interwałach 37–42 miesięcy, przebadano 35 dzieci, 43–48 miesięcy życia – 53 dzieci. Rodzice wszystkich dzieci wyrazili zgodę na udział w anonimowym badaniu.¹⁰ W ankiecie wstępnej wykluczono niedosłuch dziecka oraz inne wady rozwojowe (znane do chwili badania). Przyjęto, że dziecko musiało uzyskać w skali Apgar wynik co najmniej 7 punktów.

Zakres problematyki badawczej narzucił wybór metod (wywiad, sondaż diagnostyczny i obserwacja bezpośrednia [Pilch, Bauman 2001, 80]. Badania przeprowadzone były przez dyplomowanych logopedów (autorkę i cztery przeszkolone osoby) [por. Moskal 2014], w trakcie spotkań z zaprzyjaźnionymi rodzinami w domu u dziecka lub w przedszkolu podczas profilaktycznych zajęć logopedycznych. Każde spotkanie badawcze trwało od 1 do 3 godzin. W wypadku kilkorga młodszych dzieci ze względu na ich wiek oraz zmęczenie badacz spotykał się z dziećmi dwu-, trzykrotnie w odstępach maksymalnie kilkudniowych. Wywiad, polegający na rozmowie z opiekunami badanych dzieci, zawierał pytania dotyczące rodziny dziecka (jej struktury, warunków bytowych, podstawowych danych o rodzicach i rodzeństwie) oraz samego dziecka (informacje o przebiegu ciąży, okresu okołoporodowego, ogólnego rozwoju dziecka i ewentualnych jego zakłóceniach), co pozwoliło na wykluczenie z badania dzieci z grupy ryzyka opóźnionego rozwoju mowy. Obserwacja prowadzona w latach 2013–2016 umożliwiła uzyskanie wiedzy o aktualnych umiejętnościach konkretnego dziecka związanych z mową.

⁹ Średni wiek w grupach wynosił w poszczególnych interwałach wiekowych: 0–3 – 2;2 mies. (min. 1, max. 3); 4–6 – 5;7 (min. 5, max. 6); 7–9 – 7;8 (min. 7, max. 8); 10–12 – 10;5 (min. 10, max. 12); 13–15 – 13;6 (min. 13, max. 15); 16–18 – 18;8 (min. 16, max. 18); 19–24 – 20;6 (min. 19, max. 24); 25–30 – 27;9 (min. 26, max. 30); 31–36 – 33;4 (min. 31, max. 36); 37–42 – 39;9 (min. 37, max. 42); 43–48 – 46;1 (min. 43, max. 48).

¹⁰ Rodzice dziecka otrzymywali wynik badania. W zależności od potrzeb przekazywano także wskazówki do pracy z dzieckiem w domu.

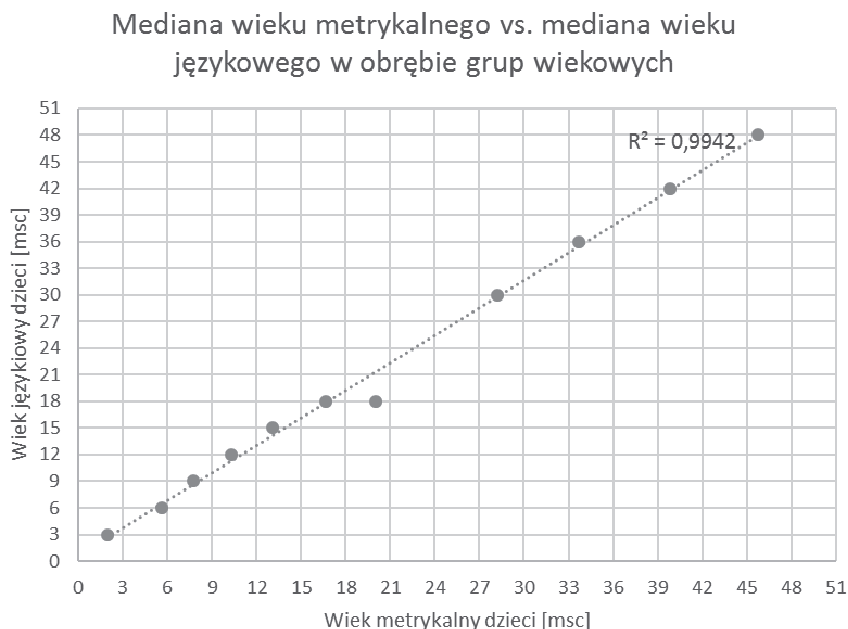
PROCEDURY STATYSTYCZNE

W celu zebrania wyników utworzono internetową bazę danych z możliwością wprowadzania indywidualnych wyników dziecka *on-line* [Bieńkowska i in. 2013]. Wprowadzono podsystem ze znacznikiem *DZ*, zawierający: inicjały badanego dziecka, numer, datę urodzenia, datę badania oraz kartę wywiadu. Ze względów praktycznych elektroniczny formularz oceny postępów został uproszczony w stosunku do papierowej wersji skali. Pozostawiono jedynie możliwość zaznaczenia osiągniętych umiejętności i celów. Dane były wprowadzane bezpośrednio do bazy *on-line* lub notowano wynik w wersji papierowej, by wprowadzić go w późniejszym czasie. Przyjęto, że osiągnięcie w sumie 66% umiejętności przypisanych do danego etapu pozwala automatycznie na przejście na kolejny etap. Zebrane wyniki surowe poddane zostały analizie statystycznej (współczynnik korelacji Pearsona, test t-Studenta) przy użyciu programu Excel. Do celów analiz statystycznych obliczono wiek metrykalny, którym jest różnica pomiędzy datą badania a datą urodzenia, oraz „wiek językowy” rozumiany jako różnica pomiędzy osiągniętym 66% wynikiem w maksymalnym interwale a datą urodzenia.

WYNIKI

Obliczono średni procentowy wynik uzyskany przez dzieci – 68%. W poszczególnych interwałach wiekowych: 0–3 – 81% (min. 68, max. 95); 4–6 – 78% (min. 0, max. 98); 7–9 – 65% (min. 7, max. 95); 10–12 – 67% (min. 7, max. 97); 13–15 – 59% (min. 0, max. 97); 16–18 – 72% (min. 0, max. 100); 19–24 – 65% (min. 0, max. 100); 25–30 – 78% (min. 0, max. 100); 31–36 – 69% (min. 0, max. 98); 37–42 – 70% (min. 0, max. 100); 43–48 – 61% (min. 0, max. 100). W sumie 44 dzieci przewyższało językowo swój wiek metrykalny wg skali, a wynik „językowy” 55 osób był niższy niż wiek metrykalny. Odchylenie standardowe wyniosło 31% (najmniej 11% w interwale wiekowym 0–3, najwięcej 38% w interwale 31–36). Następnie obliczono współczynnik R (miernik siły związku prostoliniowego między dwiema cechami mierzalnymi) dla wyniku ogólnego oraz wyników częściowych interwałów wiekowych. W porównaniu wyników wieku biologicznego i językowego obserwowanych dzieci wykazano zależność liniową dodatnią, tzn. wraz ze wzrostem wartości jednej cechy rosną średnie wartości drugiej z cech (ryc. 1.).

Ryc. 1. Zależność mediany wieku biologicznego obserwowanych dzieci w poszczególnych grupach wiekowych od średniego wieku językowego uzyskanego podczas badania; n = 193; współczynnik korelacji Pearsona $R = 0,9942$ ($p = 0,0046$).



WNIOSKI

Przyjęte przy adaptacji ISD, na podstawie literatury, założenia zostały zweryfikowane w praktyce w grupie 193 dzieci. Wynik ogólny $R = 0,9807$ ($R > 0,9$) – liczony dla średniej wieku ($R = 0,9977$ liczony dla mediany) świadczy o bardzo silnej zależności liniowej pomiędzy zadaniami w skali przypisanymi do wieku w polskiej wersji a rzeczywistymi umiejętnościami prezentowanymi przez dzieci. Sprawdza się więc przyjęta hipoteza badawcza. Osiągnięte wyniki potwierdzają, że Zintegrowana Skala Rozwoju jest narzędziem pozwalającym odnosić wyniki osiągane przez dzieci z wadą słuchu do wyników dzieci słyszących.

PODSUMOWANIE

Pierwszym celem artykułu było opisanie procesu adaptacji skali służącej do oceny stanu rozwoju mowy dzieci z wadą słuchu do potrzeb języka polskiego. Formalnie testy tłumaczone na języki narodowe, sto-

sowane w izolacji, nie są wystarczające do diagnozowania i porównywania rozwoju językowego dzieci. Ze względu na specyfikę gramatyki nabywanie systemu różni się tempem i dynamiką zachodzących zmian. Brak międzynarodowych narzędzi utrudnia z kolei porównywanie wyników badań pomiędzy ośrodkami i możliwość weryfikacji uzyskiwanych wyników. Uważna adaptacja kwestionariuszy wykorzystywanych w innych językach do badania rozwoju mowy u dzieci, z dostosowaniem do reguł gramatycznych, tempa nabywania mowy i kontekstu kulturowego, tak by nie zmieniać znaczenia i wartości porównywanej, wymaga dużej grupy badawczej. Pomimo niedoskonałości narzędzia warto ujednolicić kwestionariusz, ponieważ pozwoli to na obserwowanie zjawisk językowych u dzieci, ich dynamiki i tempa zmian w poszczególnych krajach. Ponadto polski wariant może służyć nie tylko jako kwestionariusz oceny rozwoju dzieci z wadą słuchu w odniesieniu do norm mowy skorelowanej z wiekiem biologicznym, lecz także jako screeningowe narzędzie oceny stanu rozwoju mowy dzieci poniżej 4. roku życia, przydatne w praktyce logopedycznej.

Dzięki uprzejmości firmy Cochlear oraz Medicus sp. z o.o. skala jest dostępna bezpłatnie w wersji elektronicznej: www.razemdlasluchu.org. Autorka artykułu dziękuje dr Agnieszce Woźniak za liczne merytoryczne dyskusje, Firmie Medicus za sfinansowanie tłumaczenia, internetowej bazy danych oraz pomoc w analizie statystycznej, a także zaprzyjaźnionym paniom logopedom Joannie Banasiewicz, Annie Hajzik oraz Bernadecie Moskal, które jako wolontariuszki przebadaly część grupy. Tematyka artykułu podejmowana była także w trakcie seminarium na Podyplomowych Studiach Logopedycznych w Rzeszowie w rocznikach 2014 i 2015. Szczególne podziękowania kieruję do rodziców dzieci, którzy zgodzili się na badanie.

Bibliografia

- A. Banaszkiewicz, 2011, *Fleksja werbalna w mowie dzieci pięcioletnich*, Lublin.
- K. Bieńkowska, 2008, *Rozwój słyszenia i mowy u dzieci*, „Magazyn Otorynolaryngologiczny” 4(28), s. 93–103.
- K. Bieńkowska i in., 2013, *Wdrożenie wielośrodkowego programu oceny postępów rehabilitacji dzieci z implantem ślimakowym od 0.–48. miesiąca życia*, „Polski Przegląd Otorynolaryngologiczny” 2, s. 203–209.
- K.I. Bieńkowska, A. Woźniak, 2011, *Razem dla słuchu. Zintegrowana Skala Rozwoju*, Wrocław.
- I. Bogudzińska, T. Woźniak, 2013, *Kwestionariusz wczesnej diagnozy logopedycznej (KWDL0) – propozycja diagnozy dzieci w przedziale wieku od 6. do 36. miesiąca życia [w:] „Logopedia” t. XLII, s. 202–214.*

- B. Bokus, S. Grace, 2007, *Psychologia języka dziecka*, Gdańsk.
- M. Chmura-Klekotowa, 1967, *Neologizmy słowotwórcze w mowie dzieci*, „Poradnik Językowy” z. 10, s. 433–445.
- Z. Dołęga, 2003, *Promowanie rozwoju mowy w okresie dzieciństwa – prawidłowości rozwoju, diagnozowanie i profilaktyka*, Katowice.
- D. Emiluta-Rozya, H. Mierzejewska, P. Atys, 2004, *Badania przesiewowe do wykrywania zaburzeń rozwoju mowy u dzieci dwu-, cztero- i sześciolletnich*, Warszawa.
- B.J. Hardin, E.S. Peisner-Feinberg, 2004, *The learning accomplishment profile-third edition (LAP-3): Examiner's manual and technical report*, Lewisville, NC.
- Integrated Scale of Development, Listen Learn and Talk (Ref. Z60407)*, 2003, Cochlear, Australia.
- B.L.J. Kaczmarek, 1998, *Śluch fonematyczny a percepcja wypowiedzi słownych* [w:] „Kosmos. Problemy Nauk biologicznych” t. 47, nr 3, s. 271–76.
- R. Kenneth, R. Bzoch, V. Brown, 2003, *Receptive-Expressive Emergent Language Test*, Austin.
- M. Kielar-Turska, M. Białecka-Pikul, 2003, *Wczesne dzieciństwo* [w:] B. Harwas-Napierała, J. Trempała (red.), *Psychologia rozwoju człowieka*, t. II, Warszawa, s. 47–82.
- M. Kielar-Turska, 2000, *Rozwój człowieka w pełnym cyklu życia* [w:] J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki*, t. I, Gdańsk, s. 285–332.
- M. Kielar-Turska, 2002, *Psychologiczne i psycholingwistyczne badania nad mową dziecka. Retrospekcja i obszary aktualnych badań* [w:] S. Grabias (red.), *Zaburzenia mowy*, Lublin, s. 60–83.
- D. Kornas-Biela, 2003, *Okres prenatalny* [w:] B. Harwas-Napierała, J. Trempała (red.), *Psychologia rozwoju człowieka*, t. II, Warszawa, s. 17–46.
- E. Krajna, 2008, *100-wyrazowy Test Artykulacyjny*, Gliwice.
- Z. Kurkowski, 2002, *Kształtowanie się zdolności słuchowych a rozwój mowy* [w:] S. Grabias (red.), *Zaburzenia mowy. Mowa – teoria – praktyka*, Lublin, s. 267–74.
- D. Ling, 1976, *Speech and hearing impaired child: Theory and practice*, Washington.
- Listen Learn and Talk. Another Cochlear Innovation*, 2003, Sydney.
- P.M. Moeller, G. Carr, L. Seaver, A. Stredler-Brown, D. Holzinger, 2013, *Best Practices in Family-Centered Early Intervention for Children Who Are Deaf or Hard of Hearing: An International Consensus Statement*, J Deaf Stud Deaf Educ 18(4), s. 429–445.
- B. Moskal, 2014, *Rozwój mowy dzieci od 0;3–1;0 – badania przesiewowe*. Niepublikowana praca dyplomowa pod kierunkiem dr K. Bieńkowskiej w ramach seminarium Podyplomowe Studia z Logopedii, Krosno.
- J. Porayski-Pomsta, 2009, *Zagadnienia periodyzacji rozwoju mowy dziecka*, „Logopeda” 7(1), s. 7–41.
- H. Siedlecka, J. Smoleńska, 1999, *Rozwój lokalizacyjnych reakcji słuchowych u dziecka w wieku 0–24 m.ż.*, „Rewalidacja” 2(6), s. 48–51.
- R. Skowroński, 1993, *Okresy kształtowania się i rozwoju mowy dziecka*, „Scholasticus” 4–5, s. 103–12.
- S. Urbanczyk, M. Kucała (red.), 1999, *Encyklopedia języka polskiego*, t. III, Warszawa.
- R. Vasta, M.M. Haith, S.A. Miller, 1995, *Psychologia dziecka*, Warszawa.

- E.M. Wilkes, 2001, *Cottage Acquisition Scales for Listening, Language & Speech*, San Antonio.
- I.L. Zimmerman, N.F. Castilleja, 2005, *The role of a language scale for infant and preschool assessment*, *Ment Retard Dev Disabil Res Rev* 11(3), s. 238–46.
- M. Żebrowska (red.), 1986, *Psychologia rozwojowa dzieci i młodzieży*, Warszawa.

Źródła internetowe – data dostępu: 10.01.2016

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16161089>
<http://www.superduperinc.com/products/view.aspx?stid=281#.VjySK7cveUk>
<http://www.wpspublish.com/store/p/2937/receptive-expressive-emergent-language-test-third-edition-reel-3#sthash.HmAsCo93.dpuf>
www.chtop.org/LAlapsystem
www.redesetgrow.com/
www.kaplanco.com
<http://www.proedaust.com.au/early-speech-and-language>
http://www.home-speech-home.com/speech-therapy-test-descriptions.html#Rossetti_Infant-Toddler_Language_Scale
<http://www.stgabriels.nsw.edu.au/curriculum>
www.cochlear.com/intl/support

Adaptation of the Integrated Scale of Development (ISD) to the needs of the Polish language

Summary

The Integrated Scale of Development (ISD) is a questionnaire used in 30 countries in the world in order to assess speech development in cochlear-implanted children. The aim of this study is to estimate the usefulness of this questionnaire in assessing speech development in Polish-speaking children and to describe the adaptation process and the related difficulties. The research conducted in a group of 193 hearing children allowed the ascertainment that the ISD version adapted to the specificity of the phonology, morphology and syntax of the tested language is a universal tool. The results can be used to study the level of language skills of normal-hearing children, hearing-impaired children – to compare them with a given language standard, and to compare the results of the therapy of hearing-impaired children to the results of research carried out in other languages. At the same time, the experience gained during the process of ISD adjustment to the Polish language can be used while adjusting this scale to other Slavic languages.

Adj. Monika Czarnecka

IZABELA WIĘCEK-POBORCZYK, *NORMY WYMAWIANIOWE POLSZCZYZNY A WARIANTYWNOSĆ WYMOWY*, Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej, Warszawa 2014, ss. 326

Poprawność wymawianiowa w polszczyźnie stała się obecnie przedmiotem zainteresowania wielu naukowców o różnych specjalnościach, zarówno tych związanych z językoznawstwem, jak i praktyczną stroną refleksji dotyczących publicznego mówienia. Wśród nich należy wymienić opisujących wymowę sceniczną Pawła Nowakowskiego [Nowakowski 1997], Danutę Michałowską [Michałowska 2006], Bogumiłę Toczyską, Mieczysławę Walczak-Deleżyńską oraz językoznawców takich jak Bogusław Dunaj [Dunaj 2006] czy Anita Lorenc [Lorenc 2016].¹

Recenzowana praca dotyczy charakterystyki wariantywności wymowy współczesnej polszczyzny w odmianie oficjalnej na podstawie audytywnych analiz wypowiedzi sejmowych. Autorka poddała badaniu grupę 92 posłów, materiał badawczy zawierał 75 tys. jednostek tekstowych, co pozwala przyjąć, iż jest on obszerny i zróżnicowany. Sam dobór grupy badawczej budzić może jednak pewne wątpliwości. Wedle cytowanej w pracy definicji normy wzorcowej jej nosicielami i reprezentantami są nie tylko politycy, ale też aktorzy, dziennikarze, ludzie nauki, księża oraz nauczyciele. Trudno wymagać, by badania objęły wszystkie środowiska zawodowe, jednak wybór grupy polityków uważam za dość kontrowersyjny. Obecnie nie wymaga się od przedstawicieli tego zawodu żadnych arbitralnych szkoleń dotyczących kompetencji komunikacyjnych, a wewnętrzne poczucie kultury językowej polityków zdaje się chylić ku upadkowi, co opisują liczne prace na temat języka polityki [m.in. Ożóg 2007;² Pisarek 2007;³ Kłosińska 2012⁴]. Należy podkreślić, iż autorka nie przedstawia wymowy polityków w sposób bezkrytyczny, lecz uwypukla kwestię zaufania społecznego do posłów

¹ P. Nowakowski, 1997, *Wariantywność współczesnej polskiej wymowy scenicznej*, Poznań; D. Michałowska, 2006, *O polskiej wymowie scenicznej oraz przykładowe nagrania. Podręcznik przeznaczony dla studentów wyższych szkół teatralnych*, Kraków; M. Walczak-Deleżyńska, 2004, *Aby język giętki*, Wrocław; B. Dunaj, *Zasady poprawnej wymowy polskiej*, „Język Polski” 2006, LXXXVI, s. 161–172; B. Toczyska, 2007, *Elementarne ćwiczenia dykcji*, Gdańsk; A. Lorenc, 2016, *Wymowa normatywna polskich samogłosek nosowych i spółgłoski bocznej*, Warszawa.

² K. Ożóg, 2007, *Polszczyzna przełomu XX i XXI wieku. Wybrane zagadnienia*, Rzeszów.

³ W. Pisarek, 2007, *O mediach i języku*, Kraków.

⁴ K. Kłosińska, 2012, *Etyczny i pragmatyczny. Polskie dyskursy polityczne po 1989 roku*, Warszawa.

oraz ich znaczenie w całościowym obszarze kształtowania kultury wypowiedzania się, co jednak uznałabym za chybione.

Praca składa się z pięciu rozdziałów. Pierwszy z nich [s. 21–34] dotyczy samego terminu *wariantywność*, stanu współczesnych badań wariantywności fonetycznej oraz sposobu rozumienia tego terminu przez autorkę. Należy podkreślić, iż odwołuje się ona do wielu ciekawych i zróżnicowanych źródeł, podkreśla również znaczenie socjolingwistyki w prowadzeniu tego typu badań naukowych, co stanowi niewątpliwą wartość merytoryczną rozdziału.

Kolejny rozdział [s. 43–128] poświęcono normom ortofonicznym polszczyzny. Przedstawione zostały w obszerny sposób zagadnienia dotyczące wymowy poszczególnych samogłosek, samogłosek w sąsiedztwie, głosek nosowych, połączeń literowych, grup spółgłoskowych oraz zasady wymowy połączeń wyrazowych. Ta część książki, choć ciekawa, wydaje się zbyt opisowa, autorka nazbyt szczegółowo omawia stan badań, co w moim pojęciu nieco zaburza proporcje pracy i dekoncentruje czytelnika oczekującego wniosków z własnych badań autorki. Jednak odniesienie do szerokiego *spectrum* opracowań dotyczących dykcji i zagadnień ściśle językoznawczych zasługuje na pozytywną ocenę. Omówienie literatury przedmiotu w sposób staranny i niejednostronny niewątpliwie podwyższa wartość pracy.

Rozdział III [s. 129–160] przedstawia przedmiot i cel badań własnych, odnaleźć w nim można również informacje na temat grupy badawczej oraz sposobu zbierania materiału. Zauważyć należy, iż praca obejmuje nagrania aż z dwóch lat, posłowie respondenci pochodzą z różnych części Polski. Grupa respondentów liczyła 92 osoby, najstarszy z badanych miał 70 lat, najmłodszy 26. W skład grupy posłów weszło 74 mężczyzn i 18 kobiet. Wśród badanych dominowali ci z wykształceniem wyższym (83%) oraz 16 posłów z wykształceniem średnim.

Zebrany materiał został poddany analizie percepcyjnej, zastosowano metodę odsłuchową, która pozwoliła na przedstawienie obszernej próby badawczej. Ta część pracy w jasny sposób opisuje warsztat badawczy autorki oraz ukazuje jej przygotowanie do podejmowania tematów związanych z wymową.

Kolejny rozdział [s. 161–248] prezentuje wyniki badań. Pojawia się w nim wiele interesujących spostrzeżeń na temat stanu dzisiejszej wymowy w odmianie oficjalnej. Autorka odnotowała m.in. wiele nieprawidłowości w zakresie wymowy samogłosek w otoczeniu głosek palatalnych, wymowy połączenia literowego *UA*, wymowy połączeń *KIEJ-*, *GIEJ-*, wymowy litery *-E* w połączeniu *-ETRZN-*, wymowy głosek nosowych w połączeniach *-ĄDN*, *-ĘDN*. Wysoki stopień niepoprawnych realizacji odnotowano również w wymowie liczebników i form od nich utworzonych, a mianowicie *pięćdziesiąt*, *pięćdziesiąty*, *dziewięćdziesiąt*, *dziewięćdziesiąty*, wymowie litery *E* stojącej przed literami spółgłoskowymi *K*, *G*, głosek nosowych stojących przed literami odpowiadającymi głoskom szczelinowym prepalatalnym. Istotne odchylenia widoczne są również, jak podkreśla autorka, w zakresie wymowy nagłosowego połączenia *TRZ-*, *WSK-*, *WSP-*, *WST-*, duża wariantywność cechuje również śródgłosowe połączenia typu *-DSZK-*, *-STK-*, *STN-*, *-DCZ-*, *-DŻ*. Co ważne, autorka ilustruje wyniki swoich badań zarówno tabelami procentowymi, jak i wybranymi przykładami językowymi.

Niewątpliwą zaletą pracy jest jej czytelny układ i liczne odniesienia do literatury przedmiotu oraz bogactwo materiału badawczego. Opracowanie stanowi

cenne uzupełnienie pozycji dydaktycznych i może posłużyć jako wartościowa pomoc wielu osobom zawodowo zajmującym się tematyką wymowy (retorom, logopedom, dykcjonistom). Książka może być pomocna również specjalistom zajmującym się obszarem *public relations*, szkoleniami dla polityków i dziennikarzy. Zawiera ponadto wiele refleksji autorki na temat stanu dzisiejszej polszczyzny oficjalnej w odmianie mówionej. Jest to cenne opracowanie, które uzupełnia wciąż nazbyt ubogie piśmiennictwo językoznawczo-logopedyczne w sposób niezwykle profesjonalny oraz dopracowany.

Iwona Sołtys
(Uniwersytet Warszawski)

HALINA PELCOWA, *SŁOWNIK GWAR LUBELSZCZYZNY*, tom IV: *SAD I OGRÓD WARZYWNY. BUDOWNICTWO I PRZESTRZEŃ PODWÓRZA*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2016, ss. 550

Nowa publikacja Haliny Pelcowej to kolejna z zaplanowanych przez autorkę części *Słownika gwar Lubelszczyzny*. Jest to pozycja cenna i potrzebna, gdyż stanowi obszerny zbiór słownictwa regionu, dla którego do tej pory nie było pełnych opracowań. Dotychczas ukazały się tomy: I: *Rolnictwo – Narzędzia rolnicze. Prace polowe. Zbiór i obróbka zbóż* [Lublin 2012], II: *Rolnictwo – Transport wiejski. Rośliny okopowe i paszowe. Gleby i rodzaje pól. Uprawa lnu i konopi. Zbiór siana*¹ [Lublin 2014] i III: *Świat zwierząt* [Lublin 2015]. Najnowszy, czwarty tom zawiera słownictwo dotyczące sadu i ogrodu warzywnego oraz budownictwa i przestrzeni podwórza. Cieszy fakt, iż kolejne tomy słownika ukazują się regularnie, w odstępie 1–2 lat, co świadczy o intensywności prowadzonych nad nim prac.

Ponieważ recenzowany słownik jest częścią większej całości, nie sposób omawiać go w oderwaniu od uprzednio wydanych tomów. Każdy z nich, jako element cyklu, skonstruowany jest według tej samej podstawy metodologicznej, może jednak funkcjonować oddzielnie jako zbiór słownictwa z danej kategorii. *Słownik* ma zatem charakter działowy, a poszczególne jego części koncentrują się wokół zagadnień istotnych z punktu widzenia mieszkańców dawnej i obecnej wsi. We wstępie do tomu I autorka wymieniła zaplanowane przez siebie działy słownictwa – są to: I. Rolnictwo, II. Świat roślinny, III. Świat zwierzęcy, IV. Budownictwo, V. Dom mieszkalny i jego otoczenie. Sprzęty i prace domowe, VI. Pokarmy i ich przygotowanie, VII. Odzież, VIII. Człowiek i jego zachowanie, IX. Życie społeczne, zawody, X. Ukształtowanie powierzchni, XI. Zjawiska atmosferyczne i meteorologia, XII. Wierzenia, obrzędy, zwyczaje i obyczaje, XIII. Czas, przestrzeń, miary, kolory. Badaczka zastrzega jednocześnie, że dokonany podział nie jest ostateczny i w zależności od wyników badań może być modyfikowany w trakcie prac. Różna jest także reprezentacja liczbowa leksemów w poszczególnych grupach – z tego względu np. słownictwo dotyczące rolnictwa zostało zawarte w dwóch odrębnych tomach. Z pewnością konsekwentny i jasny podział całości leksyki na zamknięte kategorie nie jest zadaniem prostym, a wymaga dokonywania niełatwych wyborów. Tak stało się np. w wypadku tomu trzeciego (*Świat zwierząt*) – z uwagi na dużą objętość materiału wyłączono z niego nazwy pomieszczeń dla ptaków

¹ Recenzja tomu I autorstwa W. Decyk-Zięby ukazała się w zeszycie 8. „Poradnika Językowego” z 2013 r., a recenzja W. Piotrowskiej, dotycząca tomu drugiego – w zeszycie 5. z 2016 r.

i zwierząt hodowlanych, przenosząc je do działu *Budownictwo* w tomie IV. Utrudnieniem może być fakt, iż indeks alfabetyczny wszystkich wyrazów opublikowany zostanie dopiero po wydaniu wszystkich tomów słownika. W związku z tym użytkownik może napotykać trudności przy szukaniu danego hasła – przykładowo nazwa rośliny może znajdować się zarówno w tomie II (*Rolnictwo. Rośliny okopowe i paszowe*), IV (*Sad i ogród warzywny*), jak i w planowanym jako następny tomie V (*Świat roślin*).

Tom IV *Słownika* rozpoczyna się *Wstępem* oraz rozdziałem *Założenia metodologiczne i zasady redakcyjne*, następnie znajdziemy *Źródła i opracowania* oraz *Miejscowości, z których pochodzi materiał*. W rozdziałach początkowych autorka sytuje tom wobec poprzednio wydanych i przedstawia założenia pracy. Badaczka podkreśla szczególną wagę utrwalania bogactwa polskich gwar wobec zjawiska ich szybkiego zanikania – jej *Słownik* ma za zadanie właśnie zachowanie zanikającej leksyki i zachęcenie, zwłaszcza młodych pokoleń, do odkrywania gwary na nowo. Autorka dokonuje też syntetycznego opisu obszaru badań ze szczególnym wskazaniem na jego wielodzielność i zróżnicowanie. Zaznacza, że jej publikacja, będąca opracowaniem naukowym, ma jednocześnie wymiar praktyczny i powinna dotrzeć do szerokiego grona odbiorców (badaczy innych dyscyplin naukowych, uczniów i nauczycieli, osób zainteresowanych kulturą regionu). Podkreśla zarazem, że *Słownik* nie ma charakteru encyklopedycznego ani nie stanowi kompendium wiedzy na temat wsi, a raczej stara się wnikać w ludowy obraz świata i możliwie przybliżyć jego najbardziej charakterystyczne cechy.

Jeśli chodzi o korpus materiałowy, składają się nań zarówno nagrania terenowe, jak i zapisy słów zbierane za pomocą kwestionariuszy, pochodzące głównie z badań własnych autorki. Dodatkowy materiał stanowią hasła zaczerpnięte z kartotek *Atlasu gwar polskich* i *Atlasu gwar Lubelszczyzny*, a także prace licencjackie i magisterskie pisane pod kierunkiem H. Pelcowej i materiały udostępnione przez innych badaczy. Ogółem materiał zebrany został w ciągu ostatnich 50 lat. Na informatorów wybierane były zazwyczaj osoby z najstarszej grupy wiekowej, które mają szansę pamiętać największą liczbę dawnych desygnatów. Materiał uzyskano z 536 wsi od 2120 respondentów. W porównaniu z poprzednimi tomami zarówno liczba badanych miejscowości, jak i respondentów, sukcesywnie wzrasta. W zapisie artykułów hasłowych badaczka słusznie zdecydowała się na postać ortograficzną, aby ułatwić dostęp do *Słownika* odbiorcom niespecjalistycznym.

Właściwy *Słownik* podzielony jest na dwie odrębne części, zgodnie z podziałem w jego tytule – są to: *Sad i ogród warzywny* oraz *Budownictwo i przestrzeń podwórza*. Na obie części składa się łącznie 2149 haseł oraz 48 ilustracji. Jeśli chodzi o dobór haseł, wśród nich znalazły się zarówno leksemy gwarowe, jak i te należące do polszczyzny ogólnej – taka selekcja ma na celu ukazanie językowego obrazu świata wsi w jak najszerszej perspektywie, bez wyłączenia dużej grupy słownictwa wspólnej ze standardową odmianą języka. W obu częściach porządek haseł jest alfabetyczny. Na ostatnią część tomu składa się 45 map językowych, które są integralną częścią haseł i w przejrzysty sposób pokazują zasięg i rozmieszczenie użycia wyrazu na badanym terenie. Wykorzystanie narzędzi kartograficznych jest dodatkowym atutem *Słownika*, gdyż pozwala na lepszą konkretyzację opisu.

Budowa artykułu hasłowego jest uporządkowana i dobrze skomponowana. Składają się na niego: wyraz hasłowy i jego znaczenie (definicja realnoznaczeniowa); kontekst użycia – przykładowe zdanie z użyciem wyrazu wraz z lokalizacją miejscowości, z której pochodzi cytat; źródła; geografia wyrazu i odsyłacz do mapy językowej, zamieszczonej na końcu słownika; informacje gramatyczne – osobliwości fleksyjne oraz warianty fonetyczne; odwołania do odpowiednich synonimów i heteronimów. Poszczególne elementy w zależności od specyfiki hasła mogą być pomijane bądź modyfikowane. Ważny jest dobór odpowiednich cytatów – dzięki nim możemy nie tylko poznać znaczenie wyrazu, lecz także zgłębić szerokie konteksty kulturowe i zaznajomić się ze światem dawnych obyczajów i obrzędów wiejskich. Przykładowo przy hasle **Wiśnia I** 'drzewo owocowe, Cerasus Mill' podano następującą egzemplifikację: *Złatywało się kilka pańienek i każda z inno wstążko. Na gołyj wiśni jak to w listopadzie, każda na innyj gałązce wstążke kolorowo wiązała. I do wiosny pamiętać musiały, która to wstążka czyja, bo dopiero w maju jak wiśnia zakwitła, to wróżba się sprawdzała (...), której pierwsza kwiatki wypuściła, to ta miała do końca roku za mąż wyjść* [s. 195]. Warto podkreślić, że zapisy w *Słowniku* są bardzo przejrzyste – wyraz hasłowy jest zapisany pogrubionym drukiem, a definicja większą czcionką, kolejne informacje zaś podawane są w oddzielnych liniach. Dzięki temu odbiorca, także niewyspecjalizowany (np. uczeń) może łatwo znaleźć i odczytać potrzebne informacje. Do niektórych haseł dołączona jest również fotografia egzemplifikująca dany desygnat. Znajdują się wśród nich m.in. ilustracje wykonane w Muzeum Ziemi Biłgorajskiej, które dokumentują już rzadko spotykane realia wsi. Szczególny walor mają ilustracje dołączone do działu *Budownictwo i przestrzeń podwórza* – często przedstawiają one przedmioty czy elementy budynków już dziś nieistniejące, które trudno sobie wyobrazić na podstawie samej definicji (np. **Brus** 'krótka belka w ścianie wsuwana w wyżłobienia pionowych słupów'; **Węgiel** 'róg domu, w którym belki są ułożone na krzyż'). Mniej przydatne mogą być fotografie w dziale *Sad i ogród warzywny*, które często przedstawiają rośliny powszechnie znane (np. cebula, jabłoń, marchew). Niemniej jednak decyzja autorki o wzbogaceniu *Słownika* zdjęciami jest bardzo trafna – ilustracje są dużym ułatwieniem dla odbiorcy *Słownika* i uatrakcyjniają jego treść.

Słownik gwar Lubelszczyzny Haliny Pelcowej jest z pewnością pozycją godną polecenia szerokiemu gronu odbiorców. Zebranie tak obszernego słownictwa wsi to niemałe przedsięwzięcie, które ma wiele walorów naukowych i popularyzatorskich. Wydanie *Słownika* może przyczynić się do zwiększenia zainteresowania piękną i różnorodną gwarą Lubelszczyzny, a także pomóc w utrwalaniu szybko przemijającego dziedzictwa wsi. Pozostaje mieć nadzieję, że kolejne tomy, również bogate treściowo i wydane w tak ciekawej formie, także spełnią oczekiwania odbiorców i będą trwałym nośnikiem wartości kulturowych regionu.

Małgorzata Kapusta
(Uniwersytet Warszawski)

ANASTAZJE, DYZMOWIE I MISIEWICZE, CZYLI O EPONIMACH

Według definicji słownikowych *eponim* to ‘wyraz lub wyrażenie utworzone od imienia lub nazwiska osoby prawdziwej lub fikcyjnej; także nazwa własna, od której je utworzono’. Mechanizm powstawania eponimów polega zatem na przechodzeniu jednostek leksykalnych z kategorii nazw własnych do kategorii nazw pospolitych, a to zwykle łączy się z metaforyzacją znaczenia podstawy eponimu. W tej nowej funkcji (nazwy pospolitej) eponim staje się więc symbolem jakichś postaw, zachowań, cech czy pojęć. Sam termin wywodzi się z grec. *eponymos* ‘ten, który nadaje swoje imię; dawca imienia, nazwy; nazwany według czegoś’. W starożytności funkcje eponimiczne miały imiona herosów, którymi nazywano obiekty toponimiczne (miasta, osady, okolice), miały je także imiona wysokiej rangi urzędników (w Atenach – archonta, w Sparcie – efora, w Rzymie – konsula), za pomocą których oznaczano ich kadencje.

Eponimy powstają na ogół w sferze publicznej komunikacji językowej – w świecie konwencji obyczajowych, religii, literatury, polityki, mass mediów. Zawsze łączą się z konkretną sytuacją lub postacią, zyskując z czasem niezależny byt jako symbole, podobnie nieco jak tzw. skrzydlate słowa, które przestają być cytatami z konkretnych tekstów, stając się swego rodzaju maksymami.

Przykładowo, eponimy *makkartyzm* ‘dyskryminacja stosowana w USA w latach 50. XX w. wobec osób posadzanych o sympatie komunistyczne’, *makkartyści* ‘zwolennicy tej doktryny politycznej’ za podstawę mają nazwisko amerykańskiego senatora Josepha McCarthy’ego, twórcy teorii „czerwonego niebezpieczeństwa”, która – skierowana *de facto* przeciwko demokratom – pomogła wygrać wybory republikanom w 1952 r. Dzisiaj te określenia mają swe historyczne konotacje, ale określają również w ogóle postawę „krwiożerczego” antykomunizmu.

W podobny nieco sposób ukształtowała się cała rodzina eponimiczna, utworzona od nazwiska Józefa Stalina (właściwie Josifa Dżugaszwilego), dyktatora ZSRR w latach 1929–1953: *stalinizm*, *stalinizacja*, *stalinista*, *stalinowiec*, *stalinowski*. Odnosi się ona do realiów politycznych w ZSRR wprowadzonych przez Stalina, utrzymywanych także w krajach pozostających w strefie jego wpływów i dziś jednoznacznie ocenianych negatywnie. Są to zarazem określenia używane przenośnie w odniesieniu do państw wprowadzających lub kultuwujących współcześnie ustroje autorytarne i totalitarne na zasadzie historycznych skojarzeń i analogii.

Nie zawsze eponimy mają negatywne nacechowanie aksjologiczne (jak te powyżej), choć te ze sfery polityki zwykle takie są – por. także np. *falandyzacja prawa* < od L. Falandysz > ‘interpretowanie faktów prawnych, decyzji organów władzy na ich korzyść przez uciekanie się do wybiegów i kruczków prawnych’.

Przykładowo jednak *franciszkanizm*, który ma za podstawę eponimiczną wyrażenie *święty Franciszek*, oddaje jednoznacznie nacechowanie pozytywne w obu tego leksemu znaczeniach: 1. *filoz.* 'wyznawanie idei głoszonych przez św. Franciszka z Asyżu'; 2. *lit.* 'tendencja w twórczości literackiej nawiązująca do postaci i legendy św. Franciszka z Asyżu oraz do ideałów ubóstwa i pokory głoszonych przez zakon franciszkanów'. Podobnie pozytywne, czasem nawet pieszczotliwe, nacechowanie ma potoczna forma *mikołaje* używana na oznaczenie osób wkładających tradycyjny ubiór, roznoszących prezenty i udających *świętego Mikołaja*. Zawartość aksjologiczna eponimów zależy bowiem od jakości aksjologicznej ich podstaw.

Bywa jednak i tak, że za eponimem kryje się jakaś historia, która nie wywołuje bezpośrednich skojarzeń aksjologicznych, a pojawiają się one wtórnie. Tak jest z *anastazjami*, tj. kobietami, które twierdziły, że są Anastazją Mikołajewną, najmłodszą córką ostatniego cara Rosji Mikołaja II, zamordowanego wraz z całą rodziną przez bolszewików w Jekaterynburgu w nocy z 16 na 17 lipca 1918 r. Kobiety te twierdziły, że udało im się zbiec, ująć śmierci i tym samym, że są jedynymi spadkobierczyniami majątku Romanowów, zdeponowanego w bankach szwajcarskich. Były – oczywiście – oszustkami. W ten sposób forma *anastazje* stała się synonimem kobiet oszustek, podszywających się pod kogoś dla własnego zysku.

Najbardziej chyba znanym polskim eponimem o genezie literackiej jest *dyzma*, którego podstawę stanowi nazwisko bohatera antypiłsudczykowskiej i antysanacyjnej satyryczno-polityczno-obyczajowej powieści autorstwa Tadeusza Dołęgi-Mostowicza pt. *Kariera Nikodema Dyzmy* [1931]. Zgodnie z zamiślem autora eponim *dyzma* stał się symbolem bezkompromisowego karierowicza, który – dzięki szczęśliwemu dla niego zbiegowi wypadków, protekcjom i przekupstwom – staje się bogaczem, dygnitarzem, postacią polityczną. Takie historie występują nie tylko w literaturze, lubią się powtarzać w świecie realnym. Dlatego też *dyzmowie* pojawiali się nie tylko w dwudziestoleciu międzywojennym, występowali często w życiu publicznym po 1945 r., a może jeszcze częściej po 1990 r.

Ostatnim ich wcieleniem są *misiewiczze*, których powołały do życia mass media i politycy jako swego rodzaju *porte-parole* bezczelnych arogantów, karierowiczów i totumfackich, którzy w wyniku prywatnych koneksji, układów i związków politycznych, kumoterstwa i tzw. kolesiostwa zajmują setki intratnych stanowisk w instytucjach państwowych (w administracji publicznej i w spółkach skarbu państwa). Oczywiście i w tym wypadku forma *misiewiczze* ma podstawę eponimiczną w postaci nazwiska *Misiewicz*, a z nim wiąże się historia konkretnego człowieka, niestety nie z literatury, lecz z życia wzięta. Dobrą konkluzją tej ostatniej historii jest cytat z satyry *Do króla* [1779] Ignacego Krasickiego, który to fragment nie bez racji stał się skrzydlatym słowem, gdyż ciągle znajduje odniesienia wykraczające ponad czas jego sformułowania:

Satyra prawdę mówi, względów się wyrzeka,
Wielbi urząd, czci króla, lecz sądzi człowieka.

Eponimy są kroniką życia, tak jak językowy obraz świata jest naszą jego projekcją.

INFORMACJE DLA AUTORÓW „PORADNIKA JĘZYKOWEGO”

Prosimy Autorów o nadsyłanie artykułów, rozpraw, recenzji publikacji językoznawczych oraz sprawozdań z konferencji, sympozjów i spotkań, ponieważ chcemy, aby „Poradnik Językowy” w szerokim zakresie informował o życiu naukowym w kraju i za granicą.

Uprzejmie prosimy Autorów o przestrzeganie następujących zasad redakcyjnych:

- * Objętość artykułu nie powinna przekraczać 14 stron znormalizowanego komputeropisu/maszynopisu (ok. 25 000 znaków ze spacjami), objętość recenzji zaś – stron 7 (ok. 12 000 znaków ze spacjami).
- * Prosimy o dołączenie do tekstu artykułu krótkiego (pół strony znormalizowanego maszynopisu, ok. 1000 znaków ze spacjami) streszczenia w języku polskim. Powinno ono zawierać: 1) uzasadnienie podjętych badań; 2) prezentację uzyskanych wyników; 3) omówienie zastosowanej metody badawczej. Te streszczenia po przetłumaczeniu na język angielski będą też publikowane w elektronicznym czasopiśmie Akademii Nauk państw Grupy Wyszehradzkiej „The Central European Journal of Social Sciences and Humanities”.
- * W cudzysłowie podajemy tytuły czasopism oraz cytaty – jeżeli nie są wydzielone w inny sposób (np. inną wielkością pisma).
- * Kursywą wyodrębniamy wszystkie omawiane wyrazy, zwroty i zdania, ponadto tytuły książek i części prac, tzn. rozdziałów i artykułów, oraz zwroty obcojęzyczne wplecione w tekst polski.
- * Podkreślenia tekstowe oznaczamy spacją (druk rozstrzelony).
- * Znaczenie wyrazów omawianych podajemy w łapkach ‘ ’.
- * Prace należy dostarczać w postaci wydruku oraz wersji elektronicznej na konto: poradnikjezykowy@uw.edu.pl
- * Autorów przysyłających swoje prace po raz pierwszy prosimy o czytelne podanie imienia, nazwiska, tytułu naukowego lub zawodowego, nazwy ośrodka naukowego (przy którym chcą afiliować tekst artykułu), adresu prywatnego, adresu e-mail i numeru telefonu. Pliki prosimy przysyłać w formacie edytora MS Word (*.doc, *.rtf).
- * Autorzy są zobowiązani do złożenia oświadczenia o oryginalności autorskiej tekstów.

Redakcja nie zwraca tekstów niezamawianych.

INFORMACJA O PRENUMERACIE

„PORADNIKA JĘZYKOWEGO”

Ceny „Poradnika Językowego” w roku 2017:
prenumerata roczna (10 numerów) – 160,00 zł,
opłata za pojedynczy numer – 16,00 zł.

Zamówienia na pojedyncze egzemplarze pisma można składać bezpośrednio na stronie wydawnictwa: www.elipsa.pl lub kierować na adres e-mail: sklep@elipsa.pl

Prenumerata krajowa i zagraniczna

Zamówienia na prenumeratę w wersji papierowej można składać bezpośrednio na stronie

RUCH SA, www.prenumerata.ruch.com.pl

Ewentualne pytania prosimy kierować na adres e-mail: prenumerata@ruch.com.pl lub kontaktując się z Centrum Obsługi Klienta „RUCH” pod numerami: 22 693 70 00 lub 801 800 803 – czynne w dni robocze w godzinach 7⁰⁰–17⁰⁰. Koszt połączenia wg taryfy operatora.

Zamówienia na prenumeratę przyjmują również:

KOLPORTER SA, www.kolporter.com.pl, e-mail: prenumerata.warszawa@kolporter.com.pl
tel. 22 355-04-71 do 75

GARMOND PRESS SA, e-mail: prenumerata.warszawa@garmondpress.com.pl
tel. 22 837-30-08

Subscription orders for all magazines published in Poland available through the local press distributors or directly through:

Foreign Trade Enterprise ARS POLONA SA, ul. Obrońców 25, 03-933 Warszawa
www.arspolona.com.pl, e-mail: arspolona@arspolona.com.pl

IPS Sp. z o.o., ul. Piękna 31/37, 00-677 Warszawa, tel. +48 22 625 16 53
www.ips.com.pl, e-mail: export@ips.com.pl