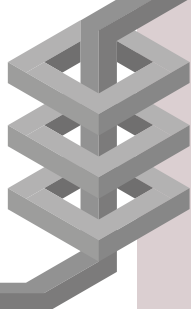


Nr 11 (2025)



Logopaedica Łodziensia

**Człowiek i komunikacja:
między teorią a praktyką
logopedyczną**

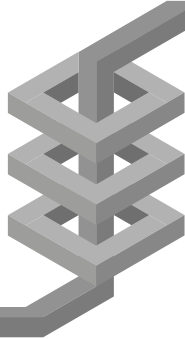
**Man and Communication:
between Theory and Speech
Therapy Practice**

pod redakcją
Renaty Gliwy-Patyńskiej

 **WYDAWNICTWO
UNIwersYTETU
ŁÓDZKIEGO**



Nr 11 (2025)



Logopaedica Łodziensia

**Człowiek i komunikacja:
między teorią a praktyką
logopedyczną**

**Man and Communication:
between Theory and Speech
Therapy Practice**

pod redakcją
Renaty Gliwy-Patyńskiej



**WYDAWNICTWO
UNIwersytetu
ŁÓDZKIEGO**



Łódź 2025



**WYDZIAŁ
FILOLOGICZNY**
Uniwersytet Łódzki

Uniwersytet Łódzki, Wydział Filologiczny
Zakład Dialektologii Polskiej i Logopedii
90-236 Łódź, ul. Pomorska 171/173

Redaktor naczelna: **IRENA JAROS** (Uniwersytet Łódzki)
Redaktor tomu: **RENATA GLIWA-PATYŃSKA** (Uniwersytet Łódzki)
Sekretarz redakcji: **RENATA GLIWA-PATYŃSKA** (Uniwersytet Łódzki)

Rada Naukowa

Prof. dr hab. Jacek Błeszyński (Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie)
Ph.D., Prof. Eliana Danilavichitue (Borys Grinchenko Kyiv University)
Prof. dr hab. Grażyna Gunia (Uniwersytet KEN w Krakowie)
Ed.D., Prof. Henriette W. Langdon (San José State University)
Ph.D., Prof. Karel Neubauer (University of Hradec Králové)
Prof. dr hab. n. med. Jurek Olszewski (Uniwersytet Medyczny w Łodzi)
Prof. dr hab. Danuta Pluta-Wojciechowska (Uniwersytet Śląski)
Ph.D., Prof. Shu-Lan Yang (National Pingtung University, Taiwan)
Prof. dr hab. Dorota Podgórska-Jachnik (Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy)
Prof. dr hab. n. med. Grażyna Śmiech-Słomkowska (Uniwersytet Medyczny w Łodzi)
Prof. dr hab. Renata Marciniak-Firadza (Uniwersytet Łódzki)
Prof. dr hab. Katarzyna Sicińska (Uniwersytet Łódzki)

Redaktor inicjujący: **Sylwia Mosińska**

Redaktorzy językowi: **Monika Poradecka** (język polski), **Agnieszka Świderek** (język angielski)

Projekt okładki: **Mateusz Poradecki, Katarzyna Turkowska**

Projekt typograficzny, skład i łamanie: **Mateusz Poradecki**

Korekta techniczna: **Katarzyna Woźniak**

© Copyright by Authors, Łódź 2025

© Copyright for this edition by Uniwersytet Łódzki, Łódź 2025

ISSN 2544-7238

e-ISSN 2657-4381

Wydane przez Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego
ze środków finansowych Zakładu Dialektologii Polskiej i Logopedii oraz Instytutu Filologii
Polskiej i Logopedii Uniwersytetu Łódzkiego



**WYDAWNICTWO
UNIwersytetu
ŁÓDZKIEGO**

Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego
90-237 Łódź, ul. Jana Matejki 34A
www.wydawnictwo.uni.lodz.pl
e-mail: ksiegarnia@uni.lodz.pl
tel. (42) 665 58 63

Wydrukowano z gotowych materiałów dostarczonych do Wydawnictwa UŁ

Wydanie I. W.11959.25.0.C

Ark. druk. 18,25

Spis treści

Artykuły

Justyna Antczak-Kujawin The concept of “Montessori for Seniors” (Sensory Activation) in the Diagnosis and Speech Therapy of Seniors with Neurocognitive Disorders: Practical Implications	11
Koncepcja „Montessori dla seniorów” (aktywacji sensorycznej) w diagnozie i terapii logopedycznej osób w wieku senioralnym z zaburzeniami neuropoznawcznymi – praktyczne implikacje	
Aneta Domagała, Emilia J. Sitek, Klaudia Kluj-Kozłowska Zaburzenia pisma w wariacie językowym postępującego porażenia ponadjądrowego	25
Writing Impairment in Progressive Supranuclear Palsy with Predominant Speech/Language Disorder	
Ewa Gacka Rozwój mowy dzieci wcześniaczych z krwawieniami okołodokomorowymi (PVH/IVH)	43
Speech Development of Premature Infants with Periventricular Haemorrhage (PVH/IVH)	
Renata Gliwa-Patyńska Multimodal Voice Rehabilitation in Paralytic Dysphonia. A Case Study	57
Wielomodalna rehabilitacja głosu w dysfonii porażennej. Studium przypadku	
Agnieszka Hamerlińska, Katarzyna Szeler Odczuwanie zapachów, identyfikacja węchowa oraz zaburzenia węchu u osób z neuroróżnorodnością na przykładzie osób ze spektrum autyzmu – analiza jakościowa	69
Smell Perception, Olfactory Identification, and Olfactory Disorders in Neurodiverse Individuals, As Exemplified by Individuals with Autism Spectrum Disorder – a Qualitative Analysis	
Urszula Jęczeń, Weronika Żuber Rozwój mowy i komunikacji w zespole Aperta. Studium przypadku	83
Speech and Communication Development in Apert Syndrome. A Case Study	
Renata Marciniak-Firadza Subdyscypliny logopedii: przeszłość – terażniejszość – przyszłość	99
Subdisciplines of Speech-Language Pathology: Past – Present – Future	

Rafał Młyński

- Analiza dwujęzyczności i dysleksji u dziecka polonijnego w ramach klasyfikacji ICF** 123
 Analysis of Bilingualism and Dyslexia in a Polish Child According to the ICF Classification

Jurek Olszewski, Patrycja Wróblewska

- Klinika i ocena efektywności leczenia szumów usznych z zastosowaniem różnych metod terapeutycznych** 137
 Clinic and Evaluation of the Effectiveness of Treatment of Tinnitus Using Various Therapeutic Methods

Justyna Pilip-Malec, Magdalena Knapiek

- Wiedza i doświadczenia własne rodziców związane z rozszerzaniem diety dzieci** 155
 Parents' Own Knowledge and Experiences Related to Expanding Their Children's Diet

Danuta Pluta-Wojciechowska

- Mowa osób z rozszczepem wargi i/lub podniebienia w świetle wybranych polskich publikacji naukowych XXI wieku** 175
 Speech of People with Cleft Lip and/or Palate in the Light of Selected Polish Scientific Publications of the 21st Century

Monika Schab, Monika Pakura, Joanna Szymczakowska, Katarzyna Węsierska

- Doświadczenia polskich rodziców z podejściem Palin PCI: wyniki Refleksyjnej Analizy Tematycznej** 189
 Polish Parents' Experiences with the Palin PCI Approach: Findings from a Reflexive Thematic Analysis

Anna Starczewska, Kamila Kuros-Kowalska

- Wpływ Europejskiej Specjalizacji Jąkania (ESS) na kompetencje terapeutyczne logopedy na podstawie opinii polskich uczestniczek kursu** 201
 The Impact of the European Stuttering Specialization (ESS) on the Therapeutic Competences of Speech Language Therapists Based on the Opinions of Polish Course Participants

Joanna Stempień

- Feminizacja głosu u transpłciowych kobiet i osób różnorodnych płciowo, czyli skuteczność logopedycznej „protezy”** 213
 Voice Feminization in Transgender Women and Gender Diverse Individuals: The Effectiveness of Speech Therapy Prostheses

Agata Trębacz-Ritter, Grażyna Krasowicz-Kupis

- Problemy z diagnozą sprawności fonologicznych dzieci z zaburzeniami wymowy** 227
 Challenges in Phonological Skills Assessment in Children with Speech Sound Disorders

Tomasz Woźniak

- Terapia osób jękających się według Stanisława Wilczewskiego. Analiza w perspektywie historycznej** 243
 Therapy of People who Stutter According to Stanisław Wilczewski. An Analysis in Historical Perspective

Ewelina Zając

- Rozwój mowy chłopca z zespołem Klinefeltera – studium przypadku** 257
 Speech Development in a Boy with Klinefelter's Syndrome: a Case Study

Justyna Żulewska-Wrzosek, Julia Hinc-Nowak

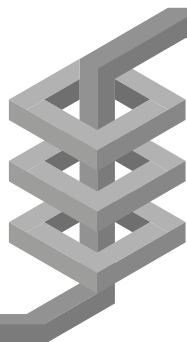
Ślinotok w mózgowym porażeniu dziecięcym: ujęcie kliniczne, społeczne i terapeutyczne	271
Drooling in Cerebral Palsy: A Clinical, Social, and Therapeutic Approach	

Sprawozdania

Ewelina Zając

Sprawozdanie z konkursu logopedyczno-literackiego pt. „O rybaku”	287
Report on the Speech Therapy and Literary Competition Entitled “About the Fisherman”	

Recenzenci artykułów w bieżącym tomie	291
Reviewers of the Articles in the Current Volume	



Artykuły

Justyna Antczak-Kujawin  <https://orcid.org/0000-0002-8473-9878>

University of Łódź, Faculty of Philology, Institute of Polish Philology and Logopaedics, Department of Polish Dialectology and Logopaedics, Pomorska 171/173, 90-236 Łódź, e-mail: justyna.antczak@uni.lodz.pl

The concept of “Montessori for Seniors” (Sensory Activation) in the Diagnosis and Speech Therapy of Seniors with Neurocognitive Disorders: Practical Implications

Koncepcja „Montessori dla seniorów” (aktywacji sensorycznej) w diagnozie i terapii logopedycznej osób w wieku senioralnym z zaburzeniami neuropoznawczymi – praktyczne implikacje

Keywords: Maria Montessori, “Montessori for seniors”, sensory activation, speech therapy diagnosis, speech therapy, neurocognitive disorders

Słowa kluczowe: Maria Montessori, „Montessori dla seniorów”, aktywacja sensoryczna, diagnoza logopedyczna, terapia logopedyczna, zaburzenia neuropoznawcze

Abstract

The article discusses the theoretical foundations of the concept of “Montessori for seniors” (also known as sensory activation), which is an example of a holistic support program for the elderly and people suffering from dementia, which was described by Austrian researchers Lore Wehner and Ylva Schwinghammer. In addition, the paper indicates practical ways of applying elements of this concept in the diagnosis and speech therapy of seniors with neurocognitive disorders.

Funding information: University of Łódź, Faculty of Philology, Institute of Polish Philology and Logopaedics, Department of Polish Dialectology and Logopaedics.

Declaration regarding the use of GAI tools: Not used.

Conflicts of interests: None.

Ethical considerations: The Author assures of no violations of publication ethics and takes full responsibility for the content of the publication.

Received: 2025.03.11. Accepted: 2025.04.24.

Streszczenie

W artykule omówiono teoretyczne podstawy koncepcji „Montessori dla seniorów” (inaczej aktywacji sensorycznej), będącej przykładem holistycznego programu wsparcia dla osób w podeszłym wieku i cierpiących na demencję, który został opisany przez austriackie badaczki Lorę Wehner i Ylvę Schwinghammer. Ponadto w opracowaniu wskazano praktyczne sposoby zastosowania elementów tej koncepcji w diagnozie i terapii logopedycznej osób w wieku senioralnym z zaburzeniami neuropoznawczymi.

Introduction

Ageing is an inevitable and natural process in human life. It leads to changes in the mental and physical functioning of the individual, manifesting itself in a decline in cognitive functions (memory, attention, thinking, concentration, understanding, planning, inference, abstraction, orientation, etc.) and language functions (speaking, speech comprehension, interaction). In the course of both physiological and pathological ageing, seniors experience cognitive, language, communication and interaction difficulties or disorders of varying degrees of severity. Speech and communication disorders in the elderly are associated with cognitive deficits, mainly in memory and recall, reasoning, thinking, counting, abstract thinking, decision-making or orientation in time and space.

Geriatric speech therapy is a field of speech therapy that focuses on senior citizens and the actions aimed at them. Its area of interest includes:

- 1) preventive activities (speech therapy prevention) aimed at having a positive influence on the course of physiological ageing in the cognitive-linguistic sphere;
- 2) diagnosis of changes in the verbal communication process of elderly people ageing physiologically as well as language and communication disorders in ageing individuals with concomitant health pathologies (e.g. dementia, Alzheimer's disease);
- 3) organising therapeutic activities, including appropriate methods and forms of working with the patient with an aim of slowing down the regression of changes and maintaining and/or improving language and communication skills as well as physiological functions (i.e. breathing, swallowing);
- 4) organising indirect therapy activities (speech therapist – patient's family/carers/facility staff) to modify the communication behaviour of carers and develop optimal ways of communicating with the patient [cf. Pluta-Wojciechowska, 2014; Domagała, 2015; Maciejewska, 2015; Wolańska, 2015; Tłokiński, Milewski, Kaczorowska-Bray, 2018].

Geriatric speech therapy (in the case of neurocognitive disorders¹) forms part of a comprehensive (multi-specialist) form of support for the elderly. It can be found alongside non-pharmacological interventions, such as psychological therapy, validation therapy, reminiscence therapy, occupational therapy, sociotherapy, music therapy, cognitive therapy, motor rehabilitation, milieu therapy, bibliotherapy, dance therapy, art therapy, play therapy, hortitherapy [cf. Kłoszewska, 2012; Krajewska, 2014; Panasiuk, 2015; Wolańska, 2015; Wójcik-Topór, 2018].

Speech therapy for speech disorders in the elderly is aimed to “activate interaction and overcome impairments in understanding and producing non-verbal and verbal messages in the spoken and written language subcodes” [Panasiuk, 2018, p. 409, translation mine]. Activation of cognitive processes and communication behaviour in the elderly has a significant impact on improving their functioning as well as both their own and their families’ quality of life [Panasiuk, 2018, p. 407].

A speech therapy programme for adults with communication disorders in the course of pathological ageing should consider several factors, including [Panasiuk, 2018, p. 408]:

- 1) the nature of the disorder (relatively well-preserved mental functions, impaired functions, depth of the disorder, extent of central nervous system damage);
- 2) personal characteristics of the patient (age, education, profession, interests, self-esteem, attitude towards own difficulties, motivation to work);
- 3) the nature of the patient’s environment (attitudes of family members, potential for cooperation).

This article aims to discuss the theoretical basis of the concept of “Montessori for seniors” (or sensory activation) being an example of a holistic support programme for the elderly and patients with dementia which was described by Austrian researchers Lore Wehner and Ylva Schwinghammer [2017]. In addition, the paper outlines practical ways to apply elements of this concept to the diagnosis and speech therapy of seniors with neurocognitive disorders.

The notion of sensory activation

Sensory activation (or “Montessori for seniors”) is a proposed therapeutic solution for senior citizens described by Lore Wehner i Ylva Schwinghammer [2017]. It is based on the principles of Maria Montessori’s pedagogy. It is recognised as an innovative, holistic concept for the support of both healthy seniors and those struggling

1 The term “neurocognitive disorders” is used in the DSM-5 classification. It includes major and mild cognitive disorders caused by the Alzheimer’s disease, frontotemporal degeneration, Lewy body dementia, vascular disease, traumatic brain injury, substance/drug use, HIV infection, prion disease, Parkinson’s disease or Huntington’s disease [Morrison, 2016].

with neurodegenerative disorders, with the aim of sustaining or restoring some basic competencies to enable them to maintain independence in daily life.

Sensory activation is defined as “activation that engages all the senses” [Wehner, Schwinghammer, 2017, p. 15, translation mine] to stimulate motor, cognitive and communication skills. The numerous specific objectives of sensory activation highlighted by the authors of the concept include, amongst others, the following [after Wehner, Schwinghammer, 2017, pp. 16–18]:

- 1) preserving orientation in space and time;
- 2) supporting gross and fine motor skills;
- 3) stimulating the senses of touch, smell, hearing and taste as well as the stereognostic sense;
- 4) working with memories and memory training;
- 5) enhancing communication skills and active listening skills with comprehension;
- 6) creating new communication opportunities;
- 7) developing verbal and non-verbal forms of communication;
- 8) language skills, including the ability to find words and use them correctly;
- 9) expanding vocabulary;
- 10) training in skills needed for everyday activities;
- 11) maintaining eye-hand coordination;
- 12) training the dominant hand, exercising hand dexterity;
- 13) developing concentration and attention;
- 14) stimulating curiosity and interests;
- 15) stimulating brain activity and mental training, activating thought processes;
- 16) renewing and sustaining social contacts, establishing and maintaining relationships with relatives and friends, integrating with a group of residents of a given facility;
- 17) creating conditions for senior citizens to take their own decisions and initiatives;
- 18) stimulating intrinsic motivation;
- 19) sustaining the readiness of seniors to cooperate and act;
- 20) preparing an environment enabling various forms of physical and mental activity;
- 21) creating conditions for the expansion and transfer of knowledge;
- 22) arranging a space for peace and relaxation;
- 23) musical activation.

The principles of Maria Montessori’s pedagogy

Maria Montessori’s pedagogical concept (of education)² is based on the assumption that educational efforts should be directed towards shaping the child’s personality, i.e. the strengths inherent in a person, including the cultivation of his or her potentialities [Surma, 2016]. Maria Montessori stressed two aims of education: biological and social: “From the biological side we wish to help the natural development of the individual, from the social standpoint it is our aim to prepare the individual for the environment” [after Miksza, 2018, p. 23]. Thus, it is important to focus on the child’s holistic development alongside fostering their individuality.

Maria Montessori’s concept of education advocates learning by doing. This means that children acquire knowledge, skills and competences through their own activity. In Montessori schools, children independently choose the type, place and form of work. They carry out tasks at their own pace. They learn to keep order and follow social rules. They can count on individual attention from the teacher [Guz, 1998]. Due to a well-prepared environment with teaching aids referred to as developmental material, the teacher can take note of the child. The teaching aids are characterised by their simplicity. They are adapted to the developmental age of the child. In addition, they are thematically structured and incorporate the learning content so that the children can acquire multiple skills as well as freely express their own needs [Stein, 2003; Gutowska, 2017; Kamińska, 2019].

Montessori pedagogy is based on several pillars [Wehner, Schwinghammer, 2017, p. 37]:

- 1) working with simple developmental materials while playing to develop children’s sense of exploration;
- 2) organising time in such a way as to include joint recreation and shared meals to develop social learning processes and foster the sense of forming part of a group;
- 3) the teacher is an astute observer who monitors the learning process according to the principle “help me to help myself”.

The concept of “Montessori for seniors” (or sensory activation)

A key tenet of Maria Montessori’s pedagogy is lifelong learning: not only in childhood but also in adulthood. Some of the researcher’s postulates were used to design ways

² Maria Montessori (born 1870 in Italy, died 1952 in the Netherlands) was an Italian physician living at the turn of the 20th century. She completed her degree in medicine, psychology, philosophy and pedagogy. She worked at a psychiatric clinic in Rome with children with intellectual disabilities and then she headed the Casa dei Bambini orphanage, where she continued her research also among healthy children. She is recognised as the founder of the educational system known today as the Montessori method, which is currently used in the education of children throughout the world.

of working with seniors both physiologically ageing and in the course of neurocognitive disorders occurring as a result of neurodegenerative diseases (e.g. the Alzheimer's disease). In addition to the concept of sensory activation discussed in this article, it is also worth mentioning two other concepts of support for the elderly known in Poland, albeit still not discussed sufficiently in the literature, which are also based on the assumptions of Maria Montessori's pedagogy. These are "Montessori Senior – Montessori Lifestyle" by Cameron Camp [2010] and "The joy of learning throughout life" by Christine Mitterlechner [after Kamińska, 2019].

Maria Montessori's concept of education highlights several educational areas:

- 1) faith development,
- 2) practical life,
- 3) sensorial,
- 4) language,
- 5) mathematics,
- 6) understanding the world,
- 7) music.

In the geragogical implementation of Maria Montessori's pedagogy, attention is paid to establishing the role of religion in a person's life and the importance of social, family and political development. In addition, exercises in everyday life remain essential, including:

- 1) activities dedicated to building social relationships (maintaining the ability to relate and willingness to converse, developing tolerance towards others);
- 2) exercises to increase independence and autonomy (daily life training, self-care exercises);
- 3) exercises associated with the environment (cleaning work, e.g. in the garden);
- 4) physical exercises (coordination and balance training, fine and gross motor skills exercises).

The senses also remain an important educational area. Sensory stimulation has a positive impact on the senior citizen's feelings about their own existence, environment, and past life. Multisensory cognition, i.e. using all the senses (touch, sight, hearing, smell and taste) supports memory training since the use of sensory material helps seniors to recreate past impressions, experiences and emotions stored in the brain. The events (memories) stored in the memory are revived through sensory stimulation. The reminiscence sessions are in turn a pretext for practising dialogue/conversation building. Another educational area covered by the concept of "Montessori for seniors" is the language activity, the most important goals of which are:

- 1) memory and language training;
- 2) retaining social competence;
- 3) training in communication choices and forms (verbal and non-verbal training);
- 4) strengthening the sense of self-determination which is closely linked to the possibilities of linguistic expression.

An important objective of the concept in question is also to preserve numeracy skills (mathematical skills). Mathematical activity exercises should be organised through targeted activities for seniors, e.g. shopping or cooking a selected dish as well as solving mathematical tasks and puzzles as part of mental training. Understanding the world includes, for instance, biological and geographical issues. Activities related to the outside world can be supported by organising outings, e.g. excursions to museums, the theatre, the park, or by carrying out experiments (e.g. nature experiments). The final educational area is music. The objectives of the musical activity involve [Wehner, Schwinghammer, 2017, pp. 37–45]:

- 1) encouraging movement;
- 2) supporting memory training;
- 3) stimulating motor activity;
- 4) supporting coordination in motor activity (music and movement classes);
- 5) maintaining spatial orientation;
- 6) working with musical instruments;
- 7) free improvisation and evoking the sense of rhythm, bringing joy and having a positive impact on the individual’s mental well-being.

In accordance with the concept of “Montessori for seniors” it is the human being who is at the centre of attention. The implementation of a Montessori session should follow certain principles. Therefore, it is important to remember about [Wehner, Schwinghammer, 2017, pp. 45–77]:

- 1) supporting the ability to concentrate (polarising attention) through the use of Montessori materials with a specific focus (supporting the senses and creativity) and proposing exercises that support skills which are related to everyday activities, but which do not lead to excessive strain through fatigue and failure; moreover, it remains important to clarify the purpose and sense of the proposed activities to motivate seniors to be active;
- 2) preparing the environment, i.e. create an orderly, well-planned environment adapted to the senior citizen’s condition and their cognitive and motor abilities, including working with appropriate materials in a structured space; exercises should be conducted using materials that stimulate the senses and teaching aids in the form of commonly used goods (e.g. familiar items, a suitcase of memories, a box of herbs); the use of Montessori materials allows working with memories (memory training and verbal expression exercises);
- 3) presentation and instruction, i.e. the carer demonstrates how to do the exercise (using clear, unambiguous instructions). It is important to remember that the presentation is intended to motivate seniors to be active by working independently and voluntarily with the material;
- 4) organising the group and conducting exercise (Montessori group sessions), taking into account several principles, such as:

- the nature of the group (the number of mentally alert individuals and dementia patients),
 - learning about the person’s life and illness history in order to be able to prepare the environment (tailored to the age and individual preferences of the subjects),
 - the size of a group of able-bodied and active persons is a maximum of eight persons while that of a group of persons with sight and hearing impairments or dementia is four,
 - individual work is preferable for individuals with special needs,
 - ensuring free access to materials (appropriate choice of room, considering the size and nature of the group);
- 5) the carer remains an active observer who supports the senior according to Maria Montessori’s principle “help me to help myself”; other essential elements of the carer’s work include attentive, empathetic and committed care in daily life, active observation and solving ongoing problems; it is also important to identify the needs of the subject (including their wishes, dreams, desires) by establishing a detailed biography of the individual and completing a needs sheet; the source of knowledge about the senior is the family (their active role during the completion of the information folder and biographical sheet about the senior and their participation in meetings, workshops and sessions);
- 6) using special orientation aids, such as door signs with the names and photographs of residents in the room, signs related to the current season of the year (date, photographs and images related to the season, holiday symbols), signs with residents’ birthdays, signs with menus (daily list of dishes, etc.);
- 7) conducting psychomotor activation of seniors according to motogeragogy principles, whose key elements include, for example, memory training using sensory stimuli, active work with memories, stimulating the ability to retrieve words from memory and use them correctly as well as expanding the vocabulary. In addition, activities should be enriched with elements of gymnastics, movement exercises to the rhythm of music and dance.

The use of sensory activation in speech therapy procedure in seniors with neurocognitive disorders

A prerequisite for effective speech therapy for elderly people with neurocognitive disorders is an accurate speech therapy diagnosis, including [Panasiuk, 2015; 2018]:

- 1) an analysis of documents and results of multispeciality examinations, including neurological, psychiatric, neuropsychological, neuroimaging examinations, which will allow to outline the general clinical profile of the subject;
- 2) interview and observation;

- 3) speech therapy examination (results of questionnaire tests, experimental-clinical trials and evaluation of utterances).

In line with the concept of sensory activation, the speech therapy diagnosis of the elderly can be extended to include the completion of a sheet on the recognised needs of the patient, such as [cf. Wehner, Schwinghammer, 2017, p. 179]:

- 1) the need for touch, including massages, stroking, hand holding, greeting, saying goodbye;
- 2) paying attention and verbal contact (conversing, reading together, watching films, looking at a photo album together);
- 3) listening (seeking an active listener);
- 4) movement (physical activity, exercise, walks, trips, etc.).

The effectiveness of speech therapy for individuals with communication disorders in the course of neurodegenerative diseases (e.g. Alzheimer's disease) is dependent on the correct diagnosis of the disorder and an appropriately designed speech therapy programme for the patient. In accordance with the concept of "Montessori for seniors" it is advocated that the needs of the patient and his biography should be considered in its construction. Therefore, it is important to consider the following information obtained during the speech therapy diagnosis and recorded in the so-called biography sheet:

- 1) the severity of the symptoms of the disease and the stage of neurocognitive impairment (cognitive impairment: memory, attention, concentration, thinking, understanding, planning, abstract thinking, inferring, etc.);
- 2) retained communication and language skills (retained capacity for verbal and non-verbal expression);
- 3) retained social competences (relations with family or neighbours) and ability to cooperate with relatives;
- 4) retained motor skills, including hand dexterity, gross motor skills, maintaining balance;
- 5) physical condition and level of independence in daily activities (self-care);
- 6) biographical information about the past (childhood, youth, family home, major events and related experiences, all issues and problems which the person often mentions);
- 7) individual tastes and interests (favourite clothes, colours, foods, beverages, music, flowers, smells, places, animals, hobbies, wishes, expectations and concerns);
- 8) the patient's personality (self-confidence, belief in one's own abilities, sense of self-determination);
- 9) ways of reacting emotionally to some more challenging situations, including one's own language difficulties (aggression, withdrawal, anxiety).

The above-mentioned points form the so-called biography sheet, which can be completed by the mentally alert senior citizen or by the speech therapist based on regular biographical interviews with the patient and/or their relatives and carers.

The choice of the form of work, namely individual or group direct therapy, remains an important therapeutic step in a speech therapy procedure. When working with people with neurocognitive disorders, it is also recommended to implement indirect therapy, the aim of which is to modify the communicative behaviour of the carers and develop optimal ways of communicating with the patient through guidance on how to communicate with the person with dementia given by the speech therapist during meetings with the patient's relatives or carers [Domagała, 2015]. The "Montessori for seniors" concept implies a variety of forms of support yet Montessori sessions tend to be group-based while individual sessions are introduced for individuals with special needs.

Goal-setting and selection of methods, strategies and teaching materials/aids (developmental materials) are other important elements of programming of geriatric speech therapy. The author of this article considers the primary goal of speech therapy in the Montessorian spirit for communication disorders in neurodegenerative diseases to be the activation of cognitive processes and the improvement (retention) of language skills and communicative behaviour through various therapeutic measures. This includes, above all:

- 1) memory training;
- 2) training of language and communication functions;
- 3) training of lexical and semantic skills;
- 4) literacy training;
- 5) daily life activities training;
- 6) movement, speech and music therapy classes;
- 7) multi-sensory stimulation;
- 8) auditory functions training.

Stimulation of the language functions of individuals with speech disorders in the course of a given neurodegenerative disease should be carried out in conjunction with exercises in cognitive functions, especially memory. Memory training for senior citizens is a significant part of speech therapy. It is conducted as part of reminiscence therapy. In the "Montessori for seniors" concept, the so-called reminiscence sessions form part of the Montessori sessions. They use photo albums and films showing notable events in the life of the patient and his or her family, as well as various family heirlooms important to the patient³.

In the process of memory training, various memory games are proposed, such as:

³ Speech therapy of a patient with the Alzheimer's disease uses the so-called memory books. These are notebooks/books/diaries/albums created for the patient with the Alzheimer's disease by the carer/relatives (in cooperation with the speech therapist), which feature basic information about the patient and his/her daily life (i.e. life events, memories, current information about the given person) [cf. Domagała, 2014; 2016].

- 1) wooden tactile memory game – this is a sensory game which involves using the sense of touch to find pairs of identical (of the same texture) wooden discs; the aim of the game is to develop the sense of touch and fine motor skills;
- 2) sound memory boxes – it is a game which consists in finding pairs of boxes that make the same sound when shaken; the aim of the game is to stimulate auditory perception and improve hand function;
- 3) illustration and word memory cards – it is a game that involves matching an illustration with the corresponding label, which is the caption for that illustration; teaching aids of this type tend to cover a particular thematic circle (e.g. animals, seasons, occupations, holidays, monuments, etc.); Montessori cards are based on a realistic, carefully selected photographs; the aim of the game is to develop lexical and semantic fluency as well as improve reading skills;
- 4) left-hemisphere puzzles, which are exercises involving imitating patterns presented on boards, assembling them from memory and reconstructing sequences using wooden (often multi-coloured) blocks; the aim of the game is to stimulate mental functions, logical thinking skills, memory and concentration as well as improve language skills.

Training of language functions includes speech comprehension activities and verbal expression exercises, i.e. in the creation of monologue and dialogue statements and narrative forms such as descriptions and stories. Communication training also includes exercises in initiating and maintaining a conversation and discussing topics that are important to the senior citizen (from daily life and the patient's field of interests).

Training in lexical and semantic skills is of paramount importance in speech therapy of patients with communication disorders in a given neurodegenerative disease who are diagnosed with symptoms of dysnomia or anomia (i.e. naming disorders). These may consist in creating thematic illustration and word dictionaries together with the patient and their carer/relative, in which words from a given lexical-semantic field are written down and graphically illustrated. In addition, communication boards using symbols can be used as a support for patients with anomic problems. As part of vocabulary-stimulating exercises, it is suggested that the lexical material in the given subject area is updated, using the so-called Montessori three-part cards which consist of three elements:

- 1) cards with the image and label together;
- 2) cards with only the image and
- 3) cards with only the label of the image.

They are based on realistic carefully selected photography. Working with them involves looking for a pair of pictures or matching word labels. The cards can also be used to practise classifying objects or forming sets or to train memory and perceptiveness in a memo game (i.e. looking for pairs). In addition, the Montessori cards provide an excellent opportunity to create stories and talk about certain topics.

Literacy training for seniors should include:

- 1) graphomotor exercises forming part of hand therapy;
- 2) exercises with the so-called movable alphabet, which is used to teach writing skills by composing (arranging) words from letters; the letters are cut out of wood; vowels are always red while consonants are blue; they include both lower case and upper case letters;
- 3) exercises in reading letters and syllables or assembling words or even whole sentences using wooden cubes with individual letters of the alphabet or magnetic letters (magnetic board);
- 4) the use of a set of so-called rough letters, i.e. plates with small or capital letters of the Polish alphabet. The letters are cut out of fine sandpaper; they are divided into vowels and consonants in accordance with the generally accepted rules: vowels are on the red boards, consonants on the blue boards; this aid can be used to practise recalling the shapes of the letters of the alphabet;
- 5) exercises using the so-called sets for language learning and reading material at different levels of difficulty, including, for example, reading word lists and themed Montessori reading books.

Examples of activities of daily living training may comprise:

- 1) exercises in labelling (naming) rooms, utensils, household appliances or everyday objects;
- 2) working with the calendar and the clock;
- 3) drafting a shopping list and, in doing so, estimating the costs of purchases;
- 4) creating a daily/weekly schedule.

During movement, speech and music therapy activities with seniors, the following activities are proposed:

- 1) auditory and motor exercises aimed at shaping spatial orientation, motor memory and eye-hand coordination;
- 2) rhythm and movement exercises (including the use of musical instruments) organised to develop the sense of rhythm, tempo and dynamics and improve auditory and motor coordination, memory and attention;
- 3) word and rhythm activities using music (tunes, songs, chants) suitable for seniors.

Multi-sensory stimulation involves the use of the following materials:

- 1) sound boxes;
- 2) chromatic and diatonic bells;
- 3) scented and flavoured bottles;
- 4) tactile (multi textured) boards, tiles, puzzles;
- 5) cylinders (weights of different sizes) for inserting into wooden blocks, or a kind of wooden sorter;
- 6) sound cylinders;
- 7) balls, building blocks and sensory mats;
- 8) puzzles with geometric figures and blocks in the shape of geometric solids and figures;

- 9) illuminated panels, boards and tables;
- 10) coloured tokens for sorting;
- 11) coloured beads or buttons for threading.

The aim of auditory training for patients with neurocognitive disorders is to improve auditory perception by practising auditory memory and attention, training differentiation and identification of environmental sounds, practising discrimination (differentiation) of speech sounds, training phonemic hearing and speech comprehension in noise. During exercises, it is proposed to use recordings of environmental sounds, speech and music for seniors.

Conclusion

Speech therapy using the "Montessori for seniors" concept has an individual character tailored to the developmental abilities and interests of the individual patient. It offers the possibility to choose the place and form of work along with developmental material as well as the time and pace of work. It is based on the strengths of the patient.

Another advantage of "Montessori for seniors" is the organisation of speech therapy exercises in which the so-called multisensory learning takes place, i.e. one using all the senses: touch, sight, hearing, smell, and taste. This is facilitated by the use of interesting and varied teaching aids.

Furthermore, speech therapy based on this concept is comprehensive. It enables the improvement of many competences, functions and skills, such as language functions, communication skills, auditory perception, fine motor skills, cognitive functions, reading and writing skills.

Despite the fact that the concept of "Montessori for seniors" (sensory activation) proposes innovative solutions for the rehabilitation of patients with neurocognitive disorders, it remains sparingly described in Polish research publications and insufficiently used in therapeutic work with seniors since the group of trained professionals still remains narrow.

References

- Camp C.J., 2010, *Origins of Montessori Programming for Dementia*, "Non-Pharmacological Therapies in Dementia", vol. 1(2), pp. 163–174.
- Domagała A., 2014, *Memory-books w terapii logopedycznej osób z otępieniem*, [in:] D. Baczała, J. Błeszyński (eds.), *Terapia logopedyczna*, Toruń: Wydawnictwo Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, pp. 269–285.
- Domagała A., 2015, *Standardy postępowania logopedycznego w otępieniu alzheimerowskim*, [in:] S. Grabias, J. Panasiuk, T. Woźniak (eds.), *Logopedia. Standardy postępowania*

- logopedycznego. *Podręcznik akademicki*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, pp. 987–1013.
- Domagała A., 2016, „*Księga życia*” sposobem stymulowania osób starszych z otępieniem – w wymiarze poznawczym, emocjonalnym i w sferze zachowań, [in:] E. Oronowicz-Kida, A. Myszka (eds.), *Język – głos – komunikacja*, vol. 3, Rzeszów: Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, pp. 48–62.
- Gutowska A., 2017, *Geragogiczny model pracy z seniorami oparty na koncepcji Marii Montessori*, „Edukacja Dorosłych”, no. 2, pp. 225–239.
- Guz S., 1998, *Edukacja w systemie Montessori: podręcznik dla nauczycieli i studentów*, vol. 2, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Kamińska E., 2019, *Geragogika montessoriańska w ujęciu Camerona Campa oraz Christine Mitterlechner*, „Psychologia Rozwojowa”, vol. 24, no. 3, pp. 21–30.
- Kłoszewska I., 2012, *Niefarmakologiczne postępowanie w otępieniu*, [in:] *Diagnostyka i leczenie otępień. Rekomendacje zespołu ekspertów Polskiego Towarzystwa Alzheimerowskiego*, Warszawa: Medisfera, pp. 106–108.
- Krajewska M., 2014, *Neurologopedyczna diagnoza i terapia zaburzeń mowy w demencji*, [in:] M. Michalik (ed.), *Diagnoza i terapia logopedyczna osób dorosłych i starszych*, seria: „Nowa Logopedia”, vol. 5, Kraków: Collegium Columbinum, pp. 189–206.
- Maciejewska A., 2015, *Stabilizowanie normy interakcyjnej u osób w podeszłym wieku*, [in:] S. Grabias, J. Panasiuk, T. Woźniak (eds.), *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego. Podręcznik akademicki*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, pp. 1109–1124.
- Miksza M., 2018, *Zrozumieć Montessori. Czyli Maria Montessori o wychowaniu dziecka*, Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Morrison J., 2016, *DSM-5 bez tajemnic. Praktyczny przewodnik dla klinicystów*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Panasiuk J., 2015, *Postępowanie logopedyczne w przypadkach chorób neurodegeneracyjnych*, [in:] S. Grabias, J. Panasiuk, T. Woźniak (eds.), *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, pp. 955–992.
- Panasiuk J., 2018, *Zaburzenia mowy u osób w wieku senioralnym – diagnoza i terapia logopedyczna*, [in:] W. Tłokiński, S. Milewski, K. Kaczorowska-Bray (eds.), *Gerontologopedia*, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia Universalis, pp. 367–413.
- Pluta-Wojciechowska D., 2014, *Gerontologopedia*, „Forum Logopedyczne”, vol. 22, pp. 9–13.
- Stein B., 2003, *Teoria i praktyka pedagogiki Marii Montessori w szkole podstawowej*, Kielce: Wydawnictwo Jedność.
- Surma B., 2016, *Odkryjmy dziecko oczami Marii Montessori*, „Edukacja Elementarna w Teorii i Praktyce”, vol. 9(32/2), pp. 103–104.
- Tłokiński W., Milewski S., Kaczorowska-Bray K. (eds.), 2018, *Gerontologopedia*, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia Universalis.
- Wehner L., Schwinghammer Y., 2017, *Aktywacja sensoryczna. Holistyczna koncepcja wsparcia osób w podeszłym wieku i cierpiących na demencję*, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia Universalis.
- Wolańska E., 2015, *Zaburzenia funkcji językowych w chorobach i zespołach otępiennych. Rola i cele logopedii wieku podeszłego*, „Poradnik Językowy”, no. 5, pp. 67–82.
- Wójcik-Topór P., 2018, *Niefarmakologiczne metody oddziaływania na funkcje poznawcze w otępieniach*, [in:] W. Tłokiński, S. Milewski, K. Kaczorowska-Bray (eds.), *Gerontologopedia*, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia Universalis, pp. 451–468.

Aneta Domagała  <https://orcid.org/0000-0001-5955-5164>

Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie, Wydział Filologiczny, Katedra Logopedii i Językoznawstwa Stosowanego, ul. Sowińskiego 17, 20-040 Lublin, e-mail: aneta.domagala@mail.umcs.pl

Emilia J. Sitek  <https://orcid.org/0000-0003-4141-072X>

Gdański Uniwersytet Medyczny, Wydział Nauk o Zdrowiu z Instytutem Medycyny Morskiej i Tropikalnej, Zakład Pielęgniarstwa Neurologiczno-Psychiatrycznego, Pracownia Neuropsychologii i Neurolingwistyki Klinicznej oraz Neuropsychoterapii, ul. Dębinki 7, 80-211 Gdańsk, e-mail: emilia.sitek@gumed.edu.pl

Klaudia Kluj-Kozłowska  <https://orcid.org/0000-0001-6511-2861>

Uniwersytet Gdański, Wydział Filologiczny, Instytut Logopedii, ul. Wita Stwosza 58, 80-308 Gdańsk, e-mail: klaudia.kluj-kozłowska@ug.edu.pl

Zaburzenia pisma w wariancie językowym postępującego porażenia ponadjądrowego

Writing Impairment in Progressive Supranuclear Palsy with Predominant Speech/Language Disorder

Słowa kluczowe: postępujące porażenie ponadjądrowe, narracja pisemna, agrafia

Keywords: progressive supranuclear palsy, written discourse, agraphia

Streszczenie

W artykule podjęto problem pisma w obrazie klinicznym postępującego porażenia ponadjądrowego (*progressive supranuclear palsy* – PSP). Celem pracy było scharakteryzowanie zaburzeń pisma u pacjentki z wariantem językowym PSP na podstawie analizy danych z diagnozy neuropsychologicznej, zgromadzonych w ciągu 3 lat. Materiał badawczy, obejmujący próbki tekstów budowanych samodzielnie, przepisywanych oraz zapisywanych ze słuchu, poddano wieloaspektowej analizie w aspekcie graficznym i ortograficznym. Zaburzenia pisma dotyczyły głównie graficznej strony pisma. Sporządzono rejestr objawów

Funding information: A.D. – Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie, Wydział Filologiczny, Katedra Logopedii i Językoznawstwa Stosowanego; E.J.S. – Gdański Uniwersytet Medyczny, Wydział Nauk o Zdrowiu z Instytutem Medycyny Morskiej i Tropikalnej, Zakład Pielęgniarstwa Neurologiczno-Psychiatrycznego, Pracownia Neuropsychologii i Neurolingwistyki Klinicznej oraz Neuropsychoterapii; K.K.-K. – Uniwersytet Gdański, Wydział Filologiczny, Instytut Logopedii.

The percentage share of the Authors in the preparation of the work is: A.D. – 33.33%, E.J.S. – 33.33%, K.K.-K. – 33.33%.

Declaration regarding the use of GAI tools: Not used.

Conflicts of interests: None.

Ethical considerations: The Authors assure of no violations of publication ethics and take full responsibility for the content of the publication.

Received: 2024.09.09. Accepted: 2024.12.09.

trudności grafomotorycznych, śledząc zmiany zachodzące na poszczególnych etapach badania (I–III). Wyszukiwano wnioski dotyczące przyczyn zaburzeń, których można upatrywać przede wszystkim w zaburzeniach gałkoruchowych, zaburzeniach sprawności motorycznej rąk i współpracy na linii ręka – oko. Początkowo teksty były czytelne, a w fazie końcowej nieczytelne, choć pacjentka konsekwentnie dokonywała zapisów, bazując na długo zachowanych kompetencjach ortograficznych. W tym kontekście wskazano na potrzebę rozpoznawania trudności grafomotorycznych na materiale językowym i porównawczo niejęzykowym, by możliwie najtrafniej określić problemy pacjentów. Podkreślono wartość opisów przypadków jako źródła poszerzenia wiedzy nie tylko na temat specyficznych problemów w zakresie komunikacji pisemnej, ale także możliwości zindywidualizowania działań terapeutycznych w przypadku PSP.

Abstract

The article addresses the issue of handwriting in the clinical picture of progressive supranuclear palsy (PSP). The study aims to characterise the handwriting disorders in a patient with the language variant of PSP. The data analysis encompasses results from neuropsychological assessments over three years. The research material consisted of samples of written discourse, copied texts, and dictation. The handwriting samples were subjected to a multifaceted analysis from both the perspective of its graphic representation and spelling. Handwriting disorders primarily affect the graphic aspect of writing. The authors created a register of symptoms related to graphomotor difficulties, analysed changes occurring at different stages of the study (I–III), and drew conclusions regarding the causes of the disorders. The difficulties were primarily due to oculomotor dysfunction, impaired finger dexterity, and hand-eye coordination problems. Initially, the texts were legible, but then they became illegible. The patient consistently completed writing tasks based on her long-retained spelling skills. In this context, the need to recognise graphomotor difficulties using linguistic and non-linguistic materials was emphasised, as this is the most accurate way to identify patients' problems. The value of case descriptions was highlighted as a source of expanding knowledge about specific problems in written communication and the possibilities of individualising therapeutic interventions in cases of PSP.

Wprowadzenie

Postępujące porażenie ponadjądrowe (*progressive supranuclear palsy* – PSP), inaczej zespół Steele'a-Richardsona-Olszewskiego, sytuowane jest na pograniczu atypowych zespołów parkinsonowskich oraz zespołów ze spektrum zwyrodnienia czołowo-skroniowego. Warianty kliniczne choroby zostały wyodrębnione przez zespół ekspertów Movement Disorder Society [Höglinger i in., 2017] z uwzględnieniem czterech aspektów funkcjonalno-objawowych (sprawności gałkoruchowej, stabilności postawy, akinezji oraz zaburzeń poznawczych, a w obszarze zaburzeń poznawczych: zaburzeń mowy/językowych, zaburzeń czołowych/zachowania oraz objawów zespołu

korowo-podstawnego). Warianty te wyszczególniono, wraz z ustaleniem zakresu oceny neurologopedycznej pacjenta z PSP, we wcześniejszej pracy [Sitek, Domagała, Kluj-Kozłowska, 2024]. O ile zaburzenia motoryki mowy są powszechne we wszystkich postaciach PSP [Kluj-Kozłowska, Sitek, Sławek, 2019], nasilenie deficytów językowych jest zróżnicowane [Sitek, Kluj-Kozłowska, Barczak, 2018]. Jedną z manifestacji klinicznych PSP jest postać z dominującymi zaburzeniami mowy/zaburzeniami językowymi (*PSP with predominant speech/language disorder* – PSP-SL).

Wariant PSP-SL cechuje się współwystępowaniem objawów gałkoruchowych (porażenia pionowego ruchu gałek ocznych i/lub spowolnienia ruchów sakkadowych w płaszczyźnie pionowej) oraz utrwalonych zaburzeń mowy/zaburzeń językowych – w postaci wariantu niepełnego afazji pierwotnej postępującej/wariantu z agramatyzmem i/lub postępującej apraksji mowy. Opis przypadku, skoncentrowany na obrazie zaburzeń mowy/zaburzeń językowych narastających w przebiegu PSP-SL, przedstawiono w osobnym opracowaniu na podstawie analizy danych z diagnozy neuropsychologicznej i neurologopedycznej, zgromadzonych w ciągu 3 lat [Sitek, Domagała, Kluj-Kozłowska, 2024]. Niniejszy artykuł dopełnia opis problemów omówionych uprzednio w wybranym przypadku, mając na celu szczegółową charakterystykę zaburzeń pisma. Trzeba podkreślić, że ocena pisma jest istotnym elementem diagnozy PSP, ale też – przy dokładnym rozpoznaniu ograniczeń i możliwości pacjenta w zakresie komunikacji językowej (ustnej i pisemnej) – może być podstawą do sformułowania wskazań postdiagnostycznych, pomocnych w życiu codziennym osoby chorej w komunikowaniu się z otoczeniem.

W ocenie prób pisma u pacjenta z PSP niezbędne jest uwzględnienie językowych, poznawczych, wzrokowych i ruchowych uwarunkowań ewentualnych trudności [Peterson, Patterson, Rowe, 2021]. Mikrografia, która może być obecna w PSP, charakteryzuje się globalnym zmniejszeniem wielkości liter, bez stopniowego zmniejszania się wielkości liter w obrębie tekstu, które jest charakterystyczne dla choroby Parkinsona [Ling i in., 2012]. Na mikrografię może nakładać się również przyspieszone tempo pisania – tachymikrografia [Bhansali, Tipton, van Gerpen, 2023]. Poza objawami agrafii afatycznej w PSP możliwe jest wystąpienie agrafii wykonawczej, przestrzennej i apraktycznej [Siacca i in., 2015]. Dla przykładu trudności z organizacją przestrzenną tekstu oraz pominięcia elementów liter bądź znaków diakrytycznych [Sitek i in., 2015] mogą być powiązane z obniżoną sprawnością gałkoruchową. Persewercje liter w próbach przepisywania mogą wynikać nie tylko z deficytów wykonawczych, ale również z trudności w przenoszeniu wzroku między wzorcem a zapisem własnym oraz z ograniczonej możliwości kontroli wzrokowej zapisywanego tekstu [Podoll, Schwarz, Noth, 1991].

Zaburzenia pisma w obrazie klinicznym PSP-SL. Opis przypadku

Podstawowe dane kliniczne¹

Pacjentka była diagnozowana w wieku 63 lat – od około 2 lat występowały zaburzenia ruchowe (m.in. niestabilność postawy z upadkami do tyłu) oraz zaburzenia mowy/językowe (trudności z tworzeniem wypowiedzi złożonych, nie płynność mowy), w ostatnim okresie przed badaniem pojawiły się ponadto echolalia i dysfagia. Ogólny poziom funkcjonowania badanej odpowiadał rozpoznaniu otępienia łagodnego. Dominowały deficyty funkcji wykonawczych i językowych, funkcje wzrokowo-przestrzenne, praktyka oraz pamięć epizodyczna były zachowane znacznie lepiej. Obserwowano trudności w zadaniach wymagających przenoszenia wzroku w płaszczyźnie pionowej. Badania kontrolne (po roku) wykazały nasilenie zaburzeń mowy i pisma oraz deficytów praktyki konstrukcyjnej i pamięci operacyjnej, stosunkowo najlepiej zachowana była pamięć epizodyczna. Kolejne badania (po mniej więcej 2 latach od badania pierwszego) wskazały na nasilenie zaburzeń mowy i pisma oraz deficytów funkcji wykonawczych i zdolności wzrokowo-konstrukcyjnych. Nadal stosunkowo najlepiej zachowane były funkcje percepcyjne i pamięć epizodyczna. Na tym etapie chora poruszała się na wózku inwalidzkim. Zaburzenia połykania znacząco się nasiliły, zdecydowanie większe było też spowolnienie psychoruchowe.

U pacjentki występowały objawy afazji nie płynnej oraz apraktyka mowy i były to zaburzenia utrwalone, o charakterze postępującym (jednocześnie w czasie trzyletniej obserwacji poziom rozumienia słów nie uległ zmianie, deficyt semantyczny miał niewielkie nasilenie, a zdolność powtarzania zdań w początkowym okresie była dobrze zachowana) – zgodnie z charakterystyką kryterialną PSP-SL. Odnosząc się do narracji pisemnej, stwierdzono znaczący spadek złożoności składniowej wypowiedzi, brak należytego uporządkowania informacji, a ostatecznie brak mechanizmów tekstotwórczych (zapisywanie przez pacjentkę osobnych zdań dotyczących prezentowanej ilustracji). Jednocześnie odnośnie do tekstów pisanych w ocenie sprawności realizacyjnych odnotowano zasadnicze zaburzenia w aspekcie graficznym, rzutujące negatywnie na dekodowanie tekstów pacjentki. W związku z tym w następnej kolejności pogłębiono ocenę graficznej strony pisma i poprawności ortograficznej tekstu.

Materiał badawczy

Materiał poddawany szczegółowej analizie stanowią próbki tekstów pacjentki, zgromadzone w toku badań neuropsychologicznych wykonywanych trzykrotnie. Materiał badawczy uwzględnia trzy formy pisania:

- 1) pisanie samodzielne (twórcze);

1 Przywołano tu dane prezentowane z uszczegółowieniem (wraz z wynikami oceny funkcji pamięci, funkcji wzrokowo-przestrzennych, językowych, wykonawczych i motorycznych w toku trzyletniej obserwacji) w tekście Sitek, Domagała, Kluj-Kozłowska [2024].

- 2) przepisywanie;
- 3) pisanie ze słuchu.

Do oceny pisma w aspekcie graficznym i ortograficznym wykorzystano: teksty budowane samodzielnie na podstawie obrazka tematycznego *Scena na plaży* (wg Elizabeth Warrington [za: Rohrer i in., 2008]), zdania przepisywane ze wzoru (próba z Bostońskiego Testu do Badania Afazji [Goodglass, Kaplan, Barresi, 2001], w adaptacji D. Wieczorka), tekst dyktanda [Wieczorek, Jodzio, 2002]. W ocenie poprawności ortograficznej uwzględniono zadania dodatkowe – zapisywanie pod dyktando oraz przepisywanie słów [Szumska, 1980].

Próbki obrazują narastanie zaburzeń odnoszących się do strony graficznej pisma – teksty początkowo są czytelne (mimo niedogodności w odbiorze), a ostatecznie stają się nieczytelne. Materiał empiryczny pozwala więc odnieść się w badaniach do kwestii podstawowej dla komunikacji językowej – zdolności realizacji tekstów pisanych, które mogą być dekodowane przez inne osoby. Ryciny 1–3 umożliwiają wstępny, ogólny wgląd w problemy pacjentki – zestawiono na nich próbki pisma z kolejnych lat, z zapisem tego samego tekstu (tu: zdanie do przepisania: *Ćwierkając dzwicznie, smagły wróbel pofrunął w cień ściętych róż* – próba z BDAE, w adaptacji D. Wieczorka).

Ćwierkając dzwicznie smagły wróbel pofrunął w cień
ściętych róż.

Rycina 1. Zapis tekstu – I etap badań

Źródło: badania własne.

Ćwierkając dzwicznie smagły wróbel pofrunął
w cień ściętych róż.

Rycina 2. Zapis tekstu – II etap badań

Źródło: badania własne.

Ćwierkając dzwicznie smagły wróbel pofrunął w cień
ściętych róż.

Rycina 3. Zapis tekstu – III etap badań

Źródło: badania własne.

Próbki pozyskane w toku choroby były podstawą oceny zaburzeń pisma w aspekcie dynamicznym.

Rezultaty badań

Ocena w aspekcie graficznym

Rejestr objawów trudności grafomotorycznych

Zgromadzony materiał badawczy poddano wieloaspektowej analizie, w rezultacie której sporządzono rejestr objawów trudności grafomotorycznych obejmujący zjawiska sytuowane w następujących kategoriach [Domagała, 2023]²:

- 1) linia (śląd narzędzia graficznego);
- 2) litery;
- 3) łączenie liter;
- 4) pochylenie liter (pochylenie pisma);
- 5) wielkość liter (wielkość pisma);
- 6) zapis w wersie i na stronie.

Wyniki analizy prezentuje tabela 1. Zestawiono w niej objawy trudności grafomotorycznych obecne w kolejnych latach i jednocześnie wskazano na rodzaje próbek (formy pisania), w których te objawy zostały zarejestrowane (tu: pisanie samodzielne, przepisywanie, pisanie ze słuchu). Odnotowano także najważniejsze zmiany dotyczące określonych objawów, zachodzące w toku choroby.

Tabela 1. Rejestr objawów trudności grafomotorycznych

Objawy trudności grafomotorycznych	
Etap I	<p>Linia: zmienna wyrazistość śladu narzędzia pisarskiego w obrębie wyrazów (1–3), także odnośnie do całych wyrazów i fraz (3); w zapisie uwidacznia się śląd słaby (1–3); niekiedy linia jest korygowana (3).</p> <p>Litery: nienależyte zespolenia, zniekształcone elementy strukturalne, niekiedy z zagubieniem formy liter (1–3); litery z pominiętymi znakami diakrytycznymi (2); nieproporcjonalne elementy strukturalne w literach (3).</p> <p>Łączenie liter: niekiedy nieregularne odstępy między literami w wyrazach, zapisywanymi bez połączeń (1, 3); także zbyteczne połączenia, zniekształcanie liter związane z ich łączeniem (3).</p> <p>Pochylenie liter (pochylenie pisma): zmienny kierunek pochylenia liter w obrębie wyrazu, „rozchwianie” liter (1–3); zmienny kierunek pochylenia wyrazów w tekście, niektóre wyrazy zapisane z pochyleniem w lewą stronę (2).</p> <p>Wielkość liter (wielkość pisma): zmienna wielkość liter w obrębie wyrazu (1–3), w zapisie odznaczają się litery bardzo małe – atroficzne (1, 3); zmienna wielkość wyrazów w tekście, pojawiają się wyrazy małej wielkości i duże (2, 3).</p> <p>Zapis w wersie i na stronie: nieregularne odstępy między wyrazami w wersie, odznaczają się odstępy zbyt duże (1–3), także między wyrazami a znakami interpunkcyjnymi (1, 3); linia wersu falista (1–3), wznosząca się (1); nierówne odstępy od brzegów kartki/marginesu (1, 3).</p>

² Ponieważ brakuje szczegółowych rejestrów służących do oceny grafomotoryki u pacjentów dorosłych, bazowano na ogólnej kategoryzacji zjawisk, stosowanej przy rozpoznawaniu trudności grafomotorycznych, w ujęciu własnym, zaproponowanym dla wieku rozwojowego.

Objawy trudności grafomotorycznych	
Etap II	<p>Linia: zmienna wyrazistość śladu narzędzia pisarskiego w obrębie wyrazów (śląd słaby uwidacznia się znacznie rzadziej niż uprzednio), nieumyślne przedłużenia linii (3); korygowanie linii, retusze (1, 3).</p> <p>Litery: nieproporcjonalne elementy strukturalne w literach (1, 3); przesunięcia elementów strukturalnych litery na płaszczyźnie (2); nienależyte zespolenia, zniekształcone elementy strukturalne, z częstszym niż uprzednio zagubieniem formy liter (1–3).</p> <p>Łączenie liter: nieregularne odstępy między literami w wyrazach, zapisywanymi bez połączeń (2, 3); łączenie liter częstsze niż uprzednio i zniekształcanie liter związane z ich łączeniem (3); sporadycznie zapis ciągu liter w sposób całkiem bezkształtny, bez odrywania ręki (3).</p> <p>Pochylenie liter (pochylenie pisma): zmienny kierunek pochylenia liter w obrębie wyrazu, „rozchwianie” liter (1–3).</p> <p>Wielkość liter (wielkość pisma): wielkość liter w obrębie wyrazu zmienna, w zapisie odznaczają się litery bardzo małe (1–3), niekiedy duże (2); ogólnie pismo mniejsze niż uprzednio, z odznaczaniem się w zapisie całych wyrazów małych (1).</p> <p>Zapis w wersie i na stronie: nieregularne odstępy między wyrazami w wersie, odznaczają się odstępy zbyt duże (1–3), większe niż uprzednio (1, 2), zbyt duże odstępy także między wyrazami a znakami interpunkcyjnymi (1, 3); linia wersu falista (1–3), załamanie linii (2, 3); nierównomierne odstępy między wersami (1, 3); zbyt małe odstępy od brzegu strony, na początku wersów (3).</p>
Etap III	<p>Linia: zmienna wyrazistość śladu narzędzia pisarskiego, niekiedy linia niestabilna, z nierównościami (1, 2).</p> <p>Litery: przesunięcia osobnych elementów strukturalnych litery na płaszczyźnie – kropek, kresek (1, 2); mocniej niż uprzednio zniekształcone elementy strukturalne liter, najczęściej z zagubieniem formy liter – lepiej zachowana forma początkowych liter zapisywanych w wyrazach (1–3).</p> <p>Łączenie liter: nieregularne odstępy między literami w wyrazach, zapisywanymi bez połączeń (1, 2); częściej niż uprzednio zapis ciągu liter w sposób całkiem bezkształtny, bez odrywania ręki (1, 2).</p> <p>Pochylenie liter (pochylenie pisma): zmienny kierunek pochylenia liter/wyrazów, uwidacznia się pochylenie w lewą stronę (1, 2).</p> <p>Wielkość liter (wielkość pisma): wielkość liter w obrębie wyrazu zmienna (1, 2); ogólnie pismo małe (2) bądź bardzo małe (1).</p> <p>Zapis w wersie i na stronie: linia wersu falista, wznosząca się (1), także mocne załamanie linii (1, 2); bardzo duże odstępy między wyrazami w wersie (1, 2); bardzo duże odstępy między wersami (1); nierówne odstępy od brzegu strony, na początku wersów (1, 2).</p>

1 – pisanie samodzielne, 2 – przepisywanie, 3 – pisanie ze słuchu.

Źródło: opracowanie własne.

Dane zawarte w tabeli 1 dowodzą narastania problemów dotyczących graficznej strony pisma, w różnych aspektach, ważnych dla realizacji tekstu pisanego:

1. Wyrazistość śladu narzędzia graficznego jest nieodpowiednia – w toku choroby linia daje wyraz zmienności nacisku podczas pisania (początkowo zwraca uwagę zwłaszcza ślad słaby, miejscowo w wyrazach lub odnośnie do całych wyrazów, fraz). Z czasem pojawiają się oznaki niestabilności linii (skrzywienia,

- nieumyślne przedłużenia). Niekiedy obserwuje się korygowanie linii, retusze – próby usuwania zaistniałych uchybień.
2. Litery są coraz mocniej zniekształcane, co stopniowo prowadzi do zagubienia ich formy. Przy nasilonych zniekształceniach lepiej pozostaje zachowana forma początkowych liter zapisywanych w wyrazach, są one kreślone bardziej wyraziście. Odnośnie do zapisu liter uwagę zwracają przesunięcia ich elementów strukturalnych na płaszczyźnie.
 3. Początkowo litery zwykle nie są łączone ze sobą, obserwuje się przy tym niewielką nieregularność odstępów między nimi. Łączenie liter – z biegiem czasu częstsze – daje negatywne efekty. Towarzyszy mu zniekształcanie łączonych liter, kreślone są zbyt czyste znaki połączeń. Pojawia się również zapis ciągów liter (wyrazów) bez odrywania ręki, gdzie litery są całkiem bezkształtne.
 4. Występuje „rozchwianie” liter w obrębie wyrazów. Z czasem miejscowo uwiadczenia się pochylanie liter i całych wyrazów w lewą stronę (zwłaszcza przy jednoczesnych trudnościach z utrzymaniem zapisu wyrazów w linii poziomej – miejscowo wznoszącej się linii wersu).
 5. Wielkość liter w obrębie wyrazów jest zmienna. Od początku uwagę zwracają zwłaszcza pojedyncze litery atroficzne (zanikające). Zmienna jest też wielkość wyrazów w tekście, pojawiają się wyrazy małej wielkości i duże, w późniejszym czasie zwracają uwagę wyrazy małe. Ogólnie wielkość pisma znacznie zmniejsza się w toku choroby.
 6. Wyraźnym zmianom ulega zarówno zapis w wersie, jak i na stronie. Odstępy między wyrazami w wersie są nieregularne, od początku odznaczają się odstępy duże (także między wyrazami a znakami interpunkcyjnymi). W kolejnych latach odległość między wyrazami się zwiększa, pojawiają się odstępy bardzo duże. Zwiększa się także odległość między kolejnymi wersami tekstu, również stają się one bardzo duże. Z czasem utrzymanie zapisu wersu w poziomie jest trudne: obserwuje się linię falistą, wznoszącą się, dochodzi do mocnego załamania linii. Globalne usytuowanie tekstu na stronie zasadniczo nie ulega większym zaburzeniom.

Odnośnie do form pisania początkowo (etap I) najwyższym poziomem graficznym pisma cechuje się przepisywanie (zilustrowane na rycinie 1), więcej nieregularności występuje w tekście budowanym samodzielnie, a najwięcej w tekście zapisywanym ze słuchu. Pisanie ze słuchu daje najsłabsze rezultaty również w kolejnym badaniu (etap II), potem próba nie jest już proponowana przy ocenie okresowej. Poziom graficzny pisma w przypadku przepisywania i realizacji tekstu budowanego samodzielnie obniża się, a ostatecznie zapis staje się nieczytelny dla osoby postronnej, pozbawionej przy czytaniu wskazówek pozatekstowych. Odczytanie (czy identyfikacja) wielu wyrazów/całych zdań możliwe jest jednak na podstawie wskazówek pozatekstowych (tu np. materiałów graficznych wykorzystywanych w próbie pisania samodzielnego, przewidywalności językowej tekstu, wcześniejszych próbek tekstów

badanej osoby, dających diagnoście wgląd w jej funkcjonowanie językowe i wykonanie tych samych zadań). Trzeba więc zaznaczyć, że nieczytelność pisma niweczy wysiłki pacjentki na etapie, gdy ona konsekwentnie jeszcze dokonuje zapisu tekstów (bazując na kompetencjach ortograficznych).

Egzemplifikacja zjawisk

Poniżej zilustrowano trudności grafomotoryczne ze zwróceniem szczególnej uwagi na:

1. Nieciągłość w zapisie pojedynczych liter, ich elementów strukturalnych (tu: typowo zapisywanych płynnym ruchem przez osoby sprawnie piszące) – zob. na rycinie 4: brak zespolenia elementów składowych w obrębie litery *w* (w wyrazie *wzburzonym*), litery *p* (*piłkę*), przerywany zapis litery *n* (*namioty*).

Rycina 4. Zapis wyrazów: *wzburzonym*, *piłkę*, *namioty* – I (1)³

Źródło: badania własne.

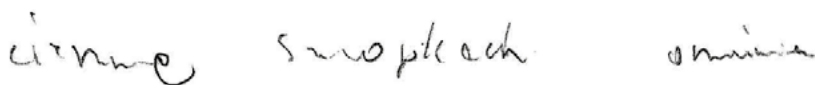
2. Zagubienie formy liter z uwagi na dodatkowe elementy strukturalne, miejscowo nasilone zniekształcenia – zob. na rycinie 5: nadmiarowe elementy strukturalne w przypadku litery *y* (*budynek*), litery *N* (*Na*) czy, początkowo, nasilone zniekształcenia przy zapisie litery *w* (*fruwają*).

Rycina 5. Zapis wyrazów: *fruwają* – I (1), *budynek* – II (1), *Na* – III (3)

Źródło: badania własne.

3. Silnie zdeformowany zapis liter; realizacje namiastkowe, redukcje – zob. deformacje liter *m* oraz *n* w wyrazach na rycinie 6.

3 W opisie rycin, tak jak uprzednio w tabeli, wskazano rodzaje próbek, z których pochodzą przykłady (1 – pisanie samodzielne, 2 – przepisywanie, 3 – pisanie ze słuchu), wraz z datowaniem. Cyfry rzymskie odnoszą się do etapów badania (I–III).

The image shows three handwritten words in cursive script: 'ciemne', 'snopkach', and 'ominie'. The letters are connected and written in a fluid, somewhat slanted style.

Rycina 6. Zapis wyrazów: *ciemne, snopkach, ominie* – I (3)

Źródło: badania własne.

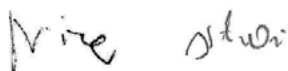
4. Przesunięcia elementów strukturalnych liter na płaszczyźnie, zob. w wyrazach na rycinie 7: kropki – jako osobne elementy strukturalne – przemieszczone w prawo, tj. zgodnie z kierunkiem zapisu tekstu (tu: np. w przypadku litery *i* w wyrazie *Chłopiec* znak kropki usytuowany z prawej strony, nisko).

The image shows three handwritten words: 'Łódź', 'Chłopiec', and 'róż'. The letters are written in a cursive style with some structural elements like dots and lines that are slightly offset from the main letter forms.

Rycina 7. Zapis wyrazów: *Łódź* – I (1), *Chłopiec* – III (1), *róż* – III (2)

Źródło: badania własne.

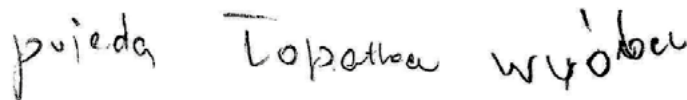
5. Kreślenie zbytecznych znaków połączeń, bez łączenia liter – zob. na rycinie 8: przed literą *e* (*Nie*), przed literą *o*, po literze *s* (*stoi*).

The image shows two handwritten words: 'Nie' and 'stoi'. The letters are written in a cursive style with some decorative or unnecessary strokes, particularly around the 'e' in 'Nie' and the 'o' in 'stoi'.

Rycina 8. Zapis wyrazów: *Nie* – I (3), *stoi* – II (3)

Źródło: badania własne.

6. Zmienną wielkość liter w obrębie wyrazu; zapisywanie obok siebie liter różnej wielkości, miejscowo utrzymaną stałą/zbliżoną wielkość kolejnych liter – zob. na rycinie 9: np. większe litery na początku wyrazu *łopatka*, na końcu znacznie mniejsze.

The image shows three handwritten words: 'pojedą', 'łopatka', and 'wróbel'. The letters vary in size, with larger letters at the beginning of words and smaller letters towards the end.

Rycina 9. Zapis wyrazów: *pojedą* – I (3), *łopatka* – I (1), *wróbel* – II (2)

Źródło: badania własne.

7. Litery atroficzne (zanikające) – trudne do rozpoznania z powodu wielkości i powiązanych z tym zwykle zniekształceń – zob. na rycinie 10: litera *i* (w pierwszej sylabie wyrazu *niebie*), litera *o* (w wyrazach *polu*, *stoi* – tu: np. pomniejszony owal zbliżony formalnie do kropki).

The image shows three handwritten words: 'niebie', 'polu', and 'stoi'. The letter 'i' in 'niebie' is very small and dot-like. The letter 'o' in 'polu' and 'stoi' is a small oval, also dot-like in appearance.

Rycina 10. Zapis wyrazów: *niebie* – I (1), *polu*, *stoi* – I (3)

Źródło: badania własne.

8. Zapis ciągów liter, wyrazów w sposób całkiem bezkształtny, bez odrywania ręki – zob. wyrazy na rycinie 11.

The image shows three handwritten words: 'chmury', 'Mewy fruują', and 'III'. Each word is written as a continuous, unrecognizable scribble without lifting the pen.

Rycina 11. Zapis wyrazów: *chmury* – II (3), *Mewy fruują* – III (1)

Źródło: badania własne.

9. Zapis tekstu w wersie nieutrzymany w jednej linii (poziomo) – załamanie linii, znaczne różnice w poziomie przy zapisie kolejnych wyrazów – zob. na rycinie 12: np. zapis ostatniego zdania (wyrazów: *Mewy fruują* – z przesunięciem drugiego wyrazu do góry).

The image shows a handwritten sentence: 'Chłopiec bawi się z dzieckiem. Chłopiec pływa łódką. Chłopiec robi babki. Mewy fruują'. The words are written on a single horizontal line but are not aligned horizontally, creating a jagged, non-linear appearance.

Rycina 12. Zapis tekstu: *Chłopiec bawi się z dzieckiem. Chłopiec pływa łódką. Chłopiec robi babki. Mewy fruują* – III (1)

Źródło: badania własne.

W przypadku zapisywania dyktowanego tekstu (jak zaznaczono wcześniej, przy pisaniu ze słuchu rezultaty były słabsze w aspekcie graficznym w porównaniu do innych form pisania) trzeba zwrócić uwagę na niestałość poziomu graficznego pisma w obrębie pojedynczej próbki pisma. Obrazuje to rycina 13, na której pokazano zapis tego samego wyrazu powtarzającego się wielokrotnie w dyktowanym tekście (wyraz ten pojawia się również, w odmiennej postaci, na rycinie 14).



Rycina 13. Zapis wyrazu *jest* – II (3)

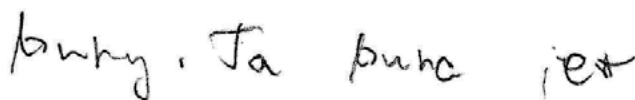
Źródło: badania własne.

Zmienność zjawisk dostrzeganą w toku realizacji zadania można wiązać ze specyfiką samej formy pisania, a także ze sposobem wykonania zadania – strona graficzna pisma zależna jest od przebiegu czynności pisania, malejąca wydolność może być warunkowana szybszym tempem pracy, większym wysiłkiem podejmowanym przy współdziałaniu z osobą dyktującą tekst.

Ocena w aspekcie ortograficznym

Problem rzekomych błędów ortograficznych. Ocena poprawności zapisu tekstów

Skutkiem trudności grafomotorycznych (głównie deformacji liter i niewłaściwego ich łączenia) są przy odbiorze tekstów rzekome błędy ortograficzne (tj. takie błędy, które formalnie mogą być postrzegane jako błędy ortograficzne, mimo że nie wynikają z trudności ortograficznych, a grafomotorycznych [Domagała, Mirecka, 2017]). U pacjentki niektóre litery upodabniają się do siebie, choć w najwcześniejszym okresie można to zaobserwować przede wszystkim w tekście zapisanym ze słuchu (i, jak sygnalizowano, problemy mogą mieć uwarunkowania sytuacyjne) – zob. na rycinie 14: dwuznak *rz* podobny formalnie do litery *n/r* (skutkiem czego np. wyraz *burza* może zostać mylnie rozpoznany jako *bura*).



Rycina 14. Zapis tekstu: [...] *burzy*. *Ta burza jest* [...] – I (3)

Źródło: badania własne.

W przypadku gdy deformacje liter są nasilone, czytelność zapisu maleje (a więc i możliwość oceny poprawności ortograficznej tekstów oraz językowej sprawności

systemowej). Charakter błędów bywa trudny lub niemożliwy do określenia – zob. na rycinie 15: deformacja ostatniej litery w zapisie wyrazu pozwala domyślać się, że jest to wyraz *piłką* lub *piłkę*, przy czym wątpliwości nie można jednoznacznie rozstrzygnąć z powodu niewłaściwej formy czasownika w tym zdaniu (tu: *bawi piłką/piłkę* zamiast *bawi się piłką/gra w piłkę z dzieckiem*). Poprawność zapisu tekstu zbudowanego samodzielnie – w przeciwieństwie do tekstu przepisanego czy dyktanda – nie podlega ocenie porównawczej z użyciem tekstu wzorcowego, a przy analizie zjawisk trzeba mieć na uwadze współwystępowanie u pacjentki zaburzeń mowy/zaburzeń językowych.

The image shows a handwritten sentence in Polish: "Dorośta osoba bawi piłką z dzieckiem". The word "Dorośta" is misspelled as "Dorośta" (missing 'a' and 's'). "osoba" is misspelled as "osoba" (missing 'o'). "bawi" is misspelled as "bawi". "piłką" is misspelled as "piłką" (missing 'a'). "z dzieckiem" is misspelled as "z dzieckiem" (missing 'i').

Rycina 15. Zapis tekstu: *Dorośta osoba bawi piłką z dzieckiem* – I (1)

Źródło: badania własne.

Rozpoznawaniu uwarunkowań błędów popełnionych w zapisie mogą towarzyszyć różne próby objaśnienia zjawisk, także wtedy, gdy dostęp do tekstu wzorcowego jest zapewniony. Przykładowo, błędny zapis wyrazów, takich jak *Ćwierkając*, *dźwięcznie* (w toku przepisywania, co pokazano na rycinach 1 i 2), wiąże się z zamianą liter: *a* zamiast *q*, *e* zamiast *ę* czy *dz* zamiast *dź*. Jeśli wziąć pod uwagę brak znaków diakrytycznych, to można przypuszczać, że zostały one pominięte na etapie kreślenia liter i nieskontrolowane w toku pisania jako drobne elementy graficzne dodawane w zapisie (tu: zwłaszcza że tzw. ogonki to znaki często kreślone przez pacjentkę oddzielnie, bez zespolenia – zob. ryciny 1 i 2). Można jednak również wskazać, że zdanie do przepisania przysporzyło pacjentce trudności pod względem semantycznym i gramatycznym – oprócz zamiany liter w przywołanych wyżej wyrazach w zapisie współwystępują bowiem błędy typu: dodanie litery/zamiana wyrazu na inny (*smagały* zamiast *smagły* – czasownik w miejsce przymiotnika) i użycie wielkiej litery na początku wyrazu w środku zdania (*wróbel Pofrunął* zamiast *pofrunął* – jak przy rozpoczynaniu nowego zdania, choć bez należytej interpunkcji), co przemawia za próbą zapisu przez pacjentkę dwóch osobnych zdań zamiast jednego (zob. ryc. 1). W takim przypadku w pojedynczych wyrazach (być może nie w pełni zrozumiałych dla osoby badanej w kontekście zdania) mogą się pojawić odstępstwa od wzorca, niebędące wynikiem trudności grafomotorycznych.

Informacje o błędach w zapisie tekstów zestawiono w tabeli 2.

Tabela 2. Błędy w zapisie tekstów

Błędy w zapisie	
Etap I	<p>Sporadycznie tzw. typowe błędy ortograficzne: <i>u</i> zamiast <i>ó</i>; <i>ż</i> zamiast <i>rz</i> (po wzbórzonym <i>możu</i>, z późniejszą korektą; <i>możu</i> – <i>morzu</i>) (1).</p> <p>Zamiana liter samogłoskowych: <i>a</i> zamiast <i>q</i> (w wyrazie <i>Ćwierkając</i>), <i>e</i> zamiast <i>ę</i> (<i>dźwięcznie</i>); brak znaków diakrytycznych (2).</p> <p>Dodanie litery; zamiana wyrazu na inny: <i>smagały</i> zamiast <i>smagły</i> (2).</p> <p>Wielka litera zamiast małej w środku zdania: [...] <i>wróbel Pofrunął</i> [...] zamiast <i>pofrunął</i> (2).</p> <p>Mała litera zamiast wielkiej, brak należytego wyróżnienia zdania/zdań w tekście: <i>Na plaży buduje zamek z piasku jest łopotka</i>.</p> <p>Zamiana wyrazów w zdaniu: początkowo pacjentka zapisała <i>jest</i> zamiast <i>jednak</i>, potem dodała brakujący wyraz, nie usuwając wyrazu zbędnego: <i>Na razie jednak jest pogoda jest niepewna</i> zamiast <i>Na razie jednak pogoda jest niepewna</i> (3).</p>
Etap II	<p>Tu: z uwagi na zaburzenia graficznej strony pisma możliwość oceny poprawności zapisu tekstu dyktowanego (3) jest ograniczona.</p> <p>Zamiana liter spółgłoskowych/dwuznaków: <i>dz</i> zamiast <i>dż</i> (w wyrazie <i>dźwięcznie</i>) oraz liter samogłoskowych: <i>e</i> zamiast <i>ę</i> (w tym samym wyrazie); brak znaków diakrytycznych (2).</p> <p>Opuszczenie (?) litery samogłoskowej w wyrazie: <i>chłopic</i> zamiast <i>chłopiec</i> (lecz: w kolejnym zdaniu ten sam wyraz jest strukturalnie pełny, choć z deformacją liter: <i>e = c, o = e</i>, ewentualnie zastępowaniem) (1).</p> <p>Brak kropki na końcu zdania, a zarazem na końcu tekstu (1).</p>
Etap III	<p>Tu: z uwagi na zaburzenia graficznej strony pisma możliwość oceny poprawności zapisu tekstów jest ograniczona (częściowo zawieszona). Pojedyncze możliwe do rozpoznania wyrazy mają zachowaną pełną strukturę (i przy możliwości identyfikacji liter nie ma wskazań na naruszenie reguł ortograficznych).</p> <p>Znaki diakrytyczne (i inne wymagane drobne elementy graficzne, osobno zapisywane) często nieobecne w tekście (1), czasem nieobecne (2).</p> <p>Całkowity brak znaków interpunkcyjnych – kropek na końcu zdania (1, 2).</p>

1 – pisanie samodzielne, 2 – przepisywanie, 3 – pisanie ze słuchu.

Źródło: opracowanie własne.

Odnośnie do poprawności zapisu tekstów informacje zawarte w tabeli 2 wskazują na marginalne problemy w zakresie ortografii.

Błędy w pisowni ujawniające się w próbach dodatkowych

Błędy dotyczące pisowni odnotowano w próbach pisania ze słuchu oraz przepisywania długich wyrazów (tu w zestawie: *latarka, etażerka, wentylator, kwalifikacja, klasyfikacja, retrospekcja, trzepaczka, tragifarsa, sublokator, Konstantinopol*). Przy zapisie dyktowanych wyrazów cztero- i pięciosylabowych dochodziło do opuszczania liter (*kwalifikaca* zamiast *kwalifikacja*, *klasfikacja* zamiast *klasyfikacja*, *trgifarsa* zamiast *tragifarsa*, *kntantinopol* zamiast *Konstantinopol*), a podczas przepisywania pojawiła się jednorazowo zamiana liter (*i* zamiast *y* w wyrazie *klasifikacja*, prawdopodobnie pod wpływem litery samogłoskowej w kolejnej sylabie – zmiana

jakościowa o charakterze syntagmatycznym). Odstępstwa od poprawnej pisowni dotyczyły częściej liter samogłoskowych niż spółgłoskowych.

Podsumowanie i wnioski

W opisywanym przypadku zasadniczy problem stanowią zaburzenia dotyczące graficznej strony pisma (i dodatkowo trudności grafomotoryczne, które negatywnie rzutują na poprawność zapisu – jeśli mieć na uwadze kwestię rzekomych błędów ortograficznych). Kompetencje ortograficzne pozostają natomiast długo zachowane.

Nienależytą jakością linii (wyrazistość śladu, stabilność linii) należy wiązać bezpośrednio z obniżeniem sprawności motorycznej ręki wiodącej. Z uwagi na kluczowe dla PSP-SL zaburzenia gałkoruchowe obniżenie poziomu graficznego pisma najpewniej powodowane jest też zakłóceniami kontroli wzrokowej zapisywanego tekstu [Sitek i in., 2015] i ograniczeniem współpracy ręka – oko. Z progresją zaburzeń gałkoruchowych (i zaburzeniami w płaszczyźnie poziomej pojawiającymi się w toku choroby) mogą być powiązane nieregularne odstępy międzywyrazowe, z czasem znacznie się zwiększające. Podłożem tych trudności może być też deficyt wzrokowo-przestrzenny [Peterson, Patterson, Rowe, 2021]. Duża odległość między kolejnymi wyrazami i kolejnymi wersami, niemożność utrzymania zapisu wersu w poziomie (linia wznosząca się obserwowana w odniesieniu do zapisu pojedynczych wyrazów, znaczne różnice w poziomie przy zapisie kolejnych wyrazów – mocne załamanie linii), a także przesunięcia elementów strukturalnych przy kreśleniu liter wskazują na problemy z sytuowaniem zapisu na płaszczyźnie, które wynikają najprawdopodobniej z trudności z kontrolą wzrokową, a w szczególności ze spoglądaniem w dół. W tym kontekście można postawić pytanie o indywidualne zabiegi piszącego związane z przeciwdziałaniem tego rodzaju problemom (zwłaszcza w najwcześniejszym okresie choroby cenne byłyby informacje na temat sposobów kompensowania trudności przez chorego, w celu uzyskania zapisu bardziej przystępnego w odbiorze, możliwego do śledzenia w trakcie pracy). Konsekwentne zapisywanie tekstu na bazie zachowanych kompetencji ortograficznych, mimo zaburzeń grafomotorycznych, skłania do refleksji nad możliwością kontrolowania zapisu i – szerzej – posługiwania się pismem (np. w kontekście wyboru optymalnego dla osoby chorej tempa pisania, zastosowania rozwiązań wspomagających kontrolę zapisu na płaszczyźnie czy modyfikacji sposobu pisania, np. poprzez rezygnację z łączenia liter/pisma łączonego).

Szczegółowe opisy przypadków wraz ze wskazaniem ustaleń postdiagnostycznych i informacją o ich użyteczności w życiu codziennym pacjenta mogą posłużyć poszerzeniu wiedzy na temat problemów w zakresie komunikacji pisemnej oraz działań pomocowych w przypadku PSP (i innych chorób neurozwyrodnieniowych – wiedza w tym zakresie wymaga uszczegółowienia, także w relacji do problemów w zakresie

komunikacji ustnej [Domagała, Mirecka, 2017; Domagała, Sitek, 2018]). Przy rozpoznawaniu problemów warto ustalić, które formy pisania są zachowane lepiej od innych, a w aspekcie grafomotorycznym dodatkowo określić trudności na materiale językowym i – porównawczo – niejęzykowym, by możliwie najtrafniej rozpoznać podłoże zmian patologicznych.

Literatura

- Bhansali S., Tipton P.W., Gerpen J. van, 2023, *A Man with Rapid Speech and Handwriting*, „Movement Disorders Clinical Practice”, vol. 10(8), s. 1217–1218.
- Domagała A., 2023, *Trudności w pisaniu. Poziom graficzny pisma*, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia Universalis.
- Domagała A., Mirecka U. (red.), 2017, *Zaburzenia komunikacji pisemnej*, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia Universalis.
- Domagała A., Sitek E.J., 2018, *Choroba Alzheimerera. Zaburzenia komunikacji językowej*, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia Universalis.
- Goodglass H., Kaplan E., Barresi B., 2001, *Boston Diagnostic Aphasia Examination*, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Höglinger G.U., Respondek G., Stamelou M., Kurz C., Josephs K.A., Lang A.E., Mollenhauer B., Müller U., Nilsson C., Whitwell J.L., Arzberger T., Englund E., Gelpi E., Giese A., Irwin D.J., Meissner W.G., Pantelyat A., Rajput A., Swieten J.C. van, Troakes C., Antonini A., Bhatia K.P., Bordelon Y., Compta Y., Corvol J.-Ch., Colosimo C., Dickson D.W., Dodel R., Ferguson R., Grossman M.D., Kassubek J., Krismer F., Levin J., Lorenzl S., Morris H.W., Nestor P., Oertel W.H., Poewe W., Rabinovici G., Rowe J.B., Schellenberg G.D., Seppi K., Eimeren T. van, Wenning G.K., Boxer A.L., Golbe L.I., Litvan I., Movement Disorder Society-endorsed PSP Study Group, 2017, *Clinical diagnosis of progressive supranuclear palsy: The movement disorder society criteria*, „Movement Disorders: Official Journal of the Movement Disorder Society”, vol. 32(6), s. 853–864, <https://doi.org/10.1002/mds.26987>
- Kluj-Kozłowska K., Sitek E.J., Sławek J., 2019, *Zaburzenia mowy w atypowych zespołach parkinsonowskich: diagnostyka różnicowa i terapia*, „Polski Przegląd Neurologiczny”, t. 15, nr 1, s. 112–123.
- Ling H., Massey L.A., Lees A.J., Brown P., Day B.L., 2012, *Hypokinesia without decrement distinguishes progressive supranuclear palsy from Parkinson's disease*, „Brain: A Journal of Neurology”, vol. 135(4), s. 1141–1153, <https://doi.org/10.1093/brain/aws038>
- Peterson K.A., Patterson K., Rowe J.B., 2021, *Language impairment in progressive supranuclear palsy and corticobasal syndrome*, „Journal of Neurology”, vol. 268(3), s. 796–809.
- Podoll K., Schwarz M., Noth J., 1991, *Language functions in progressive supranuclear palsy*, „Brain: A Journal of Neurology”, vol. 114(3), s. 1457–1472, <https://doi.org/10.1093/brain/114.3.1457>
- Rohrer J.D., Knight W.D., Warren J.E., Fox N.C., Rossor M.N., Warren J.D., 2008, *Word-finding difficulty: a clinical analysis of the progressive aphasias*, „Brain: A Journal of Neurology”, vol. 131(1), s. 8–38, <https://doi.org/10.1093/brain/awm251>
- Sciaccia G., Maci T., Mostile G., Capuana M.L., Luca A., Raciti L., Sanfilippo C., Le Pira F., Nicoletti A., Zappia M., 2015, *A Case of Apraxic Agraphia in a Patient With Progressive Supranuclear Palsy*, „Movement Disorders Clinical Practice”, vol. 2(3), s. 308–309, <https://doi.org/10.1002/mdc3.12161>

- Sitek E., Domagała A., Kluj-Kozłowska K., 2024, *Wariant językowy postępującego porażenia nadjądrowego – charakterystyka kliniczna*, [w:] B. Kamińska, K. Kaczorowska-Bray (red.), *Język i komunikowanie się w biegu życia. Perspektywa logopedyczna i lingwistyczna*, Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, s. 313–328.
- Sitek E.J., Barczak A., Kluj-Kozłowska K., Kozłowski M., Narożańska E., Konkel A., Dąbrowska M., Barcikowska M., Sławek J., 2015, *Writing in Richardson variant of progressive supranuclear palsy in comparison to progressive non-fluent aphasia*, „Neurologia i Neurochirurgia Polska”, t. 49, nr 4, s. 217–222, <https://doi.org/10.1016/j.pjnns.2015.05.004>
- Sitek E.J., Kluj-Kozłowska K., Barczak A., 2018, *Zaburzenia funkcji językowych w atypowych zespołach parkinsonowskich*, [w:] W. Tłokiński, S. Milewski, K. Kaczorowska-Bray (red.), *Gerontologopedia*, Gdańsk: Harmonia Universalis, s. 556–572.
- Szumaska J., 1980, *Metody badania afazji*, Warszawa: PZWL.
- Wieczorek D., Jodzio K., 2002, *Propozycja kompleksowej diagnozy objawów pomijania stronnego u osób z uszkodzeniem mózgu*, „Studia Psychologiczne”, t. 40, s. 151–171.

Ewa Gacka  <https://orcid.org/0000-0002-1873-7487>

Uniwersytet Łódzki, Wydział Filologiczny, Instytut Filologii Polskiej i Logopedii, Zakład Dialektologii Polskiej i Logopedii,
ul. Pomorska 171/173, 90-236 Łódź, e-mail: ewa.gacka@uni.lodz.pl

Rozwój mowy dzieci wcześniaczych z krwawieniami okołodokomorowymi (PVH/IVH)

Speech Development of Premature Infants with Periventricular Haemorrhage (PVH/IVH)

Słowa kluczowe: wcześniactwo, krwawienia okołodokomorowe, nasilenie krwawień, rozwój mowy, zaburzenia w nabywaniu mowy

Keywords: prematurity, periventricular haemorrhage, severity of haemorrhages, speech development, speech acquisition disorders

Streszczenie

Krwawienia śródczaszkowe u noworodków zaliczyć można do powikłań okołoporodowych. Wśród dzieci urodzonych przedwcześnie najczęściej występują krwawienia okołodokomorowe (PVH/IVH) o różnym nasileniu (od I do IV stopnia). Stanowią one czynnik ryzyka wystąpienia zaburzeń neurorozwojowych. W artykule przedstawiono wyniki analizy rozwoju mowy 37 dzieci wcześniaczych z krwawieniami okołodokomorowymi.

Abstract

Intracranial haemorrhages in neonates can be classified as perinatal complications. Among children born prematurely, periventricular haemorrhages (PVH/IVH) of varying severity (grade I to IV) are the most common. These bleedings represent a risk factor for neurodevelopmental disorders. This article presents the results of an analysis of the speech development of 37 preterm children with periventricular haemorrhages.

Funding information: Uniwersytet Łódzki, Wydział Filologiczny, Instytut Filologii Polskiej i Logopedii, Zakład Dialektologii Polskiej i Logopedii.

Declaration regarding the use of GAI tools: Not used.

Conflicts of interests: None.

Ethical considerations: The Author assures of no violations of publication ethics and takes full responsibility for the content of the publication.

Received: 2025.03.17. Accepted: 2025.04.30.

Wprowadzenie

Wcześnieactwo, czyli poród przed 37. hbd¹, stanowi czynnik ryzyka wystąpienia nieprawidłowości rozwojowych. Im mniej dojrzałe dziecko (krótszy czas życia płodowego), tym większe prawdopodobieństwo zaburzeń w jego rozwoju. Wśród licznych powikłań związanych z przedwczesnymi narodzinami (zwłaszcza ze skrajnym wcześniactwem²) wymienia się uszkodzenia OUN pod postacią krwawień okołodokomorowych (PVH/IVH)³ [Helwich, 2003; 2022; Hnatyszyn, 2015; Świetliński, 2016; 2017; Ballabh, de Vries, 2021].

Trudno określić częstość występowania krwotoków okołodokomorowych, gdyż w Polsce nie prowadzi się ich rejestru (podobnie jak innych powikłań związanych z wcześniactwem). Dane z piśmiennictwa polskojęzycznego pochodzą z pojedynczych ośrodków „i rzadko obejmują całą populację leczonych w danym szpitalu (często pomijane są informacje dotyczące noworodków zmarłych i przyjętych z zewnątrz)” [Helwich, 2012, s. 10]. Z danych zagranicznych opublikowanych w EuroNeoNet wynika, że łącznie częstość krwawień III oraz IV stopnia mieści się w przedziale 2–25% (średnio około 10%) [Helwich, 2012]. Powstanie krwotoków okołodokomorowych koreluje z wiekiem płodowym – im młodszy wiek płodowy, tym częściej dochodzi do PVH/IVH [Hnatyszyn, 2015]. Najbardziej narażone na wylewy okołodokomorowe są „dzieci urodzone pomiędzy 24. i 29. tygodniem życia płodowego” [Kułakowska, 2002, s. 131]. Krwawienia te rzadko występują u noworodków donoszonych (tylko w kilku procentach przypadków), a u wcześniaków z bardzo małą urodzeniową masą ciała (poniżej 1500 g)⁴ u co najmniej 30% dzieci [Hnatyszyn, 2015].

Rozpoznanie i monitorowanie krwawień okołodokomorowych odbywa się na podstawie badania ultrasonograficznego (USG) czaszki. U większości dzieci nie występują jednoznaczne objawy PVH/IVH. Tylko w przypadku niektórych noworodków można zaobserwować subtelne nieprawidłowości w zakresie napięcia mięśniowego, oddychania lub ruchów oczu [Ballabh, de Vries, 2021]. Do wylewów dochodzi najczęściej w ciągu pierwszych 72 godzin po porodzie (w prawie 50% przypadków w pierwszych sześciu godzinach życia wcześniaka) [Jeziorek, Stawicka, Szymańska,

1 Skrót hbd – łac. *hebdomas graviditatis* – oznacza tydzień ciąży (t.c.). W artykule oba skróty są używane zamiennie.

2 W piśmiennictwie specjalistycznym najmniej dojrzałe wcześniaki nazywa się zazwyczaj „skrajnymi wcześniakami”. W jednej z publikacji Ewa Helwich [2002, s. 12] definiuje skrajne wcześniactwo jako poród przed 32. t.c. W innej pracy ta sama autorka określa mianem skrajnego wcześniaka dziecko urodzone przed upływem 28. t.c. i/lub z masą ciała poniżej 1000 g [Helwich, 2022, s. 4]. W literaturze można też spotkać określenia „noworodek bardzo niedojrzały” – urodzony przed 32. hbd czy „noworodek ekstremalnie niedojrzały” – urodzony przed 28. hbd [Świetliński, 2016, s. 144].

3 PVH – *periventricular hemorrhage*, krwawienia okołokomorowe; IVH – *intraventricular hemorrhage*, krwawienia dokomorowe.

4 Im młodszy wiek ciążowy, tym mniejsza urodzeniowa masa ciała.

2022]. Dlatego też zaleca się wykonanie profilaktycznie badania ultrasonograficznego w pierwszej dobie życia, a następnie kontrolnych badań w pierwszym tygodniu życia wcześniaka.

Konsekwencje krwawień okołodokomorowych

W zależności od nasilenia wyróżnia się cztery stopnie krwawień okołodokomorowych. Pierwszy stopień oznacza najłagodniej manifestowane krwawienie, a czwarty stopień zmasowany, rozległy krwotok [Helwich, 2003; Świetliński, 2017]. Przebieg i konsekwencje wylewów (bliskie i odległe) bywają zróżnicowane. Krwotoki I i II stopnia zazwyczaj ustępują całkowicie (następuje ich samoistne wchłonięcie), zdarza się jednak, że ewoluują do stopnia III lub IV. Powikłaniami krwawień III i IV stopnia mogą być: wodogłowie pokrwotoczne, leukomalacja okołodokomorowa (PVL)⁵, czyli martwica istoty białej mózgu, poszerzenie komór – zaniki podkorowe [Hnatyszyn, 2015]. Następstwem najbardziej nasilonych (rozległych) krwawień do mózgu bywa zgon wcześniaka, zwłaszcza tego urodzonego przed 30. t.c. [Wang i in., 2022]. Ryzyko zgonu lub poważnych zaburzeń rozwoju w grupie dzieci z IV stopniem wylewu wynosi 85–90% [Hnatyszyn, 2015].

Dane z piśmiennictwa nie są jednoznaczne, jeżeli chodzi o odroczone konsekwencje wylewów. Przy krwawieniach I i II stopnia część autorów podkreśla brak negatywnych następstw dla rozwoju dziecka [Helwich, 2003; Hnatyszyn, 2015]. Inni wskazują na brak znaczących zaburzeń neurologicznych przy tego typu krwawieniach, podkreślając jednocześnie możliwość powiązania „wylewów II stopnia z odległymi zaburzeniami rozwoju dziecka” [Świetliński, 2017, s. 291]. Do późnych skutków wylewów I oraz II stopnia zalicza się „zaburzenia lokomocji, kontroli postawy, a także zaburzenia słuchu i mowy” [Kornacka, 2003, s. 10]. Zagraniczne badania wcześniaków z urodzeniową masą ciała poniżej 1000 g udowodniły, że noworodki, u których wystąpiły krwawienia I i II stopnia, mają istotnie niższy średni wskaźnik rozwoju umysłowego mierzony za pomocą Mental Developmental Index (MDI) Bayleya w porównaniu z dziećmi przedwcześnie urodzonymi bez krwawień⁶ [Patra i in., 2006]. Jeżeli chodzi o ryzyko nieprawidłowego rozwoju ruchowego u wcześniaków z I oraz II stopniem PVH/IVH szacuje się je na 9% [Jeziorek, Stawicka, Szymańska, 2021, s. 99].

5 Leukomalacja okołodokomorowa (*periventriculare leukomalacia* – PVL) jest powikłaniem w obrębie OUN u wcześniaków urodzonych poniżej 32.–34. hbd, związanym z zaburzeniami niedotlenieniowo-niedokrwinnymi, powodującymi martwicę w obrębie istoty białej mózgu. Do następstw leukomalacji okołodokomorowej zalicza się: mózgowe porażenie dziecięce, a także niepełnosprawność intelektualną, padaczkę, zaburzenia widzenia [Helwich, 2002; 2012; Amiel-Tison, 2008; Hnatyszyn, 2015].

6 Ocenę przeprowadzono w 20. miesiącu życia dzieci. Autorzy badań, oceniając wpływ krwawień okołodokomorowych na rozwój dzieci, uwzględnili inne czynniki ryzyka wystąpienia nieprawidłowości [Patra i in., 2006].

Późnymi następstwami krwawień III oraz IV stopnia mogą być: mózgowe porażenie dziecięce (MPD), deficyty poznawcze i/lub niepełnosprawność intelektualna, padaczka, zaburzenia wzroku, zaburzenia słuchu [Hnatyszyn, 2015; Ballabh, de Vries, 2021; Wang i in., 2022]. Tajwańskie badania przeprowadzone na bardzo dużej grupie wcześniaków (3797 przypadków) wykazały, że rozległe wylewy okołodokomorowe, leukomalacja okołodokomorowa i płęć męska są istotnymi predyktorami zarówno łagodnego, umiarkowanego, jak i znacznego opóźnienia w nabywaniu języka przez dzieci wcześniacze o bardzo małej urodzeniowej masie ciała [Tseng i in., 2023]. Wśród czynników ryzyka zaburzeń rozwoju mowy u dzieci urodzonych przedwcześnie (poza krwawieniami okołodokomorowymi i leukomalacją okołodokomorową) wymienia się jeszcze: zespół zaburzeń oddychania (ZZO), dysplazję oskrzelowo-płucną/przewlekłą chorobę płuc⁷, małą urodzeniową masę ciała (poniżej 2500 g), hiperbilirubinemię, punktację w skali Apgar poniżej 6 punktów w 5 minucie życia, nieprawidłowe napięcie mięśniowe, wadliwe odruchy ustno-twarzowe, zaburzenia wzroku, zaburzenia słuchu [Gacka, 2017].

Ryzyko nieprawidłowego rozwoju ruchowego u wcześniaków z wylewami III stopnia bywa określane na 13–45% (średnio 26%), w przypadku krwawień IV stopnia wynosi ono 29–76% (średnio 53%) [Jeziorek, Stawicka, Szymańska, 2021, s. 99]. U około 25% pełnosprawnych dzieci, które przeszły IVH, rozwijają się zaburzenia zachowania i problemy w zakresie funkcji wykonawczych. W okresie dzieciństwa i dojrzewania często pojawiają się objawy zaburzeń neuropsychiatrycznych, takich jak: zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD), depresja, zaburzenia obsesyjno-kompulsywne [Ballabh, de Vries, 2021].

Podstawy metodologiczne postępowania badawczego

W polskojęzycznej literaturze przedmiotu brak opracowań dotyczących nabywania mowy i jej zaburzeń u wcześniaków, u których wystąpiły krwotoki okołodokomorowe. Celem podjętych badań była analiza rozwoju mowy dzieci wcześniaczych z tego typu krwawieniami (wstępne rozpoznanie problemu oraz weryfikacja procedury badawczej dla zaplanowania pogłębionej wersji badań). Grupę badaną (GB) stanowiło 37 dzieci z porodów przedwczesnych, w wieku pięciu i sześciu lat ($N = 37$). Kryteriami doboru do grupy badanej były:

- 1) fakt wcześniactwa;
- 2) potwierdzona w dokumentacji medycznej obecność krwawień okołodokomorowych.

⁷ Dysplazja oskrzelowo płucna (*bronchopulmonary dysplasia* – BPD), nazywana także przewlekłą chorobą płuc, objawia się różnie nasiloną niewydolnością oddechową, wymagającą długotrwałej tlenoterapii i „[...] niejednokrotnie przedłużonej wielomiesięcznej wentylacji mechanicznej” [Kwinta i in., 2016, s. 22].

Badania miały odpowiedzieć na pytania:

1. Jaka jest skala zaburzeń w rozwoju mowy u badanych wcześniaków z krwawieniami okołodokomorowymi?
2. Jakie nieprawidłowości w zakresie mowy występują u badanych dzieci z krwawieniami okołodokomorowymi?
3. Które z nieprawidłowości można uznać za konsekwencje PVH/IVH?

Postępowanie badawcze obejmowało diagnozę logopedyczną dzieci z GB. W przypadku każdego pacjenta składały się na nią następujące elementy: badanie logopedyczne, wywiad z rodzicami dziecka, analiza dokumentacji specjalistycznej (w tym danych z kart leczenia szpitalnego, wyników badania USG czaszki, danych z książeczek zdrowia dziecka, ewentualnej opinii psychologicznej, danych z przebiegu dotychczasowej terapii logopedycznej⁸). Badanie logopedyczne obejmowało ocenę kompetencji i sprawności językowych oraz komunikacyjnych, a także ocenę budowy i sprawności artykulatorów, funkcji prymarnych mowy, kinestezji artykulacyjnej, pamięci słuchowej, słuchu fonematycznego, tempa i płynności mówienia, głosu, ewentualnych parafunkcji. Udział w badaniu był dobrowolny. Odbywało się ono za zgodą i w obecności rodziców, którzy zostali poinformowani, że wyniki diagnozy logopedycznej zostaną wykorzystane wyłącznie do celów naukowych, z poszanowaniem zasad anonimowości.

Charakterystyka grupy badanej

Wśród dzieci z grupy badanej ($N = 37$) było 17 dziewcząt ($N = 17$) i 20 chłopców ($N = 20$) w wieku od 5 do 6 lat. Najmłodsze dziecko miało 5 lat i 2 miesiące, najstarsze 6 lat 9 miesięcy. W badaniu uczestniczyły dzieci urodzone pomiędzy 25. a 34. hbd. Najmniejsza urodzeniowa masa ciała wcześniaka wynosiła 620 g, a największa 2650 g. Średnia urodzeniowa masa ciała dziecka z GB to 1488 g. Aż 36 wcześniaków na 37 badanych to dzieci z małą urodzeniową masą ciała, czyli taką poniżej 2500 g.

W grupie 37 dzieci z potwierdzonymi badaniami USG krwawieniami okołodokomorowymi znalazło się:

- 1) 10 dzieci z I stopniem krwawienia;
- 2) 16 dzieci z II stopniem krwawienia;
- 3) 10 dzieci z III stopniem krwawienia;
- 4) 1 dziecko z IV stopniem krwawienia.

U czworga dzieci z GB zdiagnozowano zmiany leukomalacyjne, u sześciorga dzieci poszerzenie komór bocznych, z czego u trojga doprowadziło ono do wodogłowia pokrwotocznego, które wymagało chirurgicznego leczenia za pomocą zastawki. U pięciorga dzieci z GB lekarze rozpoznali padaczkę.

⁸ Jeżeli taka terapia była podjęta.

Analiza stanu mowy badanych dzieci

Wśród 37 dzieci z krwawieniami PVH/IVH zaburzenia w rozwoju mowy zdiagnozowano u 33 dzieci, co stanowi 89% wszystkich badanych. Tylko w przypadku czworga dzieci rozwój mowy był adekwatny do wieku (11% badanych). Normatywny rozwój mowy rozpoznano u 2 dzieci z krwawieniami I stopnia oraz u 2 dzieci z krwawieniami II stopnia. U tych wcześniaków nie stwierdzono nieprawidłowości, zarówno jeśli chodzi o poszczególne podsystemy języka, jak i o budowę i sprawność narządów artykulacyjnych oraz słuch fonematyczny. W wymowie dwojga badanych odnotowano tzw. dziecięce artykulacje⁹, uznając, że sposób wymowy dzieci (biorąc pod uwagę także ich wiek) wynika z braku dojrzałości w obrębie aparatu oddechowo-fonacyjno-artykulacyjnego, a nie jest wynikiem patologii¹⁰. Artykulację opisywanych wcześniaków potraktowano jako mieszczącą się w granicach szeroko pojętej normy.

W grupie dzieci z zaburzeniami mowy zdiagnozowano:

- 1) u 15 dzieci (41%) zaburzenia wymowy (dyslalię)¹¹ ($N = 15$);
- 2) u 18 dzieci (prawie 49%) inne poza dyslalią zaburzenia mowy ($N = 18$).

Uznano, że w podgrupie dzieci z dyslalią we wszystkich analizowanych przypadkach przyczyny wadliwej artykulacji miały charakter obwodowy (dyslalia obwodowa). Badane dzieci z zaburzeniami artykulacyjnymi były w normie intelektualnej, u żadnego nie zdiagnozowano niedosłuchu. Kontrolne badania neurologiczne potwierdziły brak trwałych uszkodzeń OUN (krwawienia uległy samoistnemu wchłonięciu), dlatego też uznano, że zaburzenia artykulacyjne nie są następstwem powstałych w okresie noworodkowym PHV/IVH. U jednego dziecka wadzie wymowy towarzyszyła rozwojowa nie płynność mówienia¹². Do przyczyn dyslalii u badanych wcześniaków zaliczono: skrócone (w różnym stopniu) wędzidełko języka, wady zgryzu, gotyckie podniebienie, obniżone napięcie mięśnia okrężnego ust, nieprawidłową

9 Według Barbary Ostapiuk „niedojrzałe dziecięce artykulacje samoistnie przeobrażają się – wraz z fizycznym i psychicznym rozwojem dziecka – w prawidłowe, dzięki jego własnej aktywności oraz naturalnym (nie specjalnym) wpływom mówiącego otoczenia” [Ostapiuk, 2002, s. 98].

10 W przypadku jednego dziecka głoska *r* była zastępowana głoską *l*. U drugiego dziecka odnotowano zaczynające pojawiać się w wypowiedziach głoski szeregu szumiącego (*sz, ż, cz, dż*), które niekonsekwentnie były zamieniane na głoski syczące (*s, z, c, dz*), oraz zamianę głoski *r* na głoskę *l*. Odnotowano normatywną wymowę głoski *r* w sąsiedztwie fonetycznym spółgłosek takich jak: *t, d, b, p*. Biorąc pod uwagę wiek dzieci (5 r.ż.) oraz brak czynników patogenicznie oddziałujących na proces kształtowania się artykulacji, stan wymowy tych wcześniaków należy uznać za normatywny.

11 W polskojęzycznej literaturze przedmiotu dyslalia jest definiowana jako wady wymowy pochodzenia obwodowego bądź jako zaburzenia wymowy spowodowane różnymi przyczynami.

12 Rozwojowej nie płynności mówienia (RNM) nie uznano za zaburzenie mowy, ale za zjawisko fizjologiczne, pojawiające się u części dzieci, które – podobnie jak dziecięce artykulacje – nie ma charakteru patologicznego. Jednocześnie uwzględniono fakt, że przy niewłaściwym oddziaływaniu środowiska rodzinnego RNM może przekształcić się w jąkanie wczesnodziecięce. Z tego względu rodzicom udzielono wskazówek dotyczących postępowania z dzieckiem, wspierania jego płynności mówienia, a sam proces rozwoju mowy, także w tym aspekcie, podlegał monitorowaniu.

spoczynkową pozycję warg, języka, żuchwy, infantylny sposób połykania, wadliwy tor oddychania. We wszystkich 15 przypadkach była to kompilacja wymienionych czynników.

Badania układu stomatognatycznego u wcześniaków wskazują, że wady zgryzu, a także podniebienia twardego występują u nich częściej w porównaniu z dziećmi urodzonymi o czasie [Objois, Gebeile-Chauty, 2019; Janiszewska-Olszowska, Jedliński, Mazur, 2022]. Wcześnieactwo jest istotnym czynnikiem ryzyka zgryzu krzyżowego bocznego (co ma związek z niedorozwojem szczęki). „Znacznie częściej u pacjentów urodzonych przedwcześnie występuje nie tylko zgryz krzyżowy [...], lecz także tyłozgryz [...] oraz zgryz głęboki [...]” [Janiszewska-Olszowska, Jedliński, Mazur, 2022, s. 436]. Dzieci wcześniacze częściej w porównaniu z rówieśnikami urodzonymi w terminie wymagają zatem leczenia ortodontycznego. W badanej grupie dzieci z dyslalią ($N = 15$) różnego rodzaju wady zgryzu rozpoznano u 9 wcześniaków (60%). W całej GB ($N = 37$) wady zgryzu wystąpiły u 23 dzieci, co stanowi 62%.

U dzieci urodzonych przedwcześnie nieprawidłowa budowa podniebienia twardego, tzw. gotyckie podniebienie, może być powikłaniem po długotrwałej intubacji lub stosowaniu zgłębnika ustno-żołądkowego (przy problemach z karmieniem). Może też być konsekwencją niewystarczającego czasu potrzebnego na prawidłowe ukształtowanie tego narządu, gdyż grzebienie podniebienne boczne ulegają zanikowi w trzecim trymestrze ciąży, a ich „fizjologiczny zanik przyczynia się do powstania płaskiego obrazu podniebienia [...]” [Amiel-Tison, 2008, s. 81]. W przypadku dwojga pacjentów z dyslalią gotyckie podniebienie prawdopodobnie jest skutkiem przedłużającej się intubacji. U jednego dziecka jest konsekwencją znacznie skróconego czasu życia płodowego i narodzin przed zakończeniem procesu formowania się płaskiego podniebienia (poród w 26. hbd). W grupie dzieci z „innymi zaburzeniami mowy” gotyckie podniebienie rozpoznano u 3 dzieci. Dwoje z nich urodziło się odpowiednio w 25. i 27. hbd, dodatkowo u jednego z wcześniaków odnotowano przedłużoną intubację i zastosowanie sondy ustno-żołądkowej. U trzeciego dziecka z podgrupy „inne zaburzenia mowy” za najbardziej prawdopodobną przyczynę powstania gotyckiego podniebienia należy uznać skrajne wcześniactwo (poród w 27. hbd) oraz stosowanie czasowego karmienia za pomocą sondy ustno-żołądkowej.

Wśród innych (poza dyslalią) nieprawidłowości w rozwoju mowy u badanych wcześniaków ($N = 18$) znalazły się:

- 1) w 10 przypadkach zaburzenia mowy towarzyszące niepełnosprawności intelektualnej (oligofazja) ($N = 10$);
- 2) w 4 przypadkach dyzartria i zaburzenia mowy związane z niepełnosprawnością intelektualną ($N = 4$);
- 3) w jednym przypadku zaburzenia mowy związane z niedosłuchem i oligofazją ($N = 1$);

- 4) w jednym przypadku dyzartria ($N = 1$);
- 5) w jednym przypadku dyzartria, zaburzenia rozwoju mowy związane z niepełnosprawnością intelektualną i niedosłuchem ($N = 1$);
- 6) w jednym przypadku rozwojowe zaburzenia języka¹³ (*Developmental Language Disorder – DLD*) ($N = 1$).

U badanych wcześniaków z oligofazją ($N = 16$) stopień niepełnosprawności intelektualnej był zróżnicowany od lekkiego do znacznego (w 10 przypadkach lekki, w 5 umiarkowany, w jednym znaczny). We wszystkich sześciu przypadkach dyzartria powstała na tle mózgowego porażenia dziecięcego. U obydwójga dzieci z zaburzeniami słuchu stwierdzono niedosłuch odbiorczy umiarkowanego stopnia. U dzieci z oligofazją nieprawidłowości dotyczyły wszystkich podsystemów języka, obejmowały także czynności prymarne mowy, budowę i sprawność narządów artykulacyjnych, słuch fonematyczny, kinestezję artykulacyjną, pamięć słuchową. W przypadkach dyzartrii nieprawidłowości dotyczyły funkcji: pokarmowej, oddechowej, fonacyjnej, artykulacyjnej, a także budowy i sprawności artykulatorów. U dzieci z zaburzeniami słuchu nieprawidłowości manifestowały się we wszystkich podsystemach języka, ponadto obecne były dysfunkcje w zakresie głosu, oddechu, prozodii. Również w przypadku dziecka z DLD nieprawidłowości dotyczyły wszystkich podsystemów języka, a także pamięci słuchowej, słuchu fonematycznego, kinestezji artykulacyjnej. Zbiorcze zestawienie danych o rozwoju mowy dzieci z GB zawarto w tabeli 1.

Tabela 1. Rozwój mowy dzieci wcześniaczych z PVH/IVH

Przebieg rozwoju mowy		Badane dzieci z PVH/IVH				Razem ($N = 37$)
		I stopień ($N = 10$)	II stopień ($N = 16$)	III stopień ($N = 10$)	IV stopień ($N = 1$)	
Normatywny	Brak zaburzeń mowy	2	2	0	0	$N = 4$
Nienormatywny	Dyslalia	6	8	1	0	$N = 15$
	Inne (poza dyslalią) zaburzenia mowy	2	6	9	1	$N = 18$

Źródło: opracowanie własne.

Wśród dzieci z krwawieniami okołodokomorowymi I stopnia ($N = 10$) u dwojga rozwój mowy był prawidłowy, adekwatny do wieku. Nieprawidłowości w nabywaniu mowy odnotowano u 8 dzieci, z czego w 6 przypadkach wystąpiła dyslalia (u jednego dziecka z dyslalią współwystępowała także RNM). Poza tym u dwojga dzieci rozpoznano inne poza dyslalią zaburzenia mowy, z czego w jednym przypadku rozwojowe zaburzenia języka (DLD) i w jednym przypadku oligofazję.

13 U tego dziecka wykluczono niepełnosprawność intelektualną, niedosłuch, organiczne uszkodzenie OUN (krwawienie I stopnia wchłonęło się), dlatego też wstępna diagnoza to DLD, a obserwacja postępów terapii pozwoli na ostateczne potwierdzenie rozpoznania.

Jeżeli chodzi o dzieci z krwawieniami II stopnia ($N = 16$), brak zaburzeń mowy także potwierdzono u 2 dzieci. U 14 pacjentów odnotowano nieprawidłowości w rozwoju mowy, z czego u 8 dzieci w postaci dyslalii, a u 6 w postaci innych poza dyslalią zaburzeń mowy. Wśród „innych zaburzeń mowy” u 4 wcześniaków zdiagnozowano oligofazję, u jednego dziecka oligofazję sprzężoną z niedosłuchem (łącznie 5 przypadków oligofazji u dzieci z II stopniem wylewów) oraz u jednego dziecka z prawidłowym ilorazem inteligencji dyzartrię. Odnotowane w tej grupie przypadki niepełnosprawności intelektualnej, niedosłuchu, MPD (w sumie u 6 dzieci) przeczą tezie o braku poważniejszych konsekwencji neurorozwojowych u dzieci wcześniaczych z II stopniem wylewów, o czym pisano we wcześniejszej części artykułu. Niewątpliwie trzeba jednak pamiętać, że wymienione patologie rozwojowe (skutkujące nieprawidłowościami w nabywaniu mowy) mogą być powodowane także przez inne niż PVH/IVH czynniki, na które narażone są wcześniaki. I tak na przykład leukomalacja okołodokomorowa jest wymieniana wśród przyczyn MPD, zaburzeń intelektualnych, niedowidzenia [Helwich, 2002, 2012; Świetliński, 2017]. Hiperbilirubinemia (patologiczna żółtaczka) może uszkadzać OUN, prowadząc także do mózgowego porażenia dziecięcego, głuchoty, opóźnień rozwoju psychoruchowego, padaczki [Wojsyk-Banaszak, Szczapa, 2015; Świetliński, 2016]. Ryzyko powstania opóźnienia rozwoju psychoruchowego/niepełnosprawności intelektualnej, MPD czy głuchoty zwiększa encefalopatia niedotlenieniowo-niedokrwienna, a także infekcja wewnątrzmaciczna¹⁴ [Bielecka-Cymerman, 2003; Drews, Pieńkowski, 2016; Kalinka, b.r.]. Szacuje się, że zakażenia wewnątrzmaciczne odpowiadają za prawie 40% wczesnych uszkodzeń mózgu [Helwich, 2022]. Większe prawdopodobieństwo zaburzeń neurorozwojowych odnotowuje się również w grupie dzieci z dysplazją oskrzelowo-płucną/przewlekłą chorobą płuc [Kwinta i in., 2009; Świetliński, 2017]. Wyjaśniając przypadki niepełnosprawności intelektualnej i mózgowego porażenia dziecięcego wśród dzieci z II stopniem wylewów, trzeba zatem brać pod uwagę wieloczynnikowe uwarunkowania tych zaburzeń.

W podgrupie dzieci z krwawieniami III stopnia ($N = 10$) u żadnego z pacjentów rozwój mowy nie przebiegał w sposób normatywny. U jednego dziecka stwierdzono dyslalię, w 9 przypadkach rozpoznano inne zaburzenia mowy w postaci: oligofazji, którą zdiagnozowano u 5 wcześniaków, oraz dyzartrii sprzężonej z oligofazją u 4 dzieci. U jednego dziecka z krwawieniami IV stopnia zdiagnozowano oligofazję towarzyszącą dyzartrii i niedosłuchowi.

¹⁴ Infekcje wewnątrzmaciczne wymieniane są wśród przyczyn przedwczesnych porodów [Drews, Pieńkowski, 2016].

Podsumowanie i wnioski

Prezentowane badania miały charakter pilotażowy. Należy je traktować jako wstęp do dalszego postępowania badawczego. Ich celem było rozpoznanie częstości i rodzaju zaburzeń rozwoju mowy u dzieci z PVH/IVH, przetestowanie zastosowanej procedury badawczej, a także zwrócenie uwagi na zagadnienia związane z nabywaniem mowy przez dzieci wcześniacze z wylewami okołodokomorowymi, gdyż – jak już wspomniano – w polskojęzycznej literaturze przedmiotu brak tego typu opracowań. Informacje na temat zaburzeń w rozwoju mowy u wcześniaków z wylewami okołodokomorowymi pochodzą ze źródeł zagranicznych. Przeprowadzone badania własne można podsumować w postaci następujących wniosków:

U 89% badanych dzieci z krwawieniami okołodokomorowymi ($N = 33$) wystąpiły nieprawidłowości w rozwoju mowy. Stan mowy adekwatny do wieku rozpoznano u czworga dzieci z PVH/IVH (11% badanych).

Wśród nieprawidłowości w rozwoju mowy zdiagnozowano: w 16 przypadkach (43% GB) oligofazję (w tym u 4 dzieci oligofazji towarzyszyła dyzartria, u jednego dziecka niedosłuch, u jednego dziecka zarówno dyzartria, jak i niedosłuch), w 15 przypadkach (41% GB) dyslalię. Poza tym rozpoznano jeden przypadek (2,5% GB) dyzartrii u wcześniaka z prawidłowym rozwojem intelektualnym oraz jeden przypadek (2,5% GB) rozwojowych zaburzeń języka (DLD).

We wszystkich analizowanych przypadkach dyslalii ($N = 15$) zaburzenia artykulacyjne spowodowane były przyczynami o charakterze obwodowym. Badania neurologiczne nie wykazały bowiem trwałych uszkodzeń OUN u dzieci. W omawianej grupie wcześniaków nie stwierdzono niepełnosprawności intelektualnej ani zaburzeń słuchu. Żadnego przypadku dyslalii u badanych wcześniaków nie można zatem rozpatrywać jako konsekwencji krwawień okołodokomorowych.

Za najczęstszą przyczynę zaburzeń rozwoju mowy u badanych wcześniaków z PVH/IVH należy uznać niepełnosprawność intelektualną, która wystąpiła u 16 dzieci (43% badanych), z czego u jednego pacjenta z I stopniem, u 5 pacjentów z II stopniem, u 9 pacjentów z III stopniem oraz u jedyne go pacjenta z IV stopniem wylewów. Niepełnosprawność intelektualną wymienia się wśród poważnych konsekwencji krwawień okołodokomorowych, zwłaszcza tych III i IV stopnia [Hnatyszyn, 2015; Ballabh, de Vries, 2021; Amaral i in., 2022]. Krwawienia okołodokomorowe często współwystępują z innymi nieprawidłowościami, np. zmianami leukomalacyjnymi, co zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia zaburzeń rozwoju.

U 6 dzieci z PVH/IVH (16% badanych) zdiagnozowano mózgowie porażenie dziecięce, będące przyczyną dyzartrii (zaburzenia oddechowo-fonacyjnych o-artykulacyjno-prozodycznych). Częstość występowania MPD w analizowanej grupie dzieci z porodów przedwczesnych jest zbieżna z danymi z literatury przedmiotu. Badania Praveena Ballabha i Lindy S. de Vries [2021] potwierdziły, że u około 15%

wszystkich wcześniaków, które przeżyły IVH, w wieku 18–24 miesięcy rozwinęło się mózgowo porażenie dziecięce.

Uzyskane wyniki pozwalają jedynie na bardzo ostrożne wnioski dotyczące zróżnicowania typu zaburzeń mowy w zależności od intensywności krwawienia. Biorąc pod uwagę niewielką liczbę dzieci z III oraz IV stopniem wylewów (łącznie 11 dzieci)¹⁵, trudno o uogólnienia. Na 11 dzieci z tymi stopniami krwotoków oligofazja wystąpiła u dziesięciorga, z czego u pięciorga ($N = 5$) w izolowanej postaci, u czworga dzieci ($N = 4$) w sprzężeniu z dyszartrią, w jednym przypadku w sprzężeniu z dyszartrią oraz niedosłuchem. W związku z tym można jedynie wstępnie założyć, że najczęstszym zaburzeniem rozwoju mowy wśród dzieci z krwawieniami III oraz IV stopnia jest oligofazja. To hipoteza, którą należy zweryfikować w toku dalszych badań, obejmujących większą liczbę wcześniaków. W podgrupach dzieci z I i II stopniem wylewów (łącznie 26 dzieci) najczęstszym zaburzeniem rozwoju mowy była dyslalia, która wystąpiła u 14 badanych, co stanowi prawie 54% dzieci. Łącznie w podgrupie dzieci z III oraz IV stopniem wylewów dyslalia wystąpiła tylko w jednym przypadku.

Badania wymagają kontynuacji. Jak zauważono, konieczne jest włączenie do GB większej liczby dzieci z poszczególnymi stopniami wylewów (zwłaszcza wcześniaków z krwawieniami III i IV stopnia). Postępowanie badawcze obejmujące większą grupę dzieci (ze zrównoważonymi liczebnie podgrupami z I, II, III, IV stopniem krwotoków) umożliwi porównanie częstości występowania zaburzeń mowy danego typu w zależności od nasilenia krwawień oraz ustalenie, czy te różnice są istotne statystycznie. Ponieważ w GB znalazło się tylko jedno dziecko z krwawieniami IV stopnia, zaburzenia rozwoju mowy występujące u tego wcześniaka można traktować jedynie jako studium przypadku. Realizując rozszerzony etap badań, warto także poddać kontroli inne zmienne niezależne (poza PVH/IVH), takie jak: leukomalacja okołodokomorowa, dysplazja oskrzelowo-płucna, hiperbilirubinemia, infekcja wewnątrzmaciczna, które mogą mieć wpływ na nabywanie mowy przez dzieci z porodów przedwczesnych, gdyż zwiększają prawdopodobieństwo zaburzeń neurorozwojowych.

Ocena nieprawidłowości w rozwoju mowy u dzieci z PVH/IVH nie jest rzeczą prostą. Trudności wynikają z faktu, że na powstanie zaburzeń w kształtowaniu się mowy mogą mieć wpływ inne poza wylewami okołodokomorowymi czynniki, które dodatkowo wzajemnie na siebie oddziałują. Nie oznacza to jednak, że takich prób nie należy podejmować. Poznanie patomechanizmu zaburzeń mowy i ustalenie istotnych czynników ryzyka pozwala bowiem na monitorowanie rozwoju mowy dzieci szczególnie zagrożonych oraz wczesne wdrożenie oddziaływań terapeutycznych.

15 Przy tych wartościach liczbowych zrezygnowano z podania wielkości wyrażonych w procentach.

Literatura

- Amaral J., Peixoto S., Faria D., Resende C., Taborda A., 2021, *Survival and neurodevelopmental outcomes of premature infants with severe per-intraventricular hemorrhage at 24 months of age*, „Acta Medica Portuguesa”, vol. 35(1), s. 42–50.
- Amiel-Tison C., 2008, *Neurologia perinatalna*, Wrocław: Wydawnictwo Elsevier Urban & Partner.
- Ballabh P., Vries L.S. de, 2021, *White matter injury in infants with intraventricular haemorrhage: mechanisms and therapies*, „Nature Reviews Neurology”, vol. 17(4), s. 199–214.
- Bielecka-Cymerman J., 2003, *Zaburzenia neurorozwojowe u dzieci urodzonych przedwcześnie*, [w:] M.K. Kornacka (red.), *Noworodek przedwcześnie urodzony – pierwsze lata życia*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, s. 42–54.
- Drews K., Pieńkowski W., 2016, *Zakażenia wewnątrzrodniowe – nadal więcej pytań niż odpowiedzi*, „Ginekologia i Perinatologia Praktyczna”, t. 1, nr 1, s. 141–151.
- Gacka E., 2017, *Czynniki ryzyka wystąpienia nieprawidłowości w kształtowaniu się mowy u dzieci urodzonych przed terminem (wcześnieaków) w świetle założeń profilaktyki logopedycznej*, [w:] D. Pluta-Wojciechowska, B. Sambor (red.), *Współczesne tendencje w diagnostyce i terapii logopedycznej*, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia Universalis, s. 191–202.
- Helwich E., 2002, *Przyczyny porodów przedwczesnych i podstawowe czynniki ryzyka wynikające z wcześniactwa*, [w:] E. Helwich (red.), *Wcześnieak*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, s. 11–20.
- Helwich E., 2003, *Ewolucja najczęstszych uszkodzeń mózgu*, [w:] M.K. Kornacka (red.), *Noworodek przedwcześnie urodzony – pierwsze lata życia*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, s. 33–41.
- Helwich E., 2012, *Noworodek urodzony przedwcześnie z uszkodzeniem mózgu. Problemy okresu niemowlęcego i wczesnego dzieciństwa*, „Pediatria po Dyplomie”, nr 6(4), s. 10–16.
- Helwich E., 2022, *Organizacja opieki nad noworodkiem w Polsce*, [w:] A. Kordek (red.), *Dziecko przedwcześnie urodzone. Pierwsze lata życia*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, s. 1–19.
- Hnatyszyn G., 2015, *Choroby ośrodkowego układu nerwowego*, [w:] J. Szczapa (red.), *Neonatologia*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, s. 263–294.
- Janiszewska-Olszowska J., Jedliński M., Mazur M., 2022, *Problemy związane z jamą ustną i zgryzem u dzieci urodzonych przedwcześnie*, [w:] A. Kordek (red.), *Dziecko przedwcześnie urodzone. Pierwsze lata życia*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, s. 435–446.
- Jeziorek A., Stawicka E., Szymańska K., 2022, *Problemy neurologiczne u dziecka urodzonego przedwcześnie*, [w:] A. Kordek (red.), *Dziecko przedwcześnie urodzone. Pierwsze lata życia*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, s. 69–133.
- Kalinka J., *Zakażenia wewnątrzmaciczne jako czynnik ryzyka porodu przedwczesnego*, <https://jka.linka.pl/zakazenia-wewnatrzmaciczne-jako-czynnik-ryzyka-porodu-przedwczesnego/> (dostęp: 1.03.2025).
- Kornacka M.K., 2003, *Opieka specjalistyczna nad dzieckiem urodzonym przedwcześnie*, [w:] E. Helwich (red.), *Wcześnieak*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, s. 7–20.
- Kuławowska Z., 2002, *Wczesne uszkodzenie mózgu*, [w:] E. Helwich (red.), *Wcześnieak*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, s. 126–143.
- Kwinta P., Tomasiak T., Klimek M., Cichoń-Jarosz E., Lis G., Pietrzyk J.J., 2009, *Ocena stanu zdrowia w wieku 5–7 lat dzieci z dysplazją oskrzelowo-płucną*, „Przegląd Lekarski”, t. 66, nr 1/2, s. 21–26.
- Objois C., Gebeile-Chauty S., 2019, *Is premature birth an orthodontic risk factor? A controlled epidemiological clinical study*, „International Orthodontics”, vol. 17(3), s. 544–553.

- Ostapiuk B., 2002, *Dziecięca artykulacja czy wada wymowy – między fizjologią a patologią*, „Logopedia”, t. 31, s. 95–156.
- Patra K., Wilson-Costello D., Taylor H.G., Mercuri-Minich N., Hack M., 2006, *Grades I-II intraventricular hemorrhage in extremely low birth weight infants: effects on neurodevelopment*, „Journal of Pediatrics”, vol. 149(2), s. 169–173.
- Świetliński J., 2016, *Noworodek urodzony przedwcześnie – wcześniak*, [w:] J. Świetliński (red.), *Neonatologia i opieka nad noworodkiem*, t. 1, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, s. 144–150.
- Świetliński J., 2017, *Zaburzenia neurologiczne*, [w:] J. Świetliński (red.), *Neonatologia i opieka nad noworodkiem*, t. 2, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, s. 269–311.
- Tseng W.L., Chen Ch.H., Chang J.H., Peng Ch.Ch., Jim W.T., Lin Ch.Y., Hsu Ch.H., Liu T.Y., Hung-Yang Chang H.Y., 2023, *Risk Factors of Language Delay at Two Years of Corrected Age among Very-Low-Birth-Weight Preterm Infants: A Population-Based Study*, „Children”, vol. 10(2), 189, <https://doi.org/10.3390/children10020189>
- Wang Y., Song J., Zhang X., Kang W., Li W., Yue Y., Zhang S., Xu F., Wong X., Zhi Ch., 2022, *The Impact of Different Degrees of Intraventricular Hemorrhage on Mortality and Neurological Outcomes in Very Preterm Infants: A Prospective Cohort Study*, „Frontiers in Neurology”, vol. 13, 853417, <https://doi.org/10.3389/fneur.2022.853417>
- Wojsyk-Banaszak I., Szczapa J., 2015, *Zółtaczka*, [w:] J. Szczapa (red.), *Neonatologia*, Warszawa: Wydawnictwo Literackie PZWL, s. 237–261.

Renata Gliwa-Patyńska  <https://orcid.org/0000-0003-2231-9197>

Uniwersytet Łódzki, Wydział Filologiczny, Instytut Filologii Polskiej i Logopedii, Zakład Dialektologii Polskiej i Logopedii,
ul. Pomorska 171/173, 90-236 Łódź, e-mail: renata.gliwa@uni.lodz.pl

Multimodal Voice Rehabilitation in Paralytic Dysphonia. A Case Study

Wielomodalna rehabilitacja głosu w dysfonii porażennej.
Studium przypadku

Keywords: paralytic dysphonia, paresis of the vocal fold, voice rehabilitation, thyroidectomy

Słowa kluczowe: dysfonia porażenna, porażenie fałdu głosowego, rehabilitacja głosu, tyreoidektomia

Abstract

The article presents a case study of a 56-year-old patient with paralytic dysphonia. Based on medical records and a speech therapy assessment, a voice rehabilitation programme was developed and implemented. The aim of the therapy was to restore proper laryngeal function lost as a result of left vocal fold paralysis. A multimodal therapeutic approach was applied, including techniques to stimulate glottal closure, breathing exercises, articulatory motor training, body awareness exercises, education on vocal hygiene and voice production, as well as scar therapy. After a four-month therapy period, reassessment confirmed improvement in all laryngeal functions, full recovery of mobility of the paralyzed vocal fold, reduction of hyperfunctional behaviors, enhanced well-being, and the patient's ability to return to professional activity.

Streszczenie

Artykuł przedstawia studium przypadku 56-letniego pacjenta z dysfonią porażenną. Na podstawie dokumentacji medycznej oraz diagnozy logopedycznej opracowano i wdrożono program rehabilitacji głosu. Celem terapii było przywrócenie prawidłowej funkcji krtani, utraconej

Funding information: No external funding.

Declaration regarding the use of GAI tools: Not used.

Conflicts of interests: The author is the Editor-in-Chief of this journal but was not involved in the peer-review process of this manuscript.

Ethical considerations: The Author assures of no violations of publication ethics and takes full responsibility for the content of the publication.

Received: 2025.04.01. Accepted: 2025.09.23.



© by the Author, licensee Łódź University – Łódź University Press, Łódź, Poland. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution License CC-BY-NC-ND 4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

wskutek porażenia lewego fałdu głosowego. Zastosowano wielomodalne podejście terapeutyczne, obejmujące techniki stymulujące zwarcie fonacyjne, ćwiczenia oddechowe, trening motoryki narządów artykulacyjnych, ćwiczenia świadomości ciała, edukację w zakresie higieny i emisji głosu oraz terapię blizny. Po czteromiesięcznej terapii rediagnoza potwierdziła poprawę we wszystkich funkcjach krtani, w tym pełne odzyskanie ruchomości porażonego fałdu głosowego, redukcję zachowań hiperfunkcjonalnych, poprawę stanu psychosomatycznego pacjenta oraz możliwość powrotu do pracy zawodowej.

Introduction

Paralytic dysphonia is an organic voice disorder resulting from damage to the vagus nerve or its branches, along the pathway from the cerebral cortex to the neuromuscular junctions. There are four kinds of paralysis and paresis, depending on the anatomical location of the damaging factor: central, mixed, spastic, and flaccid types [cf. Pruszewicz, Obrębowski, 2019; Kasperczyk, Markowski, 2024].

Central paralysis accounts for approximately 10% of cases and is usually the result of strokes, inflammatory processes or brain stem tumors [cf. Maniecka-Aleksandrowicz, Domeracka-Kołodziej, 2007; Wiskirska-Woźnica, Domeracka-Kołodziej, 2015]. Far more common are peripheral pathologies caused predominantly by injuries following surgical procedures (especially thyroidectomy), with idiopathic cases being less frequent [cf. Wiskirska-Woźnica, Domeracka-Kołodziej, 2015; Kasperczyk, Markowski, 2024]¹.

The functions of the larynx – namely phonatory closure, respiratory opening, positioning and tension of the vocal folds – depend on the location and type of damage. The clinical picture may change as a result of secondary processes such as atrophy, fibrosis, scarring, or synkinetic reinnervation, all of which significantly affect the healing process [Ivey, 2019; Czesak, Osuch-Wójcikiewicz, Niemczyk, 2020]. The pathogenesis of the vagus nerve damage may include neuropraxia, or temporary conduction disorder (e.g. due to compression), axonotmesis, or damage to axons with preserved nerve continuity, and neurotmesis, or complete disruption of continuity [cf. Pruszewicz, Obrębowski, 2019].

In the treatment of peripheral dysphonia, it is crucial to initiate conservative therapy as early as possible to prevent secondary changes in the vocal muscles. Pharmacotherapy, voice therapy, physiotherapy and sometimes electrostimulation are used to stimulate conduction in damaged fibers at the stage of neuropraxia or partial axonotmesis [cf. Zehnhoff-Dinnesen et al., 2019; Kasperczyk, Markowski, 2024]. In the absence of results, surgical interventions are considered [Maniecka-Aleksandrowicz, Domeracka-Kołodziej, 2007; Laccourreye et al., 2021]. Importance is attached to reinnervation methods [cf. Lee et al., 2007; Dzodic et al., 2016] and the use of a laryngeal pacemaker (LP) [cf. Mueller et al., 2016].

1 More information on the causes of intracranial and extracranial damage can be found in publications by Barbara Maniecka-Aleksandrowicz and Anna Domeracka-Kołodziej [2007] or Katarzyna Kasperczyk and Jarosław Markowski [2024].

Methodology of the study

The subject of the study was the functions of the larynx in a patient with left-sided vocal fold paresis. A clinical-experimental approach was used to establish a speech therapy diagnosis and plan a therapeutic program based on the multimodal therapy model developed by Renata Gliwa-Patyńska [2024], which is aimed at achieving optimal laryngeal function parameters. The effectiveness of the interventions was assessed comparatively on the basis of the results of preliminary and final tests conducted after sixteen therapeutic sessions and regular independent home exercises performed by the patient according to instructions (3–4 times a day for approx. 10 minutes), covering a period of four months.

The following research question was posed: to what extent does the use of a multimodal speech therapy approach, involving diverse and individually tailored techniques, improve the laryngeal function in patients with left vocal fold damage, with particular emphasis on phonation and respiratory-phonatory coordination?

Diagnostic procedure

The diagnostic process involved an analysis of treatment documentation (results of phoniatric and laryngological examinations and videolaryngostroboscopy), observation and a speech therapy interview, the Vocal Tract Discomfort (VTD) scale, the Voice Handicap Index (VHI), the GRBAS scale, the original card for palpation assessment of the larynx², neck, shoulder girdle and the temporomandibular joint [Mierzwińska-Nastalska, 2016; Gorzechowski, 2024]; diaphragm examination, voice examination card with linguistic material [cf. Kowalewska, Walencik-Topiłko, 2015]; as well as measurements of the S/Z ratio and maximum phonation time (MPT).

Therapeutic programme objectives

The therapeutic programme was focused on:

1. Learning and applying the principles of correct voice production and hygiene.
2. Developing the ability to recognise abnormal vocal habits and muscle imbalances in the facial skeleton, shoulder girdle, chest, diaphragm and the entire body; mastering techniques for regulating muscle tension (self-massage, massage, relaxation exercises).
3. Developing and consolidating correct breathing patterns.

² Some of the tests were taken from the Laryngeal Manual Therapy Palpatory Evaluation Scale (LMTPE) [cf. Woźnicka et al., 2017, pp. 349–359].

4. Restoring the function of the left vocal fold by using methods that promote nerve regeneration.
5. Improving coordination between breathing, phonation, articulation and resonance.
6. Automating the skills acquired.

Patient description

The patient, a 56-year-old male, a doctor and an academic teacher, was referred to a speech therapy clinic with a diagnosis of left-sided vocal fold paralysis and paralytic dysphonia following a thyroidectomy. The first speech therapy consultation took place six weeks after the operation.

Phoniatic and laryngological examination

The patient's general condition was assessed as good. His vital parameters were normal, and body structure was correct. His mental state was described as poor. Audiometry results were within the normal range for his age. The otolaryngological examination revealed no nasal obstruction or changes in the oral cavity. The back of his throat was pale, and the palatine tonsils appeared normal. A phoniatic examination and videolaryngostroboscopy revealed normal laryngeal structure and no changes in the epiglottis. The left vocal fold remained immobile in the medial position; the left arytenoid had limited mobility and was tilted forward. The right vocal fold was smooth, tense, mobile, with preserved mucosal wave. Phonatory insufficiency was observed along the entire length of the vocal folds with a respiratory-efficient glottic opening. No abnormalities were observed in the vestibular folds, arytenoid structures, arytenoid fossae, pyriform sinuses or subglottic region. The laryngeal mucosa showed some signs of drying and visible vascular pattern. The voice was described as dull, voiceless, hoarse, quiet, strained, periodically diplophonic, fading and unable to modulate intensity.

The patient was prescribed pharmacotherapy (20 injection of Nivalin, Larimax T on the back of the throat three times per day) and voice rehabilitation.

Speech therapy interview and examination

The speech therapy interview provided detailed information about the patient's condition before and after the operation as well as his lifestyle. According to the patient, prior to the thyroid resection surgery his voice was normal. It was only after the surgery that he experienced severe difficulties with phonation, increased fatigue during physical exertion, the sensation of shortness of breath when speaking, and a significant shortening of the phonation phase. The interview excluded any significant chronic diseases or previous surgical procedures. The patient had not suffered

any injuries to the neck, head, spine or abdomen. He assessed his physical condition as average. He emphasised that he paid attention to healthy eating yet the nature of his work involved numerous stressful situations and physical strain. He reported chronic fatigue and awareness of ingrained poor posture habits.

The patient does not smoke and only occasionally drinks alcohol and coffee. He strives to drink an adequate amount of water although he admits that this can be challenging during periods of intense work. He describes his sleep as insufficient, with a tendency to reduce the amount of night-time rest. In terms of previous voice complaints, he has not reported episodes of hoarseness or loss of voice nor has he suffered from recurrent throat or larynx infections. The patient's voice environment is demanding, which involves prolonged and intensive use of the voice, often under conditions of stress and fatigue.

The patient has some rudimentary knowledge of how the vocal organ functions but never paid attention to conscious voice work or voice hygiene principles. However, he emphasised his motivation to undergo therapy and his expectation of regaining vocal fitness that would enable him to fully perform his professional duties.

Posture and muscular system

During the interview, the patient confirmed having deformities in the cervical and lumbar spine. The assessment of his posture revealed a closed chest, a head protruding forward, shoulders shifted forward, and a slight shift in the body's centre of gravity. There were significant limitations in head rotation relative to the shoulder line: rotation in both directions was half the norm, lateral movements and forward bending were limited, and backward bending was further inhibited by the post-thyroidectomy scar.

A palpation examination of the larynx revealed a forward displacement of the voice box associated with deformation of the cervical section, with a generally proportional structure. There was tenderness in the soft tissues of the neck, especially around the scar. On the LMTPE scale, the patient scored 11 points. The space between the arytenoid and cricoid cartilages was inflexible and inactive during phonation. The examination showed excessive tension of the suprahyoid, sternocleidomastoid and anterior oblique muscles as well as compensatory elevation of the larynx, leading to weakening of neck extensors. The trapezius muscles, suboccipital muscles, erector spinae (cervical section) and levator scapulae muscles were stiff and inflexible.

No static anomalies were observed in the temporomandibular joint yet the dynamic examination revealed that mandibular opening was restricted and masticatory muscle tension was increased [cf. Gorzechowski, 2022]. The muscles of the tongue were characterised by increased tension and reduced elasticity, which could induce compensatory tension in the suprahyoid muscles and obstruct proper resonance. An approximate assessment of the soft palate revealed no significant abnormalities: reflexes were normal and the palatal arches were symmetrical at rest and

during phonation. However, excessive tension at the root of the tongue restricted the mobility of the soft palate, indirectly inducing compensatory tension in the palatal and pharyngeal muscles, which could lead to resonance disorders. The facial muscles, particularly in the lower and middle parts of the face, showed limited mobility in most motor tests [cf. Jauer-Niworowska, 2009].

Breathing and phonation mechanisms

The patient used incorrect peak breathing with clear activation of additional respiratory muscles. On palpation, the diaphragm was tense and tender, but symmetrical. Breathing at rest was mainly oral-pharyngeal while dynamic breathing was audible and preceded by a deep inhalation, which led to excessive tension and disorders of the suprasegmental plane of speech.

Voice assessment: survey and questionnaire results

Voice examination revealed severe symptoms of paralytic dysphonia. During phonation, excessive neck muscle tension and vasodilation were observed. The patient's voice was dull, quiet, voiceless, strained, lacking modulation, with a tendency to fade during stress tests.

On the GRBAS scale, the subject scored G2 (voice significantly distorted, with forced phonation being possible); R2 (presence of hoarseness and irregular vibrations); B2 (moderate voice breathiness resulting from the central position of the left vocal fold and glottal insufficiency); A1 (weak tense voice); S3 (strained phonation, constricted voice, with episodes of loss of voice).

The maximum phonation time was 3 seconds. In the S/Z ratio test, the voice faded after approximately 3 seconds.

In the VHI questionnaire, the patient obtained 22 points (functional condition), 30 points (emotional condition) and 33 points (physical condition). Overall, these results are indicative of a significant voice impairment. On the VTD scale, the subject reported tension, pain, dryness, scratching and a feeling of a 'lump in the throat', which gives 41 points (20 – severity, 21 – frequency).

Respiratory and phonatory disorders resulted in abnormal respiratory-phonatory-articulatory coordination.

The psychosocial aspect

In addition to the aforementioned somatic disorders, paralytic dysphonia resulted in serious psychosocial consequences. The patient was excluded from professional work, which led to the development of psychogenic disorders and almost complete withdrawal from social life.

Speech therapy

Vocal fold paresis impairs the laryngeal function, therefore the aim of the therapy was to restore its efficiency. The programme provided for two variants of phonation recovery: satisfactory (compensation of the healthy fold) and optimal (full mobility of the paralysed fold with normal vibration amplitude) [cf. Gliwa-Patyńska, 2024].

The therapy was conducted in accordance with the multimodal model described by Renata Gliwa-Patyńska [2024], taking into consideration the patient's individual needs. It involved stimulating the paralysed fold, supporting compensation of the healthy side, improving respiratory-phonatory-articulation coordination and the work of the resonators [cf. Schindler et al., 2012; Verdolini et al., 2014; Krasnodębska et al., 2018; Śliwińska-Kowalska et al., 2018; Gliwa-Patyńska, 2024].

The programme comprised the following modules:

- I. Learning and applying the principles of correct voice production and hygiene: discussion of the impact of vocal fold paralysis on breathing, phonation, articulation, and overall well-being [cf. Rosenberg, 2020].
- II. Body awareness exercises:
 - 1) posture correction and control,
 - 2) regulation of muscle tension in the larynx, shoulder girdle, facial skeleton and the entire body using manual techniques, massage, self-massage, relaxation and mindfulness training to restore balance to the voice-producing structures; the module used elements of the Feldenkrais method, Jacobson relaxation training, mindfulness exercises and cognitive therapy techniques [cf. Magiera, 2007; Paszkowski, 2010; Teasdale et al., 2016; Regner, 2019; Bordoni, Zanier, 2020; Ladyne, 2021; Lowen, 2021; 2023; Płoczańska-Godek, 2021].
- III. Scar therapy³: manual scar therapy was administered [cf. Magiera, 2007; Bordoni, Zanier, 2020; Lubczyńska, Garnarczyk, Wcisło-Dziadecka, 2023]. In addition to voice rehabilitation therapy sessions, the patient also underwent botulinum toxin injections into the scar [cf. Kim et al., 2014; Bae et al., 2020].
- IV. Breathing exercises: their aim was to develop correct lower rib cage and diaphragmatic breathing both at rest and during phonation. Exercises included conscious but not hyperfunctional activation of the inspiratory and expiratory muscles, maintaining adequate subglottic pressure and avoiding peak breathing, phonation on residual air and hyperfunctional compensation [cf. McKeown, 2015; Szkiełkowska, Kazanecka, 2022; Gliwa-Patyńska, 2023; 2024; Ramig et al., 2023; Chukwu et al., 2025].
- V. Exercises to improve the motor skills of the articulatory organs to regulate muscle tension and prevent additional strain on the larynx (e.g. its high position).

3 After thyroidectomy, the pre-laryngeal muscles are the only support for the laryngotracheal segment. The postoperative scar limits its mobility in the vertical plane and each incision of the muscles and fascia promotes permanent adhesions, exacerbating neuromuscular imbalance [cf. Misiólek et al., 2014; Berger, Kosztyła-Hojna, Chyczewski, 2018].

VI. Achieving phonatory closure: the aim was to stimulate the paralysed vocal fold, prevent muscle atrophy, control tension and maintain mobility of the laryngeal joints. The module used the following:

- 1) laryngeal manual therapy (LMT): improvement of laryngeal closure, balancing muscle tension and stimulating joint mobility. The techniques used included relaxation of the supra- and subglottic muscles, mobilisation of the larynx in various planes, manoeuvres supporting phonatory closure and exercises combined with breathing and phonation [cf. Rubin, Lieberman, Harris, 2000; Koszyła-Hojna et al., 2008; Mathieson et al., 2009; Marszałek et al., 2011; Woźnicka et al., 2016; 2017];
- 2) exercises using Voice Onset Time (VOT): gradual transition from positive VOT-based sounds to negative ones to improve phonatory closure, activate the CT and TA muscles and reduce hyperfunctional voice; the exercises also supported speech tempo, rhythm, and intelligibility [cf. D'Alatri et al., 2008; El-Banna, Youssef, 2014; Leiria, Vaz Freitas, Manso, 2021];
- 3) Semi-occluded vocal tract exercises (SOVTE): improving proprioception and reducing muscle tension through the back pressure effect; the exercises enabled safe phonation with minimal effort, improved respiratory efficiency and resonance quality, which increased voice projection despite insufficiency [cf. Titze, 2002; 2006; 2015; Tyrmi et al., 2017; Kaneko et al., 2019; Santana da Matta et al., 2021; Gliwa-Patyńska, 2023; 2024].

VII. Voice production training: it involved improvement of breathing, phonation and articulation coordination as well as activation of resonators.

Individual modules of the programme were implemented in accordance with the patient's capabilities and condition. The entire therapeutic cycle consisted of 16 sessions with a speech therapist and it lasted over four months. The patient received sets of exercises to perform independently: approximately 10 minutes several times a day.

A comparative analysis of test results before and after voice rehabilitation

The rehabilitation enabled the therapeutic goal to be achieved, improving the laryngeal function by restoring full mobility to the previously paralysed vocal fold.

Stroboscopy revealed improvement in most parameters, including normal symmetry, regularity and frequency of vibrations. The mucosal wave was also present on the previously damaged vocal fold and the amplitude of vibrations was bilaterally normal. The glottic closure in the anterior and posterior commissures was complete (previously present only in the anterior commissure). No phonatory compensation or secondary pathological changes were found. The response to changes in voice pitch and intensity was close to normal for the patient's age and sex.

On the GRBAS scale, all parameters have become normalised: G2 vs G0, R2 vs R0, B2 vs B0, A1 vs A0, S3 vs S0. In the VHI questionnaire, the score dropped from 85 to 11 points, while in the VTD scale it decreased from 41 to 7 points. The maximum phonation time increased to 15 seconds, and the S/Z ratio was 1.07 (previously not measurable). The LMTPE score fell from 11 to 2 points, and the position of the larynx was neutral.

The elimination of hyperfunctional voice production and the introduction of resonance exercises improved respiratory-phonatory-articulatory coordination. The patient learned to recognise inappropriate vocal habits and consciously select vocal tasks.

Conclusion

The research paper presents a case study of a 56-year-old patient with paralytic dysphonia. Based on an analysis of medical records and a speech therapy diagnosis, a voice rehabilitation programme was implemented. After approximately four months of therapy, a re-diagnosis was performed to assess the effectiveness of the treatment.

The main goal of the therapy was to restore the functional capacity of the larynx lost as a result of paralysis of the left vocal fold. A multimodal rehabilitation model was implemented, comprising complementary modules: techniques aimed at achieving phonatory closure through stimulation of the paralysed vocal fold, breathing exercises, motor training of the articulatory organs combined with the development of body awareness in order to regulate muscle tension and reduce strain on the larynx as well as education and training in voice hygiene and production, coupled with scar therapy. The programme required the patient's active involvement and was supplemented with pharmacological treatment.

The treatment made it possible to achieve the therapeutic goal, namely improvement of laryngeal function through restoration of full mobility of the paralysed vocal fold. An improvement in the patient's mental state was noted: he learned the principles of correct voice production, eliminated hyperfunctional behaviours and was able to return to professional activity.

References

- Bae D.S., Koo D.H., Kim J.E., Cho J.M., Park J.O., 2020, *Effect of botulinum toxin type A on scar healing after thyroidectomy: a prospective, double-blind, randomized controlled trial*, "Journal of Clinical Medicine", vol. 9(3), 886.
- Berger G., Koszyła-Hojna B., Chyczewski L., 2018, *Wpływ anatomicznych uwarunkowań nerwów kraniowych na wyniki neuromonitoringu śródoperacyjnego w zabiegach tyroidektomii oraz na wyniki funkcjonalne po laryngektomiach oszczędzających*, "Polski Przegląd Chirurgiczny", vol. 90(6), pp. 29–36.

- Bordoni D., Zanier E., 2020, *Terapia manualna blizny*, Warszawa: PZWL.
- Chukwu S.C., Egbumike C.J., Ojukwu C.P., Uchenwoke C., Igwe E.S., Ativie N.R., Okemmuo A.J., Chukwu N.P., Ezeugwu U.A., Ikele C.N., Uduon E.M., 2024, *Effects of diaphragmatic breathing exercise on respiratory functions and vocal sustenance in apparently healthy vocalists*, "Journal of Voice", vol. 39(2), pp. 564.e37–564.e44.
- Czesak M.A., Osuch-Wójcikiewicz E., Niemczyk K., 2020, *Methods of surgical treatment of bilateral vocal fold paralysis*, "Endokrynologia Polska", vol. 71(4), pp. 350–358.
- D'Alatri L., Galla S., Rigante M., Antonelli O., Buldrini S., Marchese M.R., 2008, *Role of early voice therapy in patients affected by unilateral vocal fold paralysis*, "The Journal of Laryngology & Otology", vol. 122(9), pp. 936–941.
- Dzodic R., Markovic I., Santrac N., Buta M., Djurusic I., Lukic S., 2016, *Recurrent laryngeal nerve liberations and reconstructions: a single institution experience*, "World Journal of Surgery", vol. 40(3), pp. 644–651.
- El-Banna M., Youssef G., 2014, *Early voice therapy in patients with unilateral vocal fold paralysis*, "Folia Phoniatica et Logopaedica", vol. 66(6), pp. 237–243.
- Gliwa-Patyńska R., 2023, *Obrzęk Reinkego – możliwości rehabilitacji logopedycznej (studium przypadku)*, "Logopaedica Lodziansia", no. 8, pp. 25–40.
- Gliwa-Patyńska R., 2024, *Dysfonia porażenna – logopedyczne studium przypadku*, "Logopaedica Lodziansia", no. 9, pp. 39–54.
- Gozechowski K., 2024, *Fizjoterapia stomatologiczna. Badanie i terapia stawów skroniowo-żuchwowych*, Białystok: Wydawnictwo Rehabilic Clinic Sp. z o.o.
- Ivey C.M., 2019, *Vocal Fold Paresis*, "Otolaryngologic Clinics of North America", vol. 52(4), pp. 637–648.
- Jauer-Niworowska O., 2009, *Dyzartria. Wskazówki do diagnozy różnicowej poszczególnych typów dyzartrii*, Gdańsk: Wydawnictwo Komlogo.
- Kaneko M., Sugiyama Y., Mukudai S., Hirano S., 2019, *Effect of voice therapy using semi-occluded vocal tract exercises in singers and nonsingers with dysphonia*, "Journal of Voice", vol. 34(6), pp. 963.e1–963.e9.
- Kasperczyk K., Markowski J., 2024, *Dysfonia porażenna w świetle nowych metod terapeutycznych*, "Nowa Audiofonologia", vol. 13(4), pp. 9–19.
- Kim Y.S., Lee H.J., Cho S.H., Lee J.D., Kim H.S., 2014, *Early postoperative treatment of thyroidectomy scars using botulinum toxin: a split-scar, double-blind, randomized controlled trial*, "Wound Repair and Regeneration", vol. 22(5), pp. 605–612.
- Koszyła-Hojna B., Kasperuk J., Rogowski M., Ryćko P., 2008, *Rehabilitacja foniatryczno-logopedyczna głosu w dysfonii porażennej – opis przypadku*, "Polski Merkuriusz Lekarski", vol. 25, pp. 250–253.
- Kowalewska E., Walencik-Topiłko A., 2015, *Metodyka diagnozy i terapii głosu*, [in:] S. Milewski, K. Kaczorowska-Bray (eds.), *Metodologia badań logopedycznych*, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia, pp. 274–279.
- Krasnodębska P., Domeracka-Kołodziej A., Szkiełkowska A., Panasiewicz A., Mularzuk M., Sokołowska-Łazar D., Wilhelmsen K., 2018, *Ocena krótkoterminowej funkcjonalnej terapii głosu u pacjentów z jednostronnym porażeniem krtani*, "Otolaryngologia Polska", vol. 72(2), pp. 35–43.
- Laccourreye O., Rubin F., Lith-Bijl J. van, Desuter G., 2021, *Keys to successful type-1 thyroplasty with Montgomery® implant for unilateral laryngeal immobility in adults*, "European Annals of Otorhinolaryngology, Head and Neck Diseases", vol. 138(3), pp. 191–194.
- Ladyne R., 2021, *Odetnij napięcie*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Lee W.T., Milstein C., Hicks D., Akst L.M., Esclamado R.M., 2007, *Results of ansa to recurrent laryngeal nerve reinnervation*, "Otolaryngology – Head and Neck Surgery", vol. 136(3), pp. 450–454.

- Leiria R., Vaz Freitas S., Manso M.C., 2021, *Efficacy of speech language therapy intervention in unilateral vocal fold paralysis – a systematic review and a meta-analysis of visual-perceptual outcome measures*, "Logopedics Phoniatrics Vocology", vol. 46(2), pp. 86–98.
- Lowen A., 2021, *Głos ciała*, Warszawa: Wydawnictwo Czarna Owca.
- Lowen A., 2023, *Język ciała*, Warszawa: Wydawnictwo Czarna Owca.
- Lubczyńska A., Garnarczyk A., Wcisło-Dziadecka D., 2023, *Effectiveness of various methods of manual scar therapy*, "Postępy Dermatologii i Alergologii", vol. 40(2), pp. 221–229.
- Magiera L., 2007, *Klasyczny masaż leczniczy*, Kraków: Wydawnictwo Bio-Styl.
- Maniecka-Aleksandrowicz B., Domeracka-Kołodziej A., 2007, *Porażenia fałdów głosowych*, [in:] G. Janczewski (ed.), *Otorynolaryngologia praktyczna*, vol. 2, Gdańsk: Via Medica, pp. 496–504.
- Marszałek S., Żebryk-Stopa A., Wojnowski W., Wiskirska-Woźnica B., Golusiński W., 2011, *Zastosowanie manualnych technik fizjoterapeutycznych w rehabilitacji dysfonii pourazowej*, "Otolaryngologia Polska", vol. 65(4), pp. 285–288.
- Mathieson L., Hirani S.P., Epstein R., Baken R.J., Wood G., Rubin J.S., 2009, *Laryngeal manual therapy: a preliminary study to examine its treatment effects in the management of muscle tension dysphonia*, "Journal of Voice", vol. 23(3), pp. 353–366.
- McKeown P., 2015, *Jak oddychać, aby być zdrowym. Metoda Butejki*, Kraków: Wydawnictwo M.
- Mierzwińska-Nastalska E., 2016, *Diagnostyka układu ruchowego narządu żucia. Zasadę rekonstrukcji zwarcia*, Otwock: Wydawnictwo Med Tour Press International Sp. z o.o.
- Misiołek M., Stelmańska K., Twardokęs M., Sowa P., Lisowska G., 2014, *Operacyjne uszkodzenia nerwów krtaniowych*, "Polski Przegląd Otolaryngologiczny", no. 3, pp. 15–19.
- Mueller A.H., Hagen R., Foerster G., Grossmann W., Baumbusch K., Pototschnig C., 2016, *Laryngeal pacing via an implantable stimulator for the rehabilitation of subjects suffering from bilateral vocal fold paralysis: a prospective first-in-human study*, "Laryngoscope", vol. 126(8), pp. 1810–1816.
- Paszowski J., 2010, *Metoda Feldenkraisa, żyć bardziej świadomie*, <https://metoda-feldenkraisa.pl/metoda-feldenkraisa-zyc-bardziej-swiadomie/> (accessed: 11.02.2025).
- Płoczańska-Godek S., 2021, *Neuromasaż. Zdrowie i estetyka twarzy*, Poznań: Wydawnictwo WSEiT.
- Pruszewicz A., Obrębowski A., 2019, *Dysfonia porażenna*, [in:] A. Pruszewicz, A. Obrębowski (eds.), *Zarys foniatrii klinicznej*, Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego, pp. 174–177.
- Ramig L.O., Perry S.E., Troche M., Huber J.E., Curtis J., Kiefer B., Sevitz J., Dennard Q., Borders J., Browy J.R., Dakin A., Gonzalez V., Chapman J., Wu T., Katz L., Britton D., 2023, *Behavioral management of respiratory/phonatory dysfunction: An updated systematic review*, "American Journal of Speech–Language Pathology", vol. 32(2), pp. 589–604.
- Regner A., 2019, *Wybrane techniki manualne wspomagające terapię ustno-twarzową*, Wrocław: Wydawnictwo Continuo.
- Rosenberg S., 2020, *Terapeutyczna moc nerwu błędnego*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Rubin J.S., Lieberman J., Harris T.M., 2000, *Laryngeal manipulation*, "Otolaryngologic Clinics of North America", vol. 33(5), pp. 1017–1034.
- Santana da Matta R., Rocha Santos M.A., Ribeiro Lin Plech E.M., Gama A.C., 2021, *Multidimensional voice assessment: the immediate effects of Lax Vox® in singers with voice complaints*, "Revista CEFAC", vol. 23(2), e4520.
- Schindler A., Mozzanica F., Ginocchio D., Maruzzi P., Atac M., Ottaviani F., 2012, *Vocal improvement after voice therapy in the treatment of benign vocal fold lesions*, "Acta Otorhinolaryngologica Italica", vol. 32, pp. 304–308.

- Szkiełkowska A., Kazanecka E., 2022, *Emisja głosu. Wskazówki metodyczne*, Warszawa: Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu.
- Śliwińska-Kowalska M., Niebudek-Bogusz E., Fiszer M., Wiktorowicz J., 2018, *Auditory stimulation in multidimensional therapy of functional voice disorders*, "Otolaryngologia Polska", vol. 72(6), pp. 1-9.
- Teasdale J., Williams M., Segal Z., 2016, *Praktyka uważności*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Titze I.R., 2002, *How to use the flow-resistant straw*, "Journal of Singing", vol. 58(5), pp. 429-430.
- Titze I.R., 2006, *Voice training and therapy with a semi-occluded vocal tract: rationale and scientific underpinnings*, "Journal of Speech, Language, and Hearing Research", vol. 49(2), pp. 448-459.
- Titze I.R., 2015, *On flow phonation and airflow management*, "Journal of Singing", vol. 72(1), pp. 58-75.
- Tyrmi J., Radolf V., Horáček J., Laukkanen A.M., 2017, *Resonance Tube or Lax Vox?*, "Journal of Voice", vol. 31(4), pp. 430-437.
- Verdolini K., Ramig L.O., Titze I.R., Chernobelsky A., 2014, *Intensified voice therapy: A new model for the rehabilitation of patients suffering from functional dysphonias*, "Journal of Voice", vol. 28(4), pp. 435-448.
- Wiskirska-Woźnica B., Domeracka-Kołodziej A., 2015, *Zaburzenia głosu i mowy*, [in:] K. Niemczyk (ed.), *Otorynolaryngologia kliniczna*, vol. 2, Warszawa: Medipage, pp. 665-685.
- Woźnicka E., Niebudek-Bogusz E., Wiktorowicz J., Śliwińska-Kowalska M., 2016, *Ocena wartości manualnej terapii krtani w rehabilitacji głosu u pacjentów z dysfonią*, "Otorynolaryngologia", vol. 15(1), pp. 39-46.
- Woźnicka E., Niebudek-Bogusz E., Morawska J., Wiktorowicz J., Śliwińska-Kowalska M., 2017, *Laryngeal Manual Therapy Palpatory Evaluation Scale: A preliminary study to examine its usefulness in diagnosis of occupational dysphonia*, "Medycyna Pracy", vol. 68(3), pp. 349-359.
- Zehnhoff-Dinnesen A., Wiskirska-Woźnica B., Neumann K., Nawka T. (eds.), 2019, *Phoniatrics I: Fundamentals – Voice Disorders – Disorders of Language and Hearing Development*, Berlin: Springer Berlin Heidelberg.

Agnieszka Hamerlińska  <https://orcid.org/0000-0002-9305-5793>

Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Wydział Filozofii i Nauk Społecznych, Instytut Nauk Pedagogicznych, ul. Gagarina 1, 87-100 Toruń, e-mail: hamer@umk.pl

Katarzyna Szeler  <https://orcid.org/0009-0004-6728-7904>

Akademia Mazowiecka w Płocku, Wydział Nauk Humanistyczno-Społecznych i Informatyki, Katedra Pedagogiki, Zakład Pedagogiki Specjalnej i Edukacji Inkluzyjnej, ul. Generała Jarosława Dąbrowskiego 2, 09-402 Płock, e-mail: k.szeler@mazowiecka.edu.pl

Odczuwanie zapachów, identyfikacja węchowa oraz zaburzenia węchu u osób z neuro różnorodnością na przykładzie osób ze spektrum autyzmu – analiza jakościowa

Smell Perception, Olfactory Identification, and Olfactory Disorders in Neurodiverse Individuals, As Exemplified by Individuals with Autism Spectrum Disorder – a Qualitative Analysis

Słowa kluczowe: spektrum autyzmu, węch, identyfikacja zapachów, zaburzenia węchu, terapia

Keywords: autism spectrum disorder, smell, odor identification, olfactory disorders, therapy

Streszczenie

Odczuwanie zapachów, identyfikacja węchowa oraz zaburzenia węchu u osób ze spektrum autyzmu to obszar badań nadal niewystarczająco głęboko przebadany. Węch odgrywa istotną rolę w obszarach emocji, tworzenia relacji społecznych i funkcji kognitywnych, dlatego też warto eksplorować ten temat z perspektywy osób z neuro różnorodnością. Dokonanie

Funding Information: A.H. – Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Wydział Filozofii i Nauk Społecznych, Instytut Nauk Pedagogicznych; K.S. – Akademia Mazowiecka w Płocku, Wydział Nauk Humanistyczno-Społecznych i Informatyki, Katedra Pedagogiki, Zakład Pedagogiki Specjalnej i Edukacji Inkluzyjnej.

The percentage share of the Authors in the preparation of the work is: A.H. – 50.00%, K.S. – 50.00%.

Declaration regarding the use of GAI tools: Not used.

Conflicts of interests: None.

Ethical considerations: The Authors assure of no violations of publication ethics and take full responsibility for the content of the publication.

Received: 2025.07.30. Accepted: 2025.09.04.

przeglądu literatury związanej z kondycją węchową u osób ze spektrum autyzmu może stworzyć podwaliny do formowania przestrzeni terapeutycznej, w której zdolności węchowe będą odgrywać kluczową rolę.

Abstract

Smell perception, olfactory identification, and olfactory dysfunction in individuals with autism spectrum disorder (ASD) are still under-researched areas. Smell plays a significant role in emotions, social relationships, and cognitive function, making it worthwhile to explore this topic from the perspective of individuals with neurodiversity. Reviewing the literature on olfactory function in individuals with ASD can lay the foundation for developing a therapeutic space in which olfactory abilities play a key role.

Wprowadzenie

Węch to obszar sensoryczny, który nadal jest zaniedbywany w badaniach przetwarzania sensorycznego, chociaż ma znaczny wpływ na życie codzienne. Drogi węchowe obejmują wiele obszarów mózgu, w tym korę wyspową, układ limbiczny i podwzgórze. Węch i wynikające z niego zdolności sensoryczne związane są z przetwarzaniem bodźców środowiskowych. Niektóre badania wskazują, że utrata funkcji węchowych jest wczesnym biomarkerem zaburzeń neurodegeneracyjnych [Moberg i in., 1999; Hawkes, 2002; Suchowersky i in., 2006], a nietypowe przetwarzanie bodźców zapachowych i smakowych występuje w kilku zaburzeniach neurorozwojowych, zwłaszcza w zaburzeniach ze spektrum autyzmu (*autism spectrum disorder* – ASD). Węch jest również powiązany z zachowaniami społecznymi i przetwarzaniem emocjonalnym, które są zazwyczaj zaburzone u osób z ASD [Catani i in., 2016]. W niniejszym artykule zostanie przybliżony problem węchu i jego zaburzeń oraz wynikających z tego konsekwencji u osób z neuroroznorodnością na przykładzie osób ze spektrum autyzmu.

Neuroroznorodność i spektrum autyzmu w literaturze naukowej

Świadomość istnienia neuroroznorodności i wiedza na jej temat otwierają nowe perspektywy w sposobie myślenia o ludziach i relacjach społecznych. Człowiek rodzi się wyposażony w podstawowe instrukcje zapisane w kodzie genetycznym, ale to w trakcie doświadczania życia i uczenia się kształtuje się niepowtarzalność strukturalna i funkcjonalna mózgu. Ośrodkowy układ nerwowy cechuje neuroodmienność. Zdaniem amerykańskiego neurobiologa Davida Eaglemana [2023, s. 31] doświadczenie środowiskowe modeluje prawie każdy mierzalny aspekt mózgu – od poziomu molekularnego aż po jego ogólną anatomię. Neuroroznorodność traktowana

jest jako naturalnie występujące w obrębie gatunku ludzkiego różnice poznawcze charakteryzujące osoby ze spektrum autyzmu [Jaarsma, Welin, 2012, s. 20; Silberman, 2017, s. 23].

W 1999 roku australijska socjolożka Judy Singer w eseju *Dlaczego nie możesz chociaż raz w życiu zachowywać się normalnie?* wprowadziła pojęcie neuroróżnorodności. Opisała w nim zmagania trzech pokoleń kobiet w spektrum autyzmu: swojej matki, siebie samej i swojej córki. Natomiast Harvey Blume użył tego pojęcia w tytule artykułu opublikowanego w „The Atlantic” we wrześniu 1998 roku, jednocześnie przyczyniając się do popularyzacji tego pojęcia. Obecnie termin ten odnosi się do wielu odmienności neurorozwojowych: ADHD, zespołu Tourette’a, dysleksji, dyspraksji, jednakże pierwotne jego rozumienie zaproponowane przez Judy Singer związane było ze spektrum autyzmu [Jaarsma, Welin, 2012, s. 20]. W niniejszym artykule termin *neuroróżnorodność* będzie utożsamiany ze spektrum autyzmu i używany zamiennie z tym określeniem. Przyjęcie takiego sposobu rozumienia wymaga także przedstawienia istoty spektrum autyzmu.

Zaburzenia ze spektrum autyzmu to grupa całościowych zaburzeń rozwojowych, które mają objawy o różnym nasileniu i cechach klinicznych. Pierwsze oznaki zaburzeń autystycznych pojawiają się zwykle przed ukończeniem 36. miesiąca życia i utrzymują się w różnym stopniu przez całe życie [Zwaigenbaum, 2006]. Badania nad istotą autyzmu zapoczątkowano w latach sześćdziesiątych XX wieku w Stanach Zjednoczonych i Wielkiej Brytanii [np. Lotter, 1966; Hermelin, O’Connor, 1970; Rutter, 1970; 1978; DeMyer, 1975; Schopler, Reichler, 1976]. Wzrosła również świadomość rozszerzania kryteriów zaburzeń autystycznych o koncepcję zespołu Aspergera [Wing, 1981; 2005]. Długie lata badań nad autyzmem nie pozwoliły dowiedzieć się wszystkiego na temat tego złożonego zaburzenia rozwojowego. Eksperci z takich dziedzin nauki jak medycyna, psychologia, pedagogika czy genetyka stale odkrywają nowe informacje związane z tym tematem. Choć osób ze spektrum autyzmu przybywa, a badania nad nim przybierają coraz nowocześniejsze formy, to patogeniza tego zaburzenia wciąż nie została definitywnie wyjaśniona [Pisula, 2014, s. 7].

Do najbardziej znanych i powszechnie stosowanych typologii medycznych o zasięgu ogólnosiwiatowym wykorzystywanych w diagnozie i terapii osób w spektrum autyzmu zalicza się Międzynarodową Statystyczną Klasyfikację Chorób i Problemów Zdrowotnych (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* – ICD) oraz Klasyfikację Zaburzeń Psychiczych (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* – DSM).

W Polsce od 1 stycznia 2022 roku obowiązuje Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-11, opracowana przez WHO, w której dotychczas używany termin całościowych zaburzeń rozwoju (F84) został zastąpiony kategorią zaburzeń ze spektrum autyzmu (6A02). Według ICD-11 podstawą diagnozowania zaburzeń ze spektrum autyzmu (ASD) jest diada objawów:

- 1) trudności w nawiązywaniu i podtrzymywaniu interakcji społecznych i komunikacji społecznej;
- 2) skłonności do ograniczonych, nieelastycznych, powtarzalnych wzorców zachowań, czynności, zainteresowań, które są wyraźnie nietypowe lub nadmierne dla danej osoby.

W przeciwieństwie do poprzedniej wersji klasyfikacji ICD, w której wyodrębnione były różne jednostki kliniczne dla autyzmu (np. autyzm dziecięcy, autyzm atypowy), w najnowszej wersji wydania ujęte zostały one w ramach spektrum zaburzeń. Obecnie ASD różnicowane jest ze względu na poziom funkcjonowania intelektualnego oraz zaburzeń czynnościowych języka [Majewicz, 2023]. W klasyfikacji DSM-5 [American Psychiatric Association, 2013] wyodrębnia się z kolei trzy grupy kategorii. Osoba, u której zdiagnozuje się autyzm, musi przejawiać co najmniej sześć cech wymienionych w punktach (w tym co najmniej dwie z punktu 1 i po jednej z punktu 2):

- 1) klinicznie znaczące, stałe nieprawidłowości w obrębie komunikacji społecznej i interakcji:
 - a) wyraźne deficyty w komunikacji werbalnej i niewerbalnej wykorzystywanej w interakcjach społecznych;
 - b) brak wzajemności społecznej;
 - c) nieumiejętność rozwijania i utrzymywania relacji z rówieśnikami właściwej dla poziomu rozwoju;
- 2) ograniczone, powtarzalne wzorce zachowań, zainteresowań i aktywności, objawiające się poprzez co najmniej dwa z przytoczonych poniżej objawów:
 - a) stereotypowe zachowania motoryczne lub werbalne lub nietypowe zachowania sensoryczne;
 - b) nadmierne przywiązanie do rutyny i zrytualizowanych wzorców zachowania;
 - c) ograniczone zainteresowania;
- 3) objawy muszą wystąpić we wczesnym dzieciństwie, ale mogą nie manifestować się w pełni, dopóki oczekiwania społeczne nie przekroczą ograniczonych możliwości dziecka [Gałęcki i in., 2018].

W obu klasyfikacjach zaburzenia ze spektrum autyzmu są rozpoznawane na podstawie utrzymujących się deficytów zdolności inicjowania i podtrzymywania wzajemnych interakcji społecznych i komunikacji społecznej oraz szeregu ograniczonych, powtarzalnych i nieelastycznych wzorców zachowań, zainteresowań lub czynności, które są wyraźnie nietypowe lub nadmierne dla danej osoby [WHO, 2024].

Z perspektywy neuroróżnorodności autyzm traktowany jest jako „naturalnie występujące typy mechanizmów poznawczych, cechujące się konkretnymi zaletami, które przyczyniły się do rozwoju technologii i kultury” [Silberman, 2017, s. 23]. Warto zwrócić uwagę na przyjmowanie tzw. społecznej definicji autyzmu i uznawanie go za odmienny model rozwojowy, charakteryzujący się różnicami, a nie deficytami, m.in. w komunikacji, interakcjach społecznych i zachowaniu [Polski Instytut Ekonomiczny, Fundacja JiM, 2022, s. 10]. W ujęciu medycznym koncepcja

neuroróżnorodności dotyczy wysoko funkcjonujących osób ze spektrum autyzmu, czyli posiadających umiejętność komunikacji werbalnej [Jaarsma, Welin, 2012, s. 20]. Warto zaznaczyć, iż w klasyfikacjach diagnostycznych nie używa się określenia *osoba w spektrum autyzmu wysoko funkcjonującym*, zwrot ten jest jednak używany w literaturze w odniesieniu do mniejszego stopnia nasilenia objawów, przede wszystkim braku towarzyszącej niepełnosprawności intelektualnej, posiadania umiejętności komunikacyjnych i społecznych.

Węch, jego rola i zaburzenia – analiza teoretyczna

Jak zostało przytoczone powyżej – osoby ze spektrum autyzmu cechuje przede wszystkim trudność w tworzeniu relacji społecznych, zaburzenia komunikacji oraz nietypowe zachowania sensoryczne. Naturalne zatem badawczo stały się poszukiwania związku spektrum autyzmu z odczuwaniem zapachów i zdolnościami węchowymi. Na podstawie licznych badań dostrzeżono niepodważalne powiązanie pomiędzy węchem a pamięcią i emocjami. W niniejszym artykule zostanie przytoczony tylko zarys opisu roli węchu w życiu człowieka oraz jego zaburzeń, ponieważ przedmiot tych badań został obszernie opisany m.in. w artykułach naukowych: *Zmysł węchu – istota, zaburzenia, diagnoza, terapia (na przykładzie logopedy pracującego z dziećmi)* z 2021 roku, autorstwa Renaty Marciniak-Firadzy oraz *Węch i jego zaburzenia przedmiotem badań (również) logopedii* z 2019 roku, autorstwa Agnieszki Hamerlińskiej. Ponadto zauważyć można, że temat ten w obszarze logopedii jest coraz częściej poruszany, na co wskazuje opracowanie Gabrieli Dragun i Ewy Raclawskiej z 2024 roku pt. *Propozycja oceny funkcjonowania zmysłu powonienia i stymulacji węchowej dzieci w ramach postępowania logopedycznego w zaburzeniach o różnej etiologii*.

Człowiek rodzi się ze zdolnością do wyczuwania zapachów, jednak węch w pełni rozwija się w okolicach 20. roku życia [Kovács, Cairns, Lantos, 1999], a po 50. roku życia ulega stopniowemu pogorszeniu [Bojarowicz, Ziółkowska, Krysiński, 2016]. Prawidłowości w zakresie odczuwania zapachów nazywane są nornosmią [Sienkiewicz-Jarosz, Bieńkowski, 2012]. Istotną rolę w procesie wachania odgrywają receptory węchowe zlokalizowane w sklepieniu jamy nosowej oraz opuszka węchowa połączona nerwem węchowym z układem limbicznym, w którym znajdują się m.in. hipokamp (odpowiedzialny za pamięć) oraz ciało migdałowe (odpowiadające za emocje) [Urban, Rabe-Jabłońska, 2007; Mydlikowska-Śmigórska, Śmigórski, Rymaszewska, 2019]. Zmysł węchu pełni funkcje bezpośrednią i pośrednią, a według Piotra Rapiejki [2006] – funkcje podstawową i wyższą. Funkcja bezpośrednia (czyli podstawowa) wiąże się z odczuwaniem zapachów, ocenianiem natężenia bodźca zapachowego, z kolei pośrednia (czyli wyższa) łączy się z konsekwencjami z tego wynikającymi. W życiu codziennym węch ma istotne znaczenie w sferze poznawczej (stymuluje pamięć), emocjonalnej (wywołuje różne emocje), dietetycznej (pobudza apetyt lub zniechęca do jedzenia), społecznej (integruje),

zawodowej (umożliwia wykonywanie konkretnych zawodów), higienicznej (umożliwia kontrolowanie higieny osobistej), seksualnej (wpływa na dobór partnera), aktywizacyjnej (dany zapach potrafi wywołać konkretną aktywność fizyczną) [por. Rapiejko, 2006; Gilbert, 2010; Marciniak-Firadza, 2021; Hamerlińska, 2023; 2024]. Jak zauważa Marciniak-Firadza [2021, s. 163], zmysł węchu wiąże się z rozwojem postrzegania, mową i koncentracją uwagi.

Zauważono, że tak jak w przypadku np. wzroku i słuchu występują zaburzenia odbierania bodźców, podobnie jest w przypadku węchu. Dysfunkcje zmysłu powonienia mogą występować w różnych jednostkach chorobowych oraz mają różnorodne podłoże – laryngologiczne, neurologiczne, psychiczne [Odowska-Szlachcic, 2016]. Zaburzenia węchu dzieli się pod względem ilościowym (hiposmia – osłabienie odczuwania zapachów; hiperosmia – nadwrażliwość węchowa) i jakościowym (parosmia – odczuwanie nieprawdziwych zapachów; pseudosmia – błędne odczuwanie zapachów; phantosmia – halucynacje węchowe; kakosmia – nieprzyjemne złudzenia węchowe) [Sienkiewicz-Jarosz, Bienkowski, 2012, s. 7].

Wśród objawów, tudzież konsekwencji zaburzeń węchu zauważyć można przede wszystkim zaburzenia w sferze jedzenia (częsta wybiórczość pokarmowa, jedzenie rzeczy niejadalnych), problemy emocjonalne (np. izolowanie się przed ludźmi charakteryzującymi się specyficznymi, mocnymi lub nieznanymi zapachami), obniżenie sprawności funkcji kognitywnych (w przypadku braku zdolności wyczuwania zapachów istnieje zagrożenie obniżenia np. fluencji słownej) [Kinnaird, Stewart, 2020].

Diagnozą i terapią węchu interesuje się wielu specjalistów, a wśród nich laryngolodzy, neurologi, psychologowie, kognitywiści, logopedzi, terapeuci integracji sensorycznej. Przyjmuje się, że diagnozy zaburzeń węchu powinien dokonywać laryngolog, jednocześnie zauważyć można, że obszarem tym zajmują się także osoby wyżej wymienione, specjalnie przeszkolone i zainteresowane obszarem „olfaktologii”. Należy również zauważyć, że badanie węchu nie jest postępowaniem standardowym (tak jak w przypadku słuchu czy wzroku) u dzieci i dorosłych. Dlatego też warto zwrócić uwagę na potrzebę rutynowych badań zdolności węchowych, ponieważ wcześniej postawiona diagnoza może być kluczem do wyjaśnienia wielu nienormalnych zachowań. Oczywiście trzeba podkreślić, że badanie węchu u dzieci obarczone jest dużymi trudnościami – z uwagi na trwający rozwój poznawczy (dzieci nie zawsze potrafią określić nazwę zapachu, choćby z uwagi na opóźnienia w sferze mowy) oraz długi czas diagnozowania. Jednocześnie są już dostępne testy do badania węchu skierowane do dzieci od 4. roku życia, np. Sniffin Sticksy. Jak podkreśla jednak Piotr Rapiejko [2006], do diagnozy węchu wykorzystywany jest przede wszystkim wywiad. Dla osób dorosłych powstały już odpowiednie narzędzia diagnozujące węch, np. mazaki Rapiejki, Olfactor, olfaktometry, test identyfikacji węchowej Uniwersytetu Pensylwania (*University of Pennsylvania Smell Identification Test* – UPSIT), test Sniffin’ Sticks, test międzykulturowej

identyfikacji zapachów (*Cross-Cultural Smell Identification Test* – CC-SIT), test cukierkowy (*Candy Smell Test* – CST) [por. Kotas, 2021; Hamerlińska, 2023].

Metodologia badań

Jak można zauważyć, temat węchu i zdolności węchowych jest niszowy. Zajmują się nim naukowcy i naukowczynie z wielu różnorodnych dyscyplin. Nawiązując do przedstawionej części teoretycznej, autorki niniejszego artykułu chciałyby przybliżyć problem odczuwania zapachów przez osoby z neuroróżnorodnością na przykładzie osób ze spektrum autyzmu. Głównym motywem tychże poszukiwań jest próba odnalezienia nowych rozwiązań terapeutycznych dla osób neuroatypowych, których wdrożenie mogłyby poprawić komfort ich życia. Można zauważyć, że osoby ze spektrum autyzmu często charakteryzują się innymi zaburzeniami utrudniającymi codzienne funkcjonowanie, a wśród nich wymienia się najczęściej zaburzenia integracji sensorycznej, zaburzenia mowy i komunikacji oraz wybiórczość pokarmową. Jak zostało przedstawione powyżej, zmysłem, który łączy owe obszary, jest między innymi węch. Dlatego też postanowiono dokonać przeglądu literatury dotyczącej zdolności odczuwania zapachów przez osoby ze spektrum autyzmu. Cel badań jest teoretyczny – jest nim opisanie tychże zdolności na podstawie analizy literatury. Jednocześnie autorki zamierzają wskazać wstępne wytyczne dotyczące badania węchu i potrzeby diagnozowania jego zaburzeń u osób ze spektrum autyzmu. Zastosowano jakościową strategię badań, a wykorzystaną metodą jest analiza źródeł zastanych. Sformułowano także dwa pytania badawcze: „Jak osoby ze spektrum autyzmu odczuwają zapachy?” oraz „Jak osoby ze spektrum autyzmu identyfikują zapachy?”. Pierwsze pytanie badawcze dotyczy tego, czy osoby ze spektrum autyzmu cechują się nornosmią, hiperosmią, czy też hiposmią. Natomiast drugie wiąże się z opisem funkcji kognitywnej.

Analiza jakościowa

Artykuł *Enhanced olfactory sensitivity in autism spectrum conditions* [Ashwin i in., 2014] stanowi pionierskie badanie empiryczne, w którym wskazano zwiększoną wrażliwość węchową u dorosłych mężczyzn z zaburzeniami ze spektrum autyzmu (*autism spectrum conditions* – ASC) w porównaniu do grupy kontrolnej. W badaniu uczestniczyło 17 dorosłych mężczyzn z diagnozą ASC oraz 17 dorosłych mężczyzn z grupy kontrolnej. Do pomiarów zastosowano standardowy test wykrywania zapachu – Alcohol Sniff Test (AST), polegający na określeniu minimalnej odległości, z jakiej uczestnik jest w stanie wykryć zapach alkoholu. Grupa osób ze spektrum autyzmu wykrywała zapach średnio z odległości 24,1 cm, podczas gdy grupa

kontrolna wykrywała zapach średnio z odległości 14,4 cm. Wyniki tych badań rozszerzyły wcześniejsze ustalenia badawcze o uwzględnienie węchu, wykazując związek pomiędzy dysfunkcją sensoryczną a cechami ASC.

Celem badań Teresy Tavassoli, Rosy Hoekstry i Simona Baron-Cohena [2014] było opracowanie i walidacja kwestionariusza Sensory Perception Quotient (SPQ) – narzędzia do oceny nadwrażliwości i niedowrażliwości sensorycznej u dorosłych z zaburzeniami ze spektrum autyzmu i bez nich. W badaniach wzięło udział 359 dorosłych (196 osób ze spektrum autyzmu, 163 bez). Kwestionariusz zawierał 92 pytania dotyczące wrażliwości sensorycznej w pięciu modalnościach (wzrok, słuch, dotyk, smak, węch). Pytania dotyczące codziennych sytuacji sensorycznych formułowane były np. następująco: „Czy zauważasz drobne zmiany w natężeniu światła?”, „Czy często wyczuwasz zapachy, które inni ignorują?”. Były tak zaprojektowane, aby uchwycić zarówno nadwrażliwość (np. wyczulenie na drobne bodźce), jak i niedowrażliwość (np. trudność w zauważaniu bodźców). Kwestionariusz SPQ okazał się wiarygodnym i ważnym narzędziem do pomiaru wrażliwości sensorycznej u dorosłych z zaburzeniami ze spektrum autyzmu i bez. Dorośli ze spektrum autyzmu zgłaszali większą wrażliwość sensoryczną niż osoby z grupy kontrolnej, co może mieć ważne implikacje dla sposobu, w jaki radzą sobie z codziennym życiem. Kwestionariusz SPQ jest użytecznym, standaryzowanym pomiarem podstawowej percepcji sensorycznej u dorosłych ze spektrum autyzmu, innymi zaburzeniami klinicznymi i dorosłych neurotypowych.

W 2016 roku Bruno Wicker, Elisabetta Monfardini i Jean-Pierre Royet opublikowali badania, w których udział wzięło 15 dorosłych z ASD i 15 uczestników bez cech neuroróżnorodności. Poddano ich testom węchowym skupionym na powierzchniowym (zadanie wykrywania ponadprogowego), percepcyjnym (zadania oceny intensywności i przyjemności) i semantycznym (zadanie identyfikacji) przetwarzaniu zapachów. Osoby z ASD wykazywały obniżoną zdolność do rozróżniania zapachów, wyższe oceny intensywności zapachów oraz zaburzoną ocenę przyjemności zapachów nieprzyjemnych. Ponadto występowały u nich trudności w identyfikacji zapachów, częściowo związane z większą liczbą błędnych odpowiedzi. Autorzy podkreślili, że przetwarzanie węchowe u osób z ASD jest obszarem niedostatecznie zbadanym i jednocześnie kluczowym dla pełnego zrozumienia sensorycznych i społecznych aspektów zaburzenia. Wyniki wskazują na obecność nadwrażliwości oraz deficytów w rozpoznawaniu zapachów, co wpływa na codzienne życie dorosłych z ASD i wymaga dalszych badań oraz rozwoju odpowiednich narzędzi diagnostycznych i terapeutycznych.

Kompleksową analizę funkcji węchowych u osób z zaburzeniami ze spektrum autyzmu przeprowadzili także Maria Larsson, Carlos Tirado i Stefan Wiens. Opisali oni wyniki w artykule *Meta-Analysis of Odor Thresholds and Odor Identification in Autism Spectrum Disorders* [Larsson, Tirado, Wiens, 2017]. Badanie to miało na celu systematyczne zbadanie, czy osoby z ASD różnią się od neurotypowych w zakresie progów

zapachowych i zdolności identyfikacji zapachów. Do analizy włączono 11 badań, które porównywały progi zapachowe i/lub zdolność identyfikacji zapachów u osób z ASD i neurotypowych. Łącznie obejmowały one 143 uczestników z ASD i 148 osób w grupie kontrolnej w przypadku testu progowego, oraz 132 osoby z ASD i 139 osób w grupie kontrolnej w przypadku testu identyfikacji zapachów. Analiza wykazała znaczne zróżnicowanie wyników między badaniami, co sugeruje obecność zarówno niedowrażliwości, jak i nadwrażliwości w zakresie funkcji węchowych u osób z ASD. Autorzy podkreślali potrzebę dalszych badań w celu lepszego zrozumienia funkcji węchowych u osób z ASD. Ze względu na dużą heterogeniczność wyników konieczne jest przeprowadzenie badań z uwzględnieniem różnych czynników moderujących oraz zastosowanie jednolitych metodologii, aby uzyskać bardziej spójne i jednoznaczne wyniki.

W artykule *Perception of odors and tastes in autism spectrum disorders: A systematic review of assessments* [Boudjarane i in., 2017] przeprowadzony został przegląd badań oceniających węch i smak osób z ASD za pomocą metod psychofizycznych. Dokonano przeglądu czternastu artykułów pod kątem odpowiedniej literatury opublikowanej w latach 1970–2015. Zostały one poddane krytycznej analizie w celu oceny występowania dysfunkcji węchowej i smakowej w ASD, a także przedstawienia metod stosowanych do oceny węchu i smaku w takich warunkach. Jeśli chodzi o te dwa zmysły, ogólna liczba badań jest niewielka. Większość badań wykazała znaczącą różnicę w odniesieniu do identyfikacji zapachu lub smaku, ale nie progę wykrywania. Ogólnie rzecz biorąc, ocena zapachu poprzez jego rozróżnianie, ocenę progę wrażliwości i identyfikację nie różnią się znacząco między grupą kontrolną a osobami z ASD. Dokonana przez autorów analiza wykazała heterogeniczność ustaleń. Wynika to z kilku ograniczeń metodologicznych, takich jak użyte narzędzia lub badana populacja. Autorzy rekomendowali, aby przyszłe badania doprowadziły do opracowania nowej, znormalizowanej oceny sensorycznej ASD zarówno do użytku klinicznego, jak i badań eksperymentalnych. W ten sposób nowe narzędzia uzupełniłyby niestandardową ocenę sensoryczną słuchu, wzroku i dotyku węchem i smakiem, aby potencjalnie poprawić dokładność diagnostyczną w ASD [Boudjarane i in., 2017].

W artykule *Impaired odor identification ability and olfactory hedonic capacity in children with elevated autistic traits* [Huang i in., 2022] opisano badania 415 dzieci, których cechy autystyczne oceniono za pomocą krótkiej wersji Kwestionariusza Autyzmu (AQ-Short). Następnie dzieci podzielono na grupy w zależności od poziomu cech autystycznych. Do badań węchu użyto testu U-Sniff, który służył do oceny zdolności identyfikacji zapachów oraz pojemności hedonistycznej węchu i *Chemosensoryjnej Skali Przyjemności* – wersji dla dzieci (CPS-C), która mierzyła subiektywne odczucia przyjemności związane z zapachami. Celem było zbadanie zdolności identyfikacji zapachów oraz pojemności hedonistycznej węchu u dzieci z podwyższonymi cechami autystycznymi. Badanie dostarczyło nowych informacji na temat przetwarzania bodźców węchowych u dzieci ze spektrum autyzmu. Trudności w identyfikacji zapachów oraz obniżona reakcja na przyjemność płynącą z zapachów mogą być związane z zaburzeniami ze spektrum autyzmu

i mają potencjalne znaczenie diagnostyczne oraz terapeutyczne. Wyniki sugerują, że dzieci ze spektrum autyzmu wykazują trudności w identyfikacji zapachów oraz obniżoną zdolność do odczuwania przyjemności z bodźców węchowych. Autorzy wskazują, że te deficyty mogą stanowić potencjalne markery endofenotypowe dla zaburzeń ze spektrum autyzmu.

Nakładające się obszary mózgu związane z węchem i przetwarzaniem emocjonalnym sugerują, że węch może mieć niezwykle wpływ na percepcję emocji [Gottfried, 2006]. Pionierskie badanie dotyczące wykorzystania reakcji fizjologicznych na zapachy jako potencjalnych biomarkerów autyzmu u dorosłych opisane zostało w artykule *Characterisation of Physiological Responses to Odours in Autism Spectrum Disorders: A Preliminary Study* [Pereira i in., 2023]. W badaniu tym analizowano, w jaki sposób reakcje fizjologiczne na zapachy społeczne i niespołeczne mogą charakteryzować i przewidywać występowanie zaburzeń ze spektrum autyzmu (ASD). W badaniu udział wzięło 48 dorosłych o typowym rozwoju (TD) i 11 dorosłych z zaburzeniami ze spektrum autyzmu (ASD) w wieku od 19 do 59 lat. Do badania zastosowano próbki potu ludzkiego, zapachy syntetyczne (np. cytrusy), podawane przy użyciu systemu olfaktometrycznego, które następnie mierzono elektrokardiogramem (EKG – zmienność rytmu serca, aktywacja układu współczulnego), elektromiogramem (EMG – mięśnie twarzy, np. marszczenie brwi – mięsień corrugator). Łącznie przeanalizowano 32 cechy sygnałowe. To jedno z pierwszych badań pokazujących, że osoby z ASD mogą mieć mierzalnie inne reakcje fizjologiczne na zapachy, co otwiera nową drogę dla badań nad sensoryką i diagnozą autyzmu. Brak różnic w przetwarzaniu zapachów społecznych może być kluczowym neurofizjologicznym aspektem wyjaśniającym trudności interpersonalne w ASD.

W 2023 roku Morgane Dantec z zespołem przeprowadziła badanie pilotażowe mające na celu zbadanie wpływu zapachów na zachowanie dzieci i młodzieży ze spektrum autyzmu. W tym celu badacze opracowali protokół dostosowany do badania terenowego w znanym środowisku szkolnym dla ośmiorga dzieci i młodzieży. Oceniano w nim wpływ zapachów na występowanie krzyku, pobudzenia i zachowań agresywnych. Wyniki uzyskane z badania sugerują, że zapachy mogą redukować pewne cechy behawioralne, takie jak pobudzenie i krzyk. Podkreślono również, że badanie powinno być powtórzone na większej liczbie osób.

Wnioski

Zaprezentowanie wyników analizy literatury wskazuje na to, że u osób ze spektrum autyzmu częściej odnotowuje się występowanie zaburzeń w zakresie odczuwania zapachów. Najczęściej u osób neuroatypowych występuje hiperosmia, czyli nadwrażliwość zapachowa, a rzadziej hiposmia, czyli niedowrażliwość na zapachy. Badacze często podkreślają konieczność wykonywania badań prognozy wrażliwości zapachowej

u osób ze spektrum autyzmu i wykrywania zdolności identyfikowania zapachów, ponieważ zaburzenia tychże dwóch funkcji mogą znacząco wpływać m.in. na sferę społeczną, psychiczną i fizyczną. Autorki niniejszego opracowania rekomendują, by badanie węchu stało się standardem w procesie diagnozowania objawów spektrum autyzmu. Wyzwaniem dla badaczy i badaczek jest opracowanie dostosowanego narzędzia badawczego.

Podsumowanie

Postuluje się, aby badanie węchu i zdolności węchowych było standardem w diagnostyce osób ze spektrum autyzmu. Podejście to stwarza większe możliwości terapeutyczne i daje szansę na poprawę jakości życia osób z neuroróżnorodnością. W ostatnim czasie dość intensywnie propagowany jest trening węchowy w opracowaniu Thomasa Hummela oraz Metoda Terapii Olfactor autorstwa Agnieszki Hamerlińskiej. Warto by przyrzeć się badawczo efektom prowadzonych terapii, które powinny być traktowane nie jako element przypadkowy, jednorazowy w ramach prowadzonych zajęć terapeutycznych, ale jako zorganizowany cykl spotkań, w ramach których wykonywane są ćwiczenia kognitywne z zastosowaniem zmysłu węchu.

Literatura

- American Psychiatric Association, 2013, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*, American Psychiatric Publishing, Inc., <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Ashwin Ch., Chapman E., Howells J., Rhydderch D., Walker I., Baron-Cohen S., 2014, *Enhanced olfactory sensitivity in autism spectrum conditions*, „Molecular Autism”, vol. 5, 53.
- Bojarowicz H., Ziólkowska A., Krysiński J., 2016, *Wyjątkowość zapachu*, „Hygeia Public Health”, vol. 51(2), s. 154–160.
- Boudjarane M.A., Grandgeorge M., Marianowski R., Misery L., Lemonnier E., 2017, *Perception of odors and tastes in autism spectrum disorders: A systematic review of assessments*, „Autism Research”, vol. 10(6), s. 1045–1057.
- Catani M., Dell'acqua F., Budisavljevic S., Howells H., Thiebaut de Schotten M., Froudish-Walsh S., D'Anna L., Thompson A., Sandrone S., Bullmore E.T., Suckling J., Baron-Cohen S., Lombardo M.V., Wheelwright S.J., Chakrabarti B., Lai M.C., Ruigrok A.N., Leemans A., Ecker C., Consortium M.A., Craig M.C., Murphy D.G., 2016, *Frontal networks in adults with autism spectrum disorder*, „Brain”, vol. 139, s. 616–630.
- Dantec M., Cazalis F., Peyrical A., Luisier A.C., Benabou C., Coeur-Bizot S., Mandairon N., Mantel M., Bensafi M., 2023, *A pilot study of the impact of smells on the behavior of level 3 autistic children and adolescents during an ongoing task*, <https://doi.org/10.1101/2023.12.15.571849>
- DeMyer M., 1975, *Research in infantile autism: a strategy and its results*, „Biological Psychiatry”, vol. 10, s. 433–452.

- Eagleman D., 2023, *Dynamiczny mózg. Historia nieustannych przeobrażeń*, Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.
- Gałecki P., Pilecki M., Rymaszewska J., Szulc A., Sidorowicz S., Wciórka J., 2018, *Kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych DSM-V*, Wrocław: Wydawnictwo Edra Urban & Partner.
- Gilbert A., 2010, *Co wnosi nos? Nauka o tym, co nam pachnie*, Warszawa: Wydawnictwo W.A.B.
- Gottfried J.A., 2006, *Smell: central nervous processing*, „Advances in Oto-Rhino-Laryngology”, vol. 63, s. 44–69.
- Hamerlińska A., 2019, *Węch przedmiotem badań również logopedii*, „Logopedia”, nr 48(1), s. 187–201.
- Hamerlińska A., 2023, *Olfactor – an invention for olfactory stimulation*, Kraków: Jagielloński Instytut Wydawniczy.
- Hamerlińska A., 2024, *Metoda Terapii „Olfactor” w przestrzeni nauk pedagogicznych: w neurodydaktyce, pedagogice specjalnej i logopedii*, „Lubelski Rocznik Pedagogiczny”, t. 43, nr 3, s. 155–172, <http://doi.org/10.17951/lrp.2024.43.3.155-172>
- Hawkes C.H., 2002, *Smell and taste complaints*, London: Butterworth-Heinemann.
- Hermelin B., O'Connor N., 1970, *Psychological Experiments with Autistic Children*, Oxford: Pergamon Press.
- Huang G., Qiu Y., Tan S., Mamo Q., Zou L., 2022, *Impaired odor identification ability and olfactory hedonic capacity in children with elevated autistic traits*, „Journal of Sensory Studies”, no. 4, s. 1–8.
- Jaarsma P., Welin S., 2012, *Autism as a Natural Human Variation: Reflections on the Claims of the Neurodiversity Movement*, „Health Care Analysis”, vol. 20(1), s. 20–30.
- Kinnaird E., Stewart C., Tchanturia K., 2020, *The relationship of autistic traits to taste and olfactory processing in anorexia nervosa*, „Molecular Autism”, vol. 11, 25, <https://doi.org/10.1186/s13229-020-00331-8>
- Kotas R., 2021, *Opracowanie obiektywnej metody detekcji i analizy zaburzeń w węchowych potencjałach wywołanych*, seria „Monografie Politechniki Łódzkiej”, Łódź: Politechnika Łódzka.
- Kovács T., Cairns N.J., Lantos P.L., 1999, *Beta-amyloid deposition and neurofibrillary tangle formation in the olfactory bulb in ageing and Alzheimer's disease*, „Neuropathology and Applied Neurobiology”, vol. 25(6), s. 481–491.
- Larsson M., Tirado C., Wiens S., 2017, *A Meta-Analysis of Odor Thresholds and Odor Identification in Autism Spectrum Disorders*, „Frontiers in Psychology”, vol. 8, 679.
- Lotter V., 1966, *Epidemiology of autistic conditions in young children: I. Prevalence*, „Social Psychiatry”, vol. 1, s. 124–137.
- Majewicz P., 2023, *ICD-11 – implikacje w badaniach i praktyce psychologiczno-pedagogicznej*, „Lubelski Rocznik Pedagogiczny”, t. 42, nr 1, s. 123–139.
- Marciniak-Firadza R., 2021, *Zmysł węchu – istota, zaburzenia, diagnoza, terapia (Na przykładzie logopedy pracującego z dziećmi)*, „Logopedia”, nr 50(2), s. 169–183.
- Moberg P.J., Agrin R., Gur R.E., Gur R.C., Turetsky B.I., Doty R.L., 1999, *Olfactory dysfunction in schizophrenia: A qualitative and quantitative review*, „Neuropsychopharmacology”, vol. 21, s. 325–340.
- Mydlikowska-Śmigórska A., Śmigórski K., Rymaszewska J., 2019, *Specyfika funkcjonowania węchowego osób starszych. Różnice między starzeniem się fizjologicznym a patologią*, „Psychiatria Polska”, nr 53(2), s. 433–446.
- Odowska-Szlachcic B., 2010, *Metoda integracji sensorycznej we wspomaganiu rozwoju mowy u dzieci z uszkodzeniami ośrodkowego układu nerwowego*, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia.

- Pereira L., Grave J., Noll J., Derntl B., Soares S., Brás S., Sebastião R., 2023, *Characterisation of Physiological Responses to Odours in Autism Spectrum Disorders: A Preliminary Study*, „Applied Sciences”, vol. 13(3), 1970.
- Pisula E., 2014, *Autyzm – przyczyny, symptomy, terapia*, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia.
- Polski Instytut Ekonomiczny, Fundacja JiM, 2022, *Droga do otwarcia rynku pracy w Polsce dla osób autystycznych*, Warszawa, <https://odpowiedzialnybiznes.pl/wp-content/uploads/2022/03/Autyzm...-18.01.2022-HH-net-1.pdf> (dostęp: 10.02.2024).
- Rapiejko P., 2006, *Zmysł węchu*, „Alergoprofil”, nr 2, s. 4–10.
- Rutter M., 1970, *Autistic children: infancy to adulthood*, „Seminars in Psychiatry”, vol. 2, s. 435–450.
- Rutter M., 1978, *Diagnosis and definitions of childhood autism*, „Journal of Autism & Childhood Schizophrenia”, vol. 8(2), s. 139–161.
- Schopler E., Reichler R.J. (red.), 1976, *Psychopathology and child development: Research and treatment*, New York: Plenum Press.
- Sienkiewicz-Jarosz H., Bieńkowski P., 2012, *Neurologiczne aspekty zaburzeń smaku*, „Neurologia po Dyplomie”, t. 7, nr 5, s. 61–66.
- Silberman S., 2017, *Neuroplemiona. Dziedzictwo autyzmu i przyszłość neuro różnorodności*, Białystok: Wydawnictwo Vivante.
- Suchowersky O., Reich S., Perlmutter J., Zesiewicz T., Gronseth G., Weiner W.J., 2006, *Practice parameter: Diagnosis and prognosis of new onset Parkinson disease (an evidence-based review). Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology*, „Neurology”, vol. 66, s. 968–975.
- Tavassoli T., Hoekstra R.A., Baron-Cohen S., 2014, *The Sensory Perception Quotient (SPQ): development and validation of a new sensory questionnaire for adults with and without autism*, „Molecular Autism”, vol. 5(1), 29.
- Urban M., Rabe-Jabłońska J., 2007, *Dysfunkcje węchowe u chorych na schizofrenię*, „Psychiatria Polska: Organ Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego”, t. 41(4), s. 503–512.
- WHO, 2024, *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics*, <https://icd.who.int/browse/2024-01/mm/s/en> (dostęp: 10.02.2024).
- Wicker B., Monfardini E., Royet P.J., 2016, *Olfactory processing in adults with autism spectrum disorders*, „Molecular Autism”, vol. 7, 4.
- Wing L., 1981, *Asperger’s syndrome: A clinical account*, „Psychological Medicine”, vol. 11, s. 115–130.
- Wing L., 2005, *Reflections on opening Pandora’s box*, „Journal of Autism and Childhood Schizophrenia”, vol. 8, s. 79–97.
- Zwaigenbaum L., 2006, *Neurobiologia rozwojowa zaburzeń ze spektrum autyzmu*, „The Journal of Neuroscience”, vol. 26, s. 97–106.

Urszula Jęczeń  <https://orcid.org/0000-0002-4523-7322>

Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej, Wydział Filologiczny, Katedra Logopedii i Językoznawstwa Stosowanego,
ul. Sowińskiego 17, 20-040 Lublin, e-mail: urszula.jeczen@mail.umcs.pl

Weronika Żuber  <https://orcid.org/0009-0005-4028-7434>

Niepubliczna Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna „Lilium”, ul. Dereniowa 52/54, 02-776 Warszawa,
e-mail: weronika.zuber12@gmail.com

Rozwój mowy i komunikacji w zespole Aperta. Studium przypadku

Speech and Communication Development in Apert Syndrome. A Case Study

Słowa kluczowe: zespół Aperta, akrocefalosyndaktylia, zaburzenia neurorozwojowe, ocena logopedyczna

Keywords: Apert syndrome, acrocephalosyndactyly, neurodevelopmental disorders, speech-language assessment

Streszczenie

Zespół Aperta jest rzadką chorobą genetyczną, która charakteryzuje się wrodzonym, przedwczesnym zrośnięciem szwów czaszkowych (kraniostenozą) oraz palczozrostem (syndaktylia). Z przedstawionych w literaturze badań wynika, że zaburzenia rozwoju w tym zespole mają złożony charakter i obejmują wszystkie aspekty funkcjonowania dziecka w sferach: poznawczej, językowej, emocjonalnej, społecznej i edukacyjnej. W omawianym zespole mamy do czynienia z wieloprofilową patogenezą zaburzeń mowy i komunikacji. Leczenie dzieci z zespołem Aperta stanowi ogromne wyzwanie zarówno diagnostyczne, jak i terapeutyczne. Jak wynika z literatury i praktyki logopedycznej, w terapii dzieci z zespołem Aperta konieczne jest wieloprofilowe i zindywidualizowane podejście w odniesieniu do potrzeb konkretnego pacjenta.

W artykule zaprezentowano przypadek pięcioletniego chłopca, u którego dokonano oceny logopedycznej w zakresie: budowy i funkcjonowania aparatu mowy, artykulacji, słuchu

Funding information: U.J. – Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej, Wydział Filologiczny, Katedra Logopedii i Językoznawstwa Stosowanego; W.Ż. – Niepubliczna Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna „Lilium”, Warszawa.
The percentage share of the Authors in the preparation of the work is: U.J. – 50.00%, W.Ż. – 50.00%.
Declaration regarding the use of GAI tools: Not used.
Conflicts of interests: None.
Ethical considerations: The Authors assure of no violations of publication ethics and take full responsibility for the content of the publication.
Received: 2025.07.08. Accepted: 2025.09.22.

fonematycznego, słownictwa czynnego, sprawności słowotwórczej i narracyjnej. Wykorzystano też informacje zawarte w dostępnej dokumentacji medycznej, a także uzyskane w wywiadzie przeprowadzonym z mamą chłopca – w celu pełnej charakterystyki różnych sfer jego funkcjonowania.

Abstract

Apert syndrome is a rare genetic disorder characterized by congenital, premature fusion of cranial sutures (craniosynostosis) and syndactyly (fusion of fingers and/or toes). Research presented in the literature indicates that developmental disorders in this syndrome are complex and affect all aspects of a child's functioning, including cognitive, linguistic, emotional, social, and educational domains. In this syndrome, we are dealing with a multifactorial pathogenesis of speech and communication disorders. Treating children with Apert syndrome poses a significant diagnostic and therapeutic challenge. As it results from the literature and speech therapy practice, in the therapy of children with Apert syndrome, a multi-profile and individualized approach is necessary in relation to the needs of a specific patient.

This article presents the case of a five-year-old boy who underwent a speech-language assessment covering the structure and function of the speech apparatus, articulation, phonemic hearing, expressive vocabulary, word-formation skills, and narrative abilities. Information from available medical documentation as well as data obtained from an interview with the boy's mother was also used to provide a comprehensive characterization of various areas of the child's functioning.

Wprowadzenie

W literaturze odnoszącej się do chorób genetycznych czytamy, że „definicja wrodzonych wad rozwojowych jest bardzo szeroka, obejmuje zaburzenia o różnej etiologii, patogenezie czy o różnym momencie ich powstania” [Śmigiel, Łaczmańska, 2012, s. 11]. Definicja zaburzeń rozwojowych odnosi się do wad anatomicznych i nieprawidłowości w funkcji komórek i tkanek, zaburzeń chromosomalnych i molekularnych, dziedziczonych oraz wieloczynnikowych, które zostały nabyte w okresie przed urodzeniem [Śmigiel, Łaczmańska, 2012, s. 11]. Pochylając się nad problematyką zaburzeń rozwojowych u dzieci, należy przywołać pojęcie tak zwanej choroby rzadkiej, której mianem może być określanych wiele schorzeń. Jak piszą cytowani wyżej autorzy, według nomenklatury europejskiej choroba rzadka oznacza jednostkę chorobową, która występuje w populacji u jednej na 2 tysiące osób lub rzadziej¹.

1 Z literatury wynika, że „zdefiniowano blisko 8 tysięcy chorób rzadkich, których lista jest nadal otwarta. Szacuje się, że w krajach europejskich na choroby rzadkie choruje co najmniej 27 milionów ludzi. Choroby te mają heterogenną symptomatologię, postępujący przebieg i bardzo różne rokowania, niejednokrotnie niepomyślne. [...] Większość z nich to zespoły genetyczne o różnej etiologii” [Śmigiel, Łaczmańska, 2012, s. 13]. Z doniesień przedstawionych przez Agnieszkę Kamyk-Wawryszuk wynika, że w Polsce z taką diagnozą żyje około 2–3 milionów pacjentów (Załącznik do uchwały nr 88...

Zespół Aperta – etiologia i charakterystyka ogólna

Zespół Aperta (ZA, ang. *Apert's syndrome*, łac. *acrocephalosyndactylia*) to rzadki, uwarunkowany genetycznie zespół wad wrodzonych układu kostnego, który dziedziczony jest autosomalnie dominująco. W ICD-10 otrzymał kod Q87.0, a w ICD-11 LD:24.G2 [Choroby Rzadkie, b.r.]. Charakteryzuje się wrodzonym, przedwczesnym zrośnięciem szwów czaszkowych (kraniostenozą²) oraz palczozrostem (syndaktylia). Zaliczany jest do grupy dysostoz czaszkowo-twarzowych [Jakubiuk-Tomaszuk i in., 2012, s. 73]. Pierwsze informacje o symptomach charakterystycznych dla tego zespołu opracował pod koniec XIX wieku S.W. Wheaton, a pierwszy jego obraz kliniczny ukazał się na początku ubiegłego stulecia – opracował go francuski pediatra Eugene Charles Apert w latach 1868–1940. W 1906 roku opisał on dziewięć przypadków pacjentów o charakterystycznych wadach wrodzonych w obrębie czaszki i palców rąk oraz stóp [Chen, 2005; Jakubiuk-Tomaszuk i in., 2012, s. 73–77; Szczupał, 2013, s. 81–93]. Prawdopodobnie jest to najbardziej znany i najlepiej opisany typ akrocefalosyndaktylii³ typu I (ACS1). Częstość występowania szacuje się na 1 na 65 tysięcy (około 15,5 na milion) żywych urodzeń [Chen, 2005, s. 61] i jest ona zależna od rasy. Najwyższy wskaźnik zachorowalności u noworodków występuje w przypadku rasy żółtej, natomiast najniższy u osób z rejonu Półwyspu Iberyjskiego [Tolarova i in., 1997, s. 394]. Zespół ten cechuje wysoki procent śmiertelności przede wszystkim w pierwszym roku życia dziecka.

2024). Dana choroba może być diagnozowana w małej grupie osób – na przykład rdzeniowy zanik mięśni rozpoznany jest u około 1000 osób w Polsce (Fundacja SMA, b.r.). Stąd często potocznie mówi się, że choroby rzadkie nie są wcale takie rzadkie [podkreślenie autorek] [Kamyk-Wawryszuk, 2022, s. 21]. Z punktu widzenia medycznego przyjmuje się, że są one diagnozowane u 5 osób na 10 tysięcy żywych urodzeń [Libura i in., 2016, s. 5].

2 Wada ta zazwyczaj ujawnia się już w chwili porodu, a częstość jej występowania jest szacowana na mniej więcej jeden przypadek na 2 tysiące żywych urodzeń. Przedwczesne zrośnięcie szwów czaszkowych prowadzi do deformacji zarówno sklepienia, jak i podstawy mózgowca (w części przypadków również do zaburzeń w obrębie twarzoczaszki). Zmiany tego typu mogą spowodować wystąpienie miejscowego nadciśnienia śródczaszkowego, a co za tym idzie – zaburzeń rozwoju psychoruchowego pod postacią zaburzeń wyższych czynności nerwowych, takich jak np. mechanizmy nabywania mowy – zarówno biernej, jak i czynnej, słuchu fonematycznego, złożonych funkcji wzrokowo-przestrzennych, mechanizmów kojarzenia itd. Dodatkowo mogą im towarzyszyć zaburzenia emocjonalne związane z nieprawidłowym kształtem czaszki i – w jego następstwie – problemy o charakterze społecznym, mogące znacząco obniżyć jakość życia w wieku późniejszym [Hankus, Larysz, 2014, s. 166–167].

3 Akrocefalosyndaktylia (ACS) jest to rzadki zespół polimalformacyjny, który charakteryzuje się agnizją ciała modzelowatego, anomaliami w budowie kończyn, niewielkimi anomaliami czaszkowo-twarzowymi i niepełnosprawnością intelektualną. Anomalie czaszkowo-twarzowe w tym zespole obejmują makrocefalię z uwypuklonym czołem i potylicą, hiperteloryzm, duże ciemiączko przednie, krótki nos z szerokim grzbietem oraz krótką zuchwę. Główną cechą tego zespołu jest hipoplazja lub agenezja ciała modzelowatego oraz kraniosynostozą (przedwczesne zrośnięcie jednego lub kilku szwów czaszkowych) [Wiedza o chorobach rzadkich..., b.r.].

Współwystępujące zaburzenia neurologiczne⁴ pod postacią objawów wzmożonego ciśnienia śródczaszkowego, padaczki i niepełnosprawności intelektualnej mogą być wynikiem przedwczesnego kostnienia szwów czaszkowych i/lub agenezji ciała móżdżkowego, braku przegrody przezroczystej, torbieli spłotów naczyńiowych i wtórnych zaników korowych. Wczesny zabieg kraniotomii wpływa na przebieg rozwoju intelektualnego [Jakubiuk-Tomaszuk i in., 2012, s. 73].

Objawy kliniczne zespołu

Objawy zespołu Aperta są bardzo charakterystyczne i łatwo dostrzegalne przez lekarzy z racji nieprawidłowości w budowie czaszki, twarzy, palców rąk i stóp oraz ciała dziecka. Nieprawidłowości w budowie zewnętrznej organizmu mogą przyczyniać się do zaburzeń pracy narządów wewnętrznych. Opracowano kliniczny podział cech zespołu Aperta, który wyróżnia siedem klas zaburzeń: zaburzenia wzrostu i rozwoju ciała, nieprawidłowości w narządach wewnętrznych, zaburzenia w obrębie ośrodkowego układu nerwowego (OUN), zaburzenia rozwojowe i neuropsychologiczne, nieprawidłowości czaszkowo-twarzowe, zaburzenia szkieletowe, objawy skórne [Hankus, Larysz, 2014, s. 170].

Do charakterystycznych nieprawidłowości w budowie twarzoczaszki zaliczamy: pociągły kształt czaszki, duży obwód głowy, płaską potylicę, szerokie i wypukłe czoło, płytkie oczodoły, hiperteloryzm (wytrzeszczone i szeroko rozstawione oczy), przeciwnośne ustawienie szpar powiekowych, dysmorfie twarzy, zapadniętą i szeroką nasadę nosa, nozdrza skierowane do góry oraz niskie osadzenie małżowin usznych. Występują również: hipoplazja, najczęściej górnej szczęki, opóźnione wyrzynanie zębów, rozszczep wyrostka zębodołowego i/lub wargi oraz liczne wady zgryzu (między innymi: podniebienie gotyckie, zgryz krzyżowy, zgryz otwarty) [Antoszewski, Marciszewska, Świech, 2006, s. 118–222; Juszcak, 2006, s. 13–16].

Typowe dla tego zespołu są różne nieprawidłowości w funkcjonowaniu układu nerwowego. Zanotowano współwystępowanie napadów padaczkowych oraz opóźnień rozwoju, które są wynikiem wzrostu ciśnienia śródczaszkowego. Najczęściej diagnozowano również poszerzenie układu komorowego oraz zaburzenia wzroku, takie jak wytrzeszcz, egzotropia (zez rozbieżny), ezotropia (zez zbieżny) oraz zanik nerwu wzrokowego spowodowany obrzękiem tarczy tego nerwu [Szczepkowska, Osica, Janas-Naze, 2016, s. 291].

4 Należy zwrócić uwagę, że „w przypadku rzadkich chorób neurologicznych ich symptomy ujawniają się często u dziecka przed ukończeniem przez nie 3. r.ż. Im niższy wiek wykrycia symptomów choroby, tym większy jest ich wpływ na rozwój dziecka, można wskazać, że rzadkie choroby neurologiczne będą determinowały jakość życia dzieci, zaistnienie u nich potrzeb komunikacyjnych i edukacyjnych, jak i nakreślały ścieżkę ich dalszego rozwoju” [Kamyk-Wawryszuk, 2023, s. 34].

Charakterystycznymi cechami są także: niski wzrost, zrosnięte kręgi szyjne, zaburzenia w budowie ciała modzelowatego, zrosnięte i łamliwe paznokcie, skrócone kończyny górne czy też sztywność stawów i ich zrost. Mogą występować również: nadmierne potliwość, niedobór melaniny, infekcje skórne, trądzik, wady sercowo-naczyniowe, wady układu oddechowego (bezdech nocny), wady żołądkowo-jelitowe, wady moczowo-płciowe (macica dwurożna) oraz nieprawidłowości w działaniu mięśni oczu. Około 40–50% osób z zespołem Aperta to osoby niepełnosprawne intelektualnie, najczęściej w stopniu lekkim, jednakże występują również przypadki zdiagnozowania stopnia głębokiego [Szczała, 2013, s. 85–86].

Z badań wynika, że zespół Aperta u płodu można zdiagnozować w 2. trymestrze ciąży w wyniku badania ultrasonograficznego⁵. Zespół ten jest stanem zagrożenia życia, dlatego rehabilitację należy podjąć od narodzin dziecka. Mały pacjent powinien znaleźć się pod opieką: neurochirurga, neurologa, otolaryngologa, dermatologa, chirurga szczękowego, ortodonta, ortopedy, okulisty, pediatry, logopedy, psychologa i psychiatry. Już w trakcie 3. i 4. miesiąca życia dziecko poddawane jest operacji powiększenia i modelowania czaszki. Przed 1. rokiem życia, wykonuje się operację rozdzielenia palców u stóp, a następnie wieloetapowy zabieg rozdzielenia paluszków u rąk. Jeżeli występuje rozszczep wargi lub/i podniebienia, leczenie wdrażane jest zazwyczaj między 2. a 5. rokiem życia. Zabieg rekonstrukcji twarzy zazwyczaj wykonywany jest po 8. roku życia. Z kolei zabiegi chirurgii plastycznej szczęki, nosa, powiek są przeprowadzane między 10. a 18. rokiem życia [Chen, 2005; Szczała, 2013, s. 86].

U dzieci z zespołem Aperta z powodu licznych anomalii w budowie ciała oraz długiego czasu spędzonego w szpitalu bez kontaktu z rówieśnikami mogą pojawić się: problemy z samoakceptacją, silny stres, ograniczenie aktywności poznawczej, społecznej oraz kinestetyczno-ruchowej. Wszystkie te czynniki zaburzają rozwój emocjonalny i psychospołeczny dziecka [Antoszewski, Marciszewska, Świech, 2006; Szczała, 2013, s. 89].

Podłoże zaburzeń mowy

Jak zauważają badacze, zaburzenia mowy i komunikacji u dzieci z ZA mają wieloczynnikową etiopatogenezę i dlatego powinny być diagnozowane z pełnym zrozumieniem potrzeb każdego z małych pacjentów [Hankus, Larysz, 2014, s. 175].

⁵ U 25-tygodniowego płodu można już zauważyć poszerzenie komór bocznych mózgowia (kolpocefalię, która może sugerować agenezję ciała modzelowatego i nieprawidłowe wzrastanie istoty białej), syndaktylię palców rąk, nieprawidłową budowę stóp, obniżony grzbiet nosa, wypukłą kość czołową, nisko osadzone uszy. Po 28. tygodniu widoczny jest dokładny kształt czaszki oraz cechy dysmorfii twarzy, m.in.: wydane czoło, szeroki otwarty szew czołowy, hiperteloryzm oraz hipoplazję środkowej części twarzy [szerzej na ten temat: Hankus, Larysz, 2014].

Beata Skotnicka w artykule na temat „sytuacji trudnych” w komunikacji z dzieckiem z omawianym zespołem pisała:

[...] złożona patogeneza zaburzeń mowy i komunikacji u dzieci z zespołem Aperta, będąca wynikiem przedwczesnego zrośnięcia szwów czaszkowych, prowadzi do deformacji zarówno sklepienia, jak i podstawy mózgowcowej (w części przypadków również zaburzeń w obrębie twarzoczaszki). Te zmiany mogą spowodować wystąpienie miejscowego nadciśnienia śródczaszkowego, a co za tym idzie – zaburzeń rozwoju psychoruchowego pod postacią zaburzeń wyższych czynności nerwowych, takich jak np. mechanizmy nabywania mowy – zarówno czynnej, jak i biernej, słuchu fonematycznego, złożonych funkcji wzrokowo-przestrzennych, mechanizmów kojarzenia itd. [Skotnicka, 2022, s. 182].

Ponadto zdaniem cytowanej autorki dziecku mogą towarzyszyć zaburzenia emocjonalne związane z nieprawidłowym kształtem czaszki i – w jego następstwie – problemy o charakterze społecznym, mogące znacząco obniżać jakość życia. Anomalie w budowie twarzoczaszki oraz rozległe zaburzenia w budowie i funkcjonowaniu aparatu mowy są przyczyną licznych wad wymowy, które w znaczący sposób utrudniają komunikację [Skotnicka, 2022, s. 182; por. Hankus, Larysz, 2014, s. 175].

U pacjentów z tym zespołem zaburzone są: słuch fonematyczny, złożone funkcje wzrokowo-przestrzenne oraz mechanizmy kojarzenia. Aż 73% dzieci z tym zespołem ma zgryz otwarty, obustronny zgryz krzyżowy ma aż 63%, a jednostronny 22%. Często stwierdza się również opóźnione wyrzynanie zębów (około 68%). Rozszczep podniebienia może występować u blisko trzech czwartych dzieci z tym zespołem. Charakterystyczne jest także skrócone, wysoko wysklepione, zwężone podniebienie twarde oraz wydłużone, pogrubiałe podniebienie miękkie. Struktury nosogardła w wymiarze pionowym i poziomym są istotnie zmniejszone, co przyczynia się do znacznego zmniejszenia objętości dróg oddechowych, uniemożliwiającego mowę normatywną. Zaburzenia w budowie twarzoczaszki powodujące deformacje w obrębie aparatu artykulacyjnego są przyczyną różnych deprivacji w procesie rozwoju mowy oraz powodują liczne wady wymowy określane mianem dysglosji [Hankus, Larysz, 2014, s. 174]. Obstrukcja górnych dróg oddechowych, związana ze zmniejszeniem objętości jamy nosowej oraz jamy gardła, często powoduje zaburzenia oddechowe. Do najczęstszych z nich należy zespół bezdechu sennego. Nierzadko stwierdza się wręcz zaburzenia oddychania wymagające zaopatrzenia tracheostomią. W zespole Aperta mogą występować przewodzeniowe zaburzenia słuchu⁶ [Hankus, Larysz, 2014, s. 174].

6 Szerzej na temat zaburzeń mowy oraz charakterystycznych cech w budowie ucha dziecka z opisywanym zespołem przeczytamy m.in. w artykułach Agnieszki Hankus i Dawida Larysza [2014, s. 166–181] oraz Marty Dziegielewskiej i Henryka Skarżyńskiego [2024, s. 77–82].

Opis przypadku

Większość prac naukowych poświęconych rzadkim zespołom genetycznym, w tym zespołowi Aperta, ma charakter kazuistyczny, co wynika ze specyfiki choroby zdiagnozowanej u dziecka. Ma to swoje uzasadnienie, ponieważ w metodologii logopedii oraz w diagnozie i terapii logopedycznej stosuje się metodę indywidualnego studium przypadku⁷ [Kamyk-Wawryszuk, 2022, s. 25].

Z perspektywy logopedycznej opisy indywidualnych przypadków pozwalają nie tylko na doskonalenie technik diagnostyczno-terapeutycznych, ale też otwierają przestrzeń do refleksji teoretycznej nad kryteriami różnicowania współwystępujących jednostek patologii mowy [Bigos, Panasiuk, Popiołek-Janiec, 2021, s. 203].

W przypadku niniejszego artykułu logopedycznemu badaniu poddano pięcioletniego chłopca z zespołem Aperta. Zespół genetyczny został zdiagnozowany w 30. tygodniu ciąży. Po narodzinach chłopiec przebywał 3 miesiące w szpitalu w USA z powodu problemów z oddychaniem, SEPS-y oraz nieprawidłowej pracy serca (częstoskurcz). W 12. i 15. miesiącu życia przebył operacje chirurgiczne rozdzielenia palców u rąk i stóp. Z kolei w 18. miesiącu życia przeprowadzono operację poszerzenia czaszki.

Chłopiec karmiony był butelką do 2. roku życia i wolno przybierał na wadze. Karmienie było dla niego bardzo męczące z racji anomalii w budowie twarzoczaszki, m.in. zwężonych kanałów nosowych oraz wysoko wysklepionego podniebienia. Głuchota pojawiła się około 6. miesiąca życia, gaworzenie zaś wraz z umiejętnością siadania około 1. roku życia. Pierwsze słowa wypowiedział około 2. roku życia, zdania pojawiły się około 3. roku życia. Zaczął chodzić samodzielnie około 18. miesiąca życia.

Od 1. roku życia bierze udział w terapii logopedycznej w wymiarze 45 minut w tygodniu. Dodatkowo w przedszkolu, do którego uczęszcza, w ramach zajęć wczesnego wspomagania rozwoju również uczestniczy w zajęciach logopedycznych – 2 razy po 30 minut tygodniowo. Badania psychologiczne wykonane w 2023 r. wykazały niepełnosprawność intelektualną w stopniu lekkim. Chłopiec jest pod stałą opieką lekarzy różnych specjalizacji – neurologa, kardiologa, okulisty, ortopedy oraz audiologa. W wieku 5 lat u chłopca pojawiły się ataki padaczkowe.

Początkowo chłopiec uczęszczał do przedszkola publicznego, jednak był tam alienowany przez inne dzieci. Aktualnie chodzi do przedszkola integracyjnego, w którym czuje się szczęśliwy i akceptowany. Na co dzień spotyka się z niestosownymi określeniami odnoszącymi się do jego nieco „innego” wyglądu. Aby walczyć o akceptację, razem ze swoją mamą wystąpił w dwóch programach telewizyjnych. Reportaże opowiadały o codziennym życiu chłopca oraz jego doświadczeniach. Pojawiły się one w programach „Miłego popołudnia” (11.03.2025 r.) oraz „Zdarzenia” (26.03.2025 r.), emitowanych na kanale TVP Lublin.

⁷ Na temat metody indywidualnych przypadków w logopedii pisała Agnieszka Banaszkiwicz [2015, s. 364–380].

Na co dzień badany chłopczyk jest bardzo wesoły, zawsze uśmiechnięty i niezwykle otwarty. Nie wykazuje problemów w nawiązywaniu kontaktów z rówieśnikami oraz osobami dorosłymi. Najwięcej czasu spędza z mamą oraz swoimi starszymi braćmi. Jest niezwykle ciekawy świata, zadaje bardzo dużo pytań. Sam analizuje i wyciąga trafne wnioski z różnych sytuacji. Chętnie uczestniczy w zabawach i zajęciach, które angażują jego ciekawość. Najbardziej lubi grać w gry, układać puzzle, tańczyć, jeździć na hulajnodze i huśtać się na huśtawce. Chłopiec interesuje się elektroniką, zwraca szczególną uwagę na światła oraz dźwięki wydawane przez urządzenia.

W trakcie przeprowadzania badań podjęto próby odpowiedzi na następujące pytania:

1. W jaki sposób zaburzenia w budowie twarzoczaszki, powodujące deformacje w obrębie aparatu artykulacyjnego, przyczyniają się do powstania różnych deprivacji w procesie rozwoju mowy oraz powodują liczne wady wymowy?
2. Jakiego typu wady wymowy są charakterystyczne dla dziecka z ZA?
3. Czy przewodzeniowe zaburzenia słuchu o podłożu neurologiczno-sensorycznym, wynikające z nawracających zapaleń ucha środkowego, mają wpływ na rozwój mowy dziecka?
4. Czy anomalie w budowie ciała oraz długi czas spędzony w szpitalu bez kontaktu z rówieśnikami wpłynęły znacząco na problemy z samoakceptacją, ograniczenie aktywności poznawczej, społecznej oraz kinestetyczno-ruchowej?
5. Czy dziecko z ZA ma wystarczająco rozwinięte słownictwo bierne i czynne?
6. Jaki jest poziom sprawności słowotwórczej oraz narracyjnej badanego chłopca?

W ocenie dynamiki rozwoju wymowy badanego chłopca posłużono się kwestionariuszem obrazkowym do analizy wymowy oraz do oceny słuchu fonematycznego (własnego autorstwa). Wykonano próby służące ocenie sprawności motoryki narządów artykulacyjnych oraz ocenie warunków anatomiczno-czynnościowych, ocenie oddychania fizjologicznego i mownego na podstawie wskazówek zawartych w publikacjach Danuty Pluty-Wojciechowskiej [2019] oraz Moniki Łuszczuk [2022, s. 315–334], przeprowadzono również próby służące ocenie odgryzania, żucia i połykania. Wykorzystano też informacje zawarte w dostępnej dokumentacji medycznej, a także uzyskane w wywiadzie przeprowadzonym z mamą chłopca. Zastosowano *Inwentarz rozwoju mowy i komunikacji. Słowa i zdania* w zakresie słownictwa czynnego w opracowaniu Magdaleny Smoczyńskiej [Smoczyńska i in., 2015] w celu analizy rozwoju zasobu leksykalnego i składniowego badanego chłopca. Wykonano również próby oceniające sprawność słowotwórczą (zostały one opracowane na podstawie publikacji Ewy Muzyki-Furtak [2010]) oraz sprawność narracyjną na podstawie historyjki obrazkowej pozyskanej z zasobów internetowych (na bazie metodologii Barbary Bokus [1991]).

Ocena logopedyczna

Z przeprowadzonych oględzin wynika, że budowa narządów artykulacyjnych u chłopca nie jest prawidłowa. Jama ustna badanego jest mała. Jama nosowa jest zwężona, a łuki zębowe i zęby są zmniejszone. Wynika to z zastoju w rozwoju twarzoczaszki chłopca. Żuchwa rozwija się w sposób prawidłowy, przez co występują dysproporcje w jej wielkości w stosunku do twarzoczaszki. Zęby są mleczne i małe. Kierunek wyrastania zębów oraz ich położenie względem siebie są prawidłowe. Charakterystyczną nieprawidłowością w budowie jamy ustnej dla tego zespołu jest wąskie, wysoko wysklepione podniebienie twarde. Język jest odpowiedniej wielkości i długości, podobnie budowa wędzidełka podjęzykowego jest prawidłowa, a jego mobilność nie jest ograniczona.

Badanie sprawności artykulacyjnej narządów mownych pokazało, że chłopiec zmagają się z trudnościami realizacyjnymi w obrębie aparatu mowy. Wiele z nich wynika z nieprawidłowej budowy twarzoczaszki. Pozycja dorsalna języka spowodowana jest przede wszystkim zwężonymi kanałami nosowymi, które uniemożliwiają swobodny oddech dziecka. Nieprawidłowości w obrębie wykonywania ruchów żucia przy zamkniętych ustach oraz niemoc wykonania nadmiernych ruchów żuchwy w prawo i lewo spowodowane są nieprawidłową budową żuchwy względem całej twarzoczaszki. Również jama ustna oraz łuki zębowe są małe. U chłopca zaobserwowano również wzmożone napięcie mięśniowe, w szczególności warg i języka.

W ocenie motoryki narządów artykulacyjnych odnotowano ponadto niemożność wykonania takich ruchów, jak: kląskanie, oblizywanie dolnej wargi, ułożenie języka na dnie jamy ustnej przy szeroko otwartej żuchwie, a następnie unoszenie go za górne zęby, tak aby jego boki stykały się z górnymi zębami trzonowymi, parskanie, mocne zaokrąglenie warg, podkładanie dolnej wargi pod górne zęby przy jednoczesnym odsłonięciu górnych zębów.

Ocena funkcji przyjmowania pokarmu⁸ zobrazowała, iż podczas procesu odgryzania chłopiec chwytając kawałek pokarmu zębami i pociąga go ruchem odrywającym. Proces żucia odbywa się przy otwartej jamie ustnej. Żucie trwa do momentu całkowitego rozdrobnienia pokarmu. Połykanie kęsa przebiega przy zamkniętej jamie ustnej, towarzyszy mu zaś dodatkowe, nadmierne napięcie mięśni twarzy. Chłopiec na co dzień pije z kubka otwartego. Zachłyśnięcia wodą czy pokarmem występują rzadko.

Głównym problemem, z którym zmagają się chłopiec, jest oddychanie torem ustnym w spoczynku. Jego przyczyną jest zwężenie jamy nosowej, która uniemożliwia oddychanie torem nosowym. Powoduje to również brak domknięcia warg, pozycję dorsalną języka oraz odwiedzenie żuchwy. Oddechowi mownemu towarzyszy nosowanie, które można usłyszeć również w barwie głosu.

8 W celu oceny odgryzania, żucia i połykania podano chłopcu rollsy ze zmiksowanych, wysuszonych owoców (rollsy owocowe Bob Snail).

Problemy w zakresie artykulacji wynikają z nieprawidłowości w budowie aparatu mowy i przedstawiają się następująco:

1. Brak realizacji samogłosek nosowych [ɛ] i [ɔ]. Głoski te są substytuowane [e] → [e] oraz [ɔ] → [o].
2. Występują niekonsekwentne zmiany w realizacji głoski [n]. Jest ona realizowana poprawnie, substytuowana głoską [ɲ] lub poddawana elizji: /roʒina/ → /ɲoʒɲa/, /kanapka/ → /kaɲapka/, /garnek/ → /gaɲet/, /uazeka/ → /uazɛnka/, /f'il'iżanka/ → /f'ijzanta/.
3. Występuje substytucja głoski [c] → [ć] w śródgłosie. Jest to prawdopodobnie wynik elizji głoski [k] w wyrazie: /klock'i/ → /koći/.
4. Występuje elizja głoski [ʒ] w nagłosie: /vonet/ → /ʒvonek/.
5. Brak realizacji głosek [l], [l'] oraz [r] w każdej pozycji w wyrazie. Głoski te są substytuowane głoską [j] lub poddane są elizji: /lalka/ → /jaka/, /telefon/ → /tejefon/, /motyl/ → /motyj/, /l'izak/ → /jizat/, /val'iska/ → /vajisa/, /ryba/ → /jiba/, /narty/ → /naty/, /ser/ → /sej/.
6. Brak realizacji szeregu szumiącego. Szereg ten jest substytuowany szeregiem syczącym: /šal'ik/ → /sajit/, /košyk/ → /kosyt/, /myš/ → /mys/, /žaba/ → /zaba/, /užyvy/ → /jzyvy/, /čapka/ → /capka/, /rɛkav'ičk'i/ → /jekav'ick'i/, /kluč/ → /kuc/, /žem/ → /zem/, /drožžufka/ → /dozžufka/.
7. Brak realizacji głoski [ń] w każdej pozycji w wyrazie. Głoska ta jest substytuowana głoską [n], [ɲ] → [n]: /něžv'ež/ → /nežv'ež/, /dyňa/ → /dyna/, /suoń/ → /son/.
8. Brak realizacji głosek [ž] oraz [ž]. Głoski te są substytuowane: [ž] → [z] oraz [ž] → [ʒ]: /žemnak/ → /zemak/, /uazɛnka/ → /uazɛnka/, /žeci/ → /zeći/, /roʒina/ → /joʒia/.
9. Substytucja głoski [k], [k] → [t]: /f'il'iżanka/ → /f'ijzanta/, /l'izak/ → /jizat/, /košyk/ → /kosyt/.

Brak realizacji szeregu szumiącego oraz głoski [r] może być interpretowany jako zjawisko normatywne, zważywszy na wiek chłopca. Inne wadliwe realizacje są zaś zaburzeniem wynikającym z anomalii w budowie aparatu mowy.

Oceny sprawności słowotwórczych dokonano poprzez zbadanie dwóch umiejętności: rozumienia (dekodowania) i tworzenia (kodowania) konstrukcji słowotwórczych. W poleceniu pierwszym ocenie podlegała umiejętność dekodowania (rozumienia) konstrukcji słowotwórczych należących do różnych kategorii [Muzyka-Furtak, 2010]. Poproszono chłopca o sformułowanie parafrazy, np.: „Co to jest: »domek«, »ptaszysko«, »tygryś«, »klamca«, »grzejnik«, »mrożonka«, »samotnik« i »herbaciarnia«?”. Zadaniem badanego była odpowiedź na pytanie, czym są podane desygnaty (zbudowanie wypowiedzi definicyjnej w postaci parafrazy słowotwórczej) oraz wskazanie cech semantycznych badanych wyrazów, np. „domek to jest mały dom”. Chłopiec nie poradził sobie z powierzonym mu zadaniem. Pomimo dwóch prób polecenie nie zostało wykonane.

Kolejne zadanie miało na celu ocenę umiejętności tworzenia (kodowania) konstrukcji słowotwórczych na podstawie parafrazy słowotwórczej. Chłopiec zdecydowanie lepiej wykonał to polecenie. W tabeli 1 zaprezentowano uzyskane odpowiedzi.

Tabela 1. Wyniki oceny umiejętności tworzenia konstrukcji słowotwórczych na podstawie ich cech semantycznych

Parafraza słowotwórcza	Odpowiedź dziecka
Kot, który jest mały to...?	Nie wiem, kot.
Pies, który jest bardzo mały, bardzo ładny i dobry to...?	Nie wiem.
Pani, która jest aktorem to...?	Nie wiem.
Pan, który biega to...?	Biegacz.
Przyrząd, który służy do otwierania butelek i konserw to...?	Nie wiem.
Rzecz, która budzi ludzi rano to...?	Budzik.
Pan, który jest bardzo gruby to...?	Nie wiem.
Sklep, w którym ludzie kupują książki to...?	Księgarnia.

Źródło: opracowanie własne na podstawie Muzyka-Furtak 2010, s. 91–94.

W badaniu chłopiec nie zrozumiał poleceń odnoszących się do konstrukcji deminutywnych. Z obserwacji wynika zaś, że w mowie spontanicznej sam tworzy i używa zdrobnień stosunkowo często. Przy pozostałych przykładach odnoszących się do takich kategorii jak wykonawcy czynności oraz nazwy narzędzi chłopiec udzielił prawidłowej odpowiedzi w dwóch przypadkach: „biegacz” oraz „budzik”. Niestety, nie utworzył konstrukcji słowotwórczej odnoszącej się do nosiciela cechy oraz konstrukcji feminatywnej, natomiast prawidłowo zbudował konstrukcję odnoszącą się do nazw miejsca „księgarnia”⁹.

W celu oceny sprawności narracyjnej wykorzystano czteroelementową historyjkę obrazkową. Zadanie chłopca polegało na ułożeniu wszystkich elementów w kolejności chronologicznej oraz językowe przedstawionej historii. Linię narracji (w odniesieniu do metodologii Barbary Bokus [1991]) tworzyły cztery sytuacje odniesienia, którym nadano tytuły: „ubrudzony piesek”, „włożenie psa do balii”, „splukiwanie szamponu”, „suszenie psa ręcznikiem”. Badany zrealizował opowiadanie w następujący sposób: „Tu jest brudny piesek. Piesek się myje i mama go polewa. Potem się wysuszył i teraz jest czysty.”

9 Na temat umiejętności tworzenia wyrazów pochodnych przez dzieci słyszące i niesłyszące pisała Ewa Muzyka-Furtak następująco: „wysoki poziom rozumienia, tj. dekodowania konstrukcji słowotwórczych, gwarantuje przyswojenie umiejętności ich tworzenia, czyli kodowania. Poziom rozumienia konstrukcji słowotwórczych przewyższa poziom ich tworzenia, co jest zgodne z ogólnymi prawidłami rozwoju języka – percepcja poprzedza ekspresję” [Muzyka-Furtak, 2009, s. 163; por. Marciniak-Firadza, 2016, s. 38]. „Dzieci wykazują wyższą sprawność w zakresie tworzenia kategorii modyfikacyjnych – deminutywów i feminatywów, niż mutacyjnych – nazw wykonawców czynności, obiektów i wytworów, narzędzi, nosicieli cech i miejsc” [Muzyka-Furtak, 2009, s. 163].

W trakcie wykonywania zadania chłopiec prawidłowo ułożył obrazki, w odpowiedniej kolejności przyczynowo-skutkowej. W swoim opowiadaniu zawarł wszystkie cztery sytuacje odniesienia, które zaobserwował na obrazkach. Zachował on również prawidłową linię narracji, odnosząc się do obrazków w sposób chronologiczny. Zawiązał akcję w sposób prawidłowy oraz dodatkowo użył formy kończącej wypowiedź: „i teraz jest czysty”. Narracja była realizowana w sposób płynny, bez pauz oraz powtórzeń. Pod względem leksykalnym wypowiedź obejmuje wyłącznie czasowniki i rzeczowniki niezbędne do opisu przedstawionych zdarzeń. Narrację stanowią trzy zdania, z których jedno jest pojedyncze rozwinięte, a dwa współrzędnie złożone łączne. W tym krótkim opowiadaniu chłopczyk poprawnie użył operatora temporalnego „potem”, który oznacza, że kolejne zdanie odnosi się do następnego zdarzenia.

Wyniki badania zasobu słownika czynnego oraz naśladownictwa na podstawie *Inwentarza rozwoju mowy i komunikacji. Słowa i zdania* [Smoczyńska i in., 2015] prezentuje tabela 2.

Tabela 2. Wyniki badania zasobu słownika czynnego oraz naśladownictwa

Część I				
C.	Lista słów	Mówi	(Maks.)	Uwagi
1	Odgłosy	8	(12)	Brak: BAM/BUM/BĘC, BRRUM BRRUM, TIK TAK, TRALALALA/LALALALA
2	Zwierzęta	42	(43)	Brak: kurczątka
3	Pojazdy	14	(14)	
4	Pokarmy i napoje	66	(66)	
5	Zabawki	18	(18)	
6	Ubrania	23	(24)	Brak: śliniaczek
7	Części ciała	26	(26)	
8	W domu	31	(31)	
9	Przedmioty domowe	48	(48)	Brak: miotła
10	Poza domem	30	(30)	
11	Miejsca	18	(18)	
12	Osoby	27	(27)	
13	Formuły, zabawy, rutynowe czynności	19	(19)	
14	Przymiotniki	32	(33)	Brak: cacy
15	Przysłówki	13	(13)	
16	Czasowniki	123	(123)	
17	Określenia miejsca	16	(16)	
18	Określenia czasu	18	(18)	
19	Określenia miary	20	(20)	
20	Zaimki osobowe i dzierżawcze	17	(17)	
21	Zaimki wskazujące i nieokreślone	9	(9)	
22	Pytania	13	(13)	

Część I				
C.	Lista słów	Mówi	(Maks.)	Uwagi
23	Partykuły	8	(8)	
24	Przymyki	15	(15)	
25	Spójniki	9	(9)	
SUMA		663	670	
D.	Naśladownictwo	3	(3)	

Część II. Zdania				
		Jeszcze nie	Czasem	Często
C.	Łączenie wyrazów	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X
D.	Przykłady wypowiedzi wielowyrazowych			
1	Muszę sobie popatrzeć, gdzie jest to lotnisko.			
2	Uważaj mamo, bo tu jest bardzo duża dziura.			
3	Zobacz, to moje banieczki.			
4	Mogę zrobić ci kawę?			
5	Co teraz będziemy robić?			
6	Teraz to ja będę cię badał mamo.			
7	Chodźmy na plac zabaw.			
8	Chodź, pokażę ci mój szybki rower.			
9	Mamo, narysujesz mi samolot?			
10	Chcę pojechać nad morze i budować zamki z piasku.			
E.	Trzy najdłuższe zdania			
1	Mamo musisz uważać, jak przechodzisz koło mnie, żeby mnie nie uderzyć.			
2	Nie pomagaj mi, ja sam ułożę te puzzle, bo to przecież moja ulubiona bajka.			
3	Mamo, muszę ci przyczepić łańcuszek do torebki, żeby ci klucze nie wypadły.			

Źródło: opracowanie własne na podstawie Smoczyńska i in., 2015.

Chłopiec posługuje się bogatym słownikiem czynnym. Na co dzień nie używa tylko 7 z 670 słów zawartych w kwestionariuszu, lecz je w pełni rozumie. Nie ma problemu z budowaniem zdań prostych i złożonych. Z łatwością realizuje – poprzez naśladownictwo – zasłyszane wcześniej wypowiedzi, poproszony o powtórzenie, zawsze powtarza. Chętnie uczy się wierszyków oraz piosenek.

Podsumowanie

Badany chłopczyk zmagają się ze znacznymi zaburzeniami wymowy. W dzieciństwie zdiagnozowano u niego opóźniony rozwój mowy, natomiast aktualnie obserwuje się dyslalię anatomiczną. Mowa chłopca jest zniekształcona oraz niewyraźna przede wszystkim przez zwężone, wysoko wysklepione podniebienie twarde, małą jamę ustną oraz obniżoną mobilność narządów mowy. W jego mowie nie występują samogłoski nosowe, spółgłoska [l] oraz niektóre spółgłoski zmiękczone i miękkie, takie jak: [lʲ], [ń],

[ż] oraz [ż]. Zmiany w wymowie głosek są często niekonsekwentne lub dotyczą jedynie konkretnej pozycji w wyrazie. Nosowe zabarwienie głosu, chrapanie podczas snu oraz wysiłkowe połykanie mogą świadczyć o nieprawidłowej ruchomości podniebienia miękkiego, powiązanej ze wzmożonym napięciem mięśniowym¹⁰.

Słuch fonematyczny chłopca jest w normie, z łatwością rozróżnia on każdy dźwięk mowy. Podczas prób badania sprawności motorycznej narządów artykulacyjnych u chłopca zaobserwowano różne nieprawidłowości. Pierwszą z nich jest pozycja dorsalna języka, spowodowana zwężoną jamą nosową. Występują zaburzenia w obrębie ruchów żuchwy, które wynikają z anomalii w jej budowie względem całej twarzoczaszki. Odnotowano również wzmożone napięcie mięśniowe warg i języka, które uniemożliwia prawidłową realizację niektórych głosek.

Proces odgryzania, żucia i połykania jest nieprawidłowy. Chłopiec zamiast odgryzać kawałek pokarmu, odrywa go, możliwe też, że wynika to z małej wielkości uzębienia. Proces żucia odbywa się przy otwartej jamie ustnej, prawdopodobnie w wyniku zwężonej jamy nosowej. Dodatkowe napięcia podczas połykania spowodowane są zaburzeniami pracy podniebienia miękkiego.

Oddech w spoczynku realizowany jest poprzez ustny tor oddechowy. Żuchwa chłopca jest odwiedziwna, a język ustawiony w pozycji dorsalnej. Wynika to z niemożności oddychania torem nosowym. Poza tym oddech mowny realizowany jest z delikatnym nosowaniem, które wynika z zaburzeń funkcji podniebienia miękkiego.

W próbie oceniającej umiejętność budowania wypowiedzi narracyjnej chłopiec poradził sobie dość dobrze. Odnosił się do wszystkich sytuacji przedstawionych na obrazkach. Wypowiedź była jednak mało rozbudowana, zupełnie pozbawiona pejzażu świadomości.

Chłopczyk wykazuje trudności w zakresie niektórych konstrukcji słowotwórczych (podczas tworzenia nowych słów i dokonywania ich eksplikacji).

Zakres mowy czynnej chłopca jest prawidłowy, tworzy on poprawne pod względem gramatycznym zdania pojedyncze i złożone.

Wyniki badań potwierdzają, jak istotne jest indywidualne i całościowe podejście do terapii logopedycznej u dzieci z rzadkimi zespołami genetycznymi. Regularna praca z logopedą, zaangażowanie rodziców, odpowiednie wsparcie psychologiczne i integracyjne w środowisku przedszkolnym są niezbędne do zapewnienia dziecku jak najlepszych warunków rozwoju. Badany chłopczyk, mimo trudności, jest otwartym, radosnym i ciekawym świata dzieckiem. Powyższe obserwacje pokazują, że odpowiednia opieka oraz empatyczne podejście mogą znacząco wpłynąć na jakość życia i rozwój każdego dziecka.

10 Tak na ten temat pisze Monika Łuszczuk: „[...] miarą sprawności podniebienia miękkiego w trakcie realizacji wypowiedzi może być natomiast ocena wymowy głosek ustnych, która powinna wiązać się z jego uniesieniem i całkowitym oddzieleniem nosowej i ustnej części gardła” [Łuszczuk, 2022, s. 330].

*

Autorki składają podziękowania rodzicom za otwartość w kontakcie i chęć podzielenia się własnymi doświadczeniami i spostrzeżeniami.

Szczególne wyrazy wdzięczności kierujemy do Jasia i jego mamy – dziękujemy za zaufanie, otwartość i umożliwienie nam przeprowadzenia badań. Wasza historia i wspólna siła w codziennym zmaganiu się z przeciwnościami były dla nas ogromnym źródłem refleksji i motywacji. Jasiu – Twoja radość i odwaga na długo pozostaną w naszej pamięci. Trzymamy za ciebie mocno kciuki.

Literatura

- Antoszewski B., Marciszewska J., Świech B.W., 2006, *Cechy fenotypowe pacjentów z zespołem Aperta w materiale własnym*, „Przegląd Pediatryczny”, nr 3, s. 218–222.
- Banaszkiewicz A., 2015, *Studium przypadku (case study) jako metoda badań logopedycznych*, [w:] S. Milewski, K. Kaczorowska-Bray (red.), *Metodologia badań logopedycznych z perspektywy teorii i praktyki*, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia Universalis, s. 364–380.
- Bigos K., Panasiuk J., Popiołek-Janiec A., 2021, *Afazja a dyzartria. Problemy diagnozy różnicowej w przebiegu powikłanych schorzeń neurologicznych*, „Logopedia”, t. 50(2), s. 201–226, <https://doi.org/10.24335/m2gj-3e31>
- Bokus B., 1991, *Tworzenie opowiadań przez dzieci. O linii i polu narracji*, Kielce: Wydawnictwo Energeia.
- Chen H., 2005, *Apert Syndrome*, [w:] H. Chen (red.), *Atlas of Genetic Diagnosis and Counseling*, Totowa: Humana Press, s. 61–69, https://doi.org/10.1007/978-1-60327-161-5_12
- Choroby Rzadkie, b.r., *Zespół Aperta*, <https://choroby rzadkie.gov.pl/pl/choroby-rzadkie/87> (dostęp: 29.06.2025).
- Dzięgielewska M., Skarżyński H., 2024, *Niedosłuch w zespole Aperta*, „Nowa Audiofonologia”, t. 13(1), s. 77–82.
- Fundacja SMA, b.r., *Jak częste jest SMA?*, <https://www.fsma.pl/rdzeniowy-zanik-miesni/jak-czeste-jest-sma/> (dostęp: 26.09.2025).
- Hankus A., Larysz D., 2014, *Zaburzenia neurologopedyczne i neurorozwojowe w dyskraniach syndromicznych na przykładzie zespołu Aperta. Przegląd literatury i opis trzech przypadków*, „Logopedia Silesiana”, t. 3, s. 166–181.
- Jakubiuk-Tomaszuk A., Boćkowski L., Sobaniec W., Sendrowski K., Artemowicz B., 2012, *Padaczka w zespole Aperta – opis przypadku*, „Neurologia Dziecięca”, t. 21, nr 42, s. 73–77.
- Juszczak A., 2006, *Obraz jamy ustnej w zespole Aperta – opis przypadku*, „Poradnik Stomatologiczny”, nr 1, s. 13–16.
- Kamyk-Wawryszuk A., 2022, *Choroby rzadkie jako obszar zainteresowań logopedów – kilka wstępnych refleksji*, [w:] A. Kamyk-Wawryszuk (red.), *Zaburzenia mowy i komunikacji dziecka z chorobą rzadką. Wybrane zagadnienia diagnozy i terapii*, Bydgoszcz: Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, s. 16–32.
- Kamyk-Wawryszuk A., 2023, *Dziecko chore przewlekle i terminalnie*, [w:] A. Kamyk-Wawryszuk (red.), *Dzieci z rzadkimi chorobami neurologicznymi. Zasoby oraz potrzeby edukacyjne i komunikacyjne*, Bydgoszcz: Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, s. 17–84.

- Libura M., Władusiuk M., Małowicka M., Grabowska E., Gałązka-Sobotka M., Gryglewicz J., 2016, *Choroby rzadkie w Polsce. Stan obecny i perspektywy*, Warszawa: Uczelnia Łazarskiego.
- Luszczuk M., 2022, *Ocena motoryki narządów mowy. Wskazówki dla logopedów*, „Logopedia”, nr 51(2), s. 315–334, <https://doi.org/10.24335/zshp-b012>
- Marciniak-Firadza R., 2016, *Kilka uwag o potrzebie badań kompetencji słowotwórczych dzieci z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim*, „Interdyscyplinarne Konteksty Pedagogiki Specjalnej”, t. 16, s. 29–51.
- Muzyka-Furtak E., 2009, *Głuchota i niedosłuch – mechanizmy nabywania wyrazów pochodnych*, „Logopedia”, t. 38, s. 149–172.
- Muzyka-Furtak E., 2010, *Konstrukcje słowotwórcze w świadomości językowej dzieci niesłyszących*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Pluta-Wojciechowska D., 2019, *Dyslalia obwodowa. Diagnostyka i terapia logopedyczna wybranych form zaburzeń*, Bytom: Wydawnictwo Ergo-Sum.
- Skotnicka B., 2022, *Sytuacje trudne w komunikacji dziecka z zespołem Aperta*, [w:] A. Kamyk-Wawryszuk (red.), *Zaburzenia mowy i komunikacji dziecka z chorobą rzadką. Wybrane zagadnienia diagnostyki i terapii*, Bydgoszcz: Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, s. 177–195.
- Smoczyńska M., Krajewski G., Łuniewska M., Haman E., Bulkowski K., Kochańska M., 2015, *Inwentarz rozwoju mowy i komunikacji. Słowa i zdania*, Warszawa: Instytut Badań Edukacyjnych.
- Szczepkowska A., Osica P., Janas-Naze A., 2016, *Leczenie chirurgiczne pacjentki z zespołem Aperta – opis przypadku*, „Journal of Education, Health and Sport”, vol. 6(10), s. 289–298, <http://doi.org/10.5281/zenodo.162187>
- Szczupał B., 2013, *Dziecko z zespołem Aperta*, [w:] B. Cytowska, B. Winczura, A. Stawarski (red.), *Dzieci chore, niepełnosprawne i z utrudnieniami w rozwoju*, Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls, s. 83–93.
- Śmigiel R., Łaczmńska I., 2012, *Podstawowa wiedza potrzebna do zrozumienia chorób genetycznych*, [w:] T. Kaczan, R. Śmigiel (red.), *Wczesna interwencja i wspomaganie rozwoju u dzieci z chorobami genetycznymi*, Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls, s. 11–34.
- Tolarova M.M., Harris J.A., Ordway D.E., Vargervik K., 1997, *Birth Prevalence, Mutation Rate, Sex Ratio, Parents' Age, and Ethnicity in Apert Syndrome*, „American Journal of Medical Genetics”, vol. 72(4), s. 394–398, <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/%28SICI%291096-8628%2819971112%2972%3A4%3C394%3A%3AAID-AJMG4%3E3.0.CO%3B2-R> (dostęp: 26.09.2025).
- Wiedza o chorobach rzadkich i lekach sierocych*, b.r., <https://www.orpha.net/pl> (dostęp: 26.09.2015).
- Załącznik do uchwały nr 88 RM 2024 Plan dla Chorób Rzadkich, 2024, <https://www.gov.pl/web/zdrowie/uchwala-rady-ministrow-z-13-sierpnia-2024-r-w-sprawie-przyjecia-dokumentu-plan-dla-chorob-rzadkich-na-lata-2024-2025> (dostęp: 26.09.2025).

Renata Marciniak-Firadza  <https://orcid.org/0000-0001-6301-8820>

Uniwersytet Łódzki, Zakład Dialektologii Polskiej i Logopedii, ul. Pomorska 171/173, 90-236 Łódź,
e-mail: renata.marciniak@uni.lodz.pl

Subdyscypliny logopedii: przeszłość – terażniejszość – przyszłość

Subdisciplines of Speech-Language Pathology: Past – Present
– Future

Słowa kluczowe: logopedia, subdyscypliny, rozwój logopedii

Keywords: speech-language pathology, subdisciplines, development of speech-language pathology

Streszczenie

Zmieniające się warunki życia społeczeństwa nie pozostają bez wpływu na rozwój logopedii. W artykule zaprezentowano historię rozwoju subdyscyplin logopedii, a także współczesne jej specjalizacje i subdyscypliny. Rozwój logopedii jako nauki, rosnące potrzeby zdrowotne i społeczne wynikające ze wzrostu świadomości w zakresie zaburzeń komunikacyjno-językowych oraz postępująca specjalizacja usług terapeutycznych sprawiają, że katalog specjalizacji logopedycznych musi zostać zaktualizowany i dostosowany do aktualnych realiów. Dlatego zaprezentowano również postulaty środowiska akademickiego, dotyczące rozszerzenia specjalizacji logopedycznych o wybrane subdyscypliny.

Abstract

Changing social conditions have a significant impact on the development of speech-language pathology. This article presents the history of the emergence of its subdisciplines, as well as contemporary specializations within the field. The development of speech-language pathology as a scientific discipline, the growing health and social needs resulting from increased awareness of communication and language disorders, and the ongoing specialisation of therapeutic

Funding information: Uniwersytet Łódzki, Zakład Dialektologii Polskiej i Logopedii.

Declaration regarding the use of GAI tools: Not used.

Conflicts of interests: None.

Ethical considerations: The Author assures of no violations of publication ethics and takes full responsibility for the content of the publication.

Received: 2025.06.17. Accepted: 2025.09.03.

services highlight the need to update and adapt the catalogue of speech-language specialisations to current realities. Therefore, the article also includes proposals from the academic community to expand the scope of speech-language specialisations by incorporating selected subdisciplines.

Wprowadzenie

Logopedia, mająca zarówno status nauki samodzielnej, autonomicznej, jak i charakter heteronomiczny [Grabias, 1991; 2012; Kaczmarek, 1991b; Michalik, 2015], definiowana jest z jednej strony jako nauka (czy też dziedzina wiedzy i badań naukowych), z drugiej zaś jako oparta na niej działalność zawodowa.

Logopedia postrzegana jest również jako szeroka dyscyplina naukowa uprawiana teoretycznie i praktycznie, której rozkwit nastąpił w Polsce w latach sześćdziesiątych XX wieku [Jastrzębowska, 2003]. Wówczas to zaczęło ukazywać się specjalistyczne czasopismo naukowe „Logopedia” oraz powstało Polskie Towarzystwo Logopedyczne, którego celem jest rozwijanie logopedii jako nauki (dyscypliny naukowej) i zawodu.

Przedmiotem logopedii są wszystkie aspekty mowy i języka – zarówno w normie, jak i poza normą – w jej funkcji poznawczej i komunikacyjnej w ujęciu interdyscyplinarnym: lingwistycznym, biologicznym, medycznym, psychologicznym, pedagogicznym, społecznym (co wynika z faktu, że język jest zjawiskiem wieloaspektowym, które wymaga analizy z różnych perspektyw) na wszystkich etapach życia człowieka.

W literaturze przedmiotu zwraca się również uwagę na jej konsilijny, multidyscyplinarny i przede wszystkim transdyscyplinarny wymiar [Michalik, 2015].

Logopedia na przestrzeni ostatnich kilkudziesięciu lat dynamicznie się rozwijała (i dalej rozwija), redefiniując co jakiś czas przedmiot swoich badań [Michalik, 2015], a w procesie porządkowania i rozwoju wiedzy na przestrzeni czasu obserwuje się zarówno zjawisko jej podziału, czego efektem jest wyodrębnianie się poszczególnych jej subdyscyplin, daleko wykraczających poza tradycyjnie postrzeganą logopedię, jak i zjawisko odwrotne – łączenia wiedzy, czego wyrazem jest m.in. interdyscyplinarność [Pluta-Wojciechowska, 2020; Domagała, Mirecka, 2021].

W 1991 roku ukazał się artykuł Zdzisława Marka Kurkowskiego dotyczący specjalności logopedycznych [Kurkowski, 1991], a dziesięć lat później tego samego autora tekst o specjalizacjach logopedycznych [Kurkowski, 2010]. O ile w zakresie specjalizacji na ten moment ich liczba i nazewnictwo pozostają bez zmian, o tyle w przypadku specjalności logopedycznych można mówić o progresie.

Progres wydzielania specjalności/subdyscyplin/działów¹ logopedii, pewnych obszarów wiedzy i działalności praktycznej, z uwzględnieniem np. rodzaju czynnika

1 W literaturze przedmiotu spotykamy różne określenia, tj. *specjalność*, *subdyscyplina*, *dział* logopedii, a nawet *specjalizacja* (ten ostatni termin w odniesieniu nie do tytułów uzyskiwanych na drodze stopni specjalizacyjnych). Chociaż logopedia nie jest samodzielną dyscypliną naukową, to w artykule

patogennego powodującego zaburzenia mowy, rodzaju objawu czy cechy grupy osób, które mają być podmiotem postępowania logopedycznego, jest wynikiem nie tylko rozwoju logopedii, ale także reagowania logopedów na zapotrzebowanie płynące ze środowiska, zmian cywilizacyjnych obserwowanych w naszym społeczeństwie [Pluta-Wojciechowska, 2014].

Agnieszka Hamerlińska pisze, iż „kształtowane specjalności w dużym stopniu wynikają z zastanych zjawisk, np. gerontologopedia – starzejące się społeczeństwo i niewystarczająca wiedza o mowie, języku osób w wieku senioralnym” [Hamerlińska, 2020, s. 13]. Podobnie jest z innymi specjalnościami, np. onkologopedią, której rozwój wiąże się ze wzrastającą liczbą pacjentów onkologicznych wymagających wsparcia logopedycznego, czy tanatologopedią/logopedią paliatywną – związaną z zapotrzebowaniem na specjalistów podejmujących się diagnozy i terapii logopedycznej osób z głębokimi zaburzeniami mowy i czynności prymarnych wywołanych jednostkami chorobowymi niepoddającymi się leczeniu przyczynowemu.

Celem artykułu jest omówienie kierunków rozwoju subdyscyplin logopedii, zwrócenie uwagi na funkcjonujące wcześniej oraz obecnie subdyscypliny, a także zaprezentowanie postulatów środowiska akademickiego odnośnie do ich przyszłości.

Specjalności (subdyscypliny, działy) logopedii na przestrzeni jej rozwoju

W publikacji *Logopedia. Pytania i odpowiedzi* Grażyna Jastrzębowska [2003] podaje, że w logopedii wyróżnia się następujące specjalności:

- 1) **logopedię teoretyczną**, która powinna „rozвивać refleksje w kierunku diagnostyki, prognostyki i anagnostyki” [Grabias, 1997, s. 20];
- 2) **logopedię stosowaną**, nazywana też praktyką logopedyczną, która ma „bądź budować kompetencje (językową i komunikacyjną), bądź usprawniać realizację aktów komunikacyjnych, bądź wreszcie budować kompetencje i usprawniać realizację” [Grabias, 1997, s. 20].

W obrębie logopedii stosowanej wyróżniono:

- 3) **logopedię ogólną**, zajmującą się profilaktyką i świadomym (planowym, systematycznym, zorganizowanym) stymulowaniem procesu nabywania kompetencji i sprawności warunkujących prawidłowy przebieg komunikacji językowej;
- 4) **logopedię specjalną**, której zadaniem jest usuwanie (korekta, reedukacja, terapia) wszelkich zakłóceń i zaburzeń komunikacji językowej oraz minimalizowanie psychicznych skutków tych zaburzeń [Jastrzębowska, 2003].

trzy pierwsze terminy traktuję jako synonimiczne, wychodząc z założenia, że sami autorzy nazw specjalności logopedycznych nazywają je niekiedy subdyscyplinami.

W logopedii ogólnej z kolei Leon Kaczmarek [1991a], prezentując pogląd, iż logopedia powinna zaspokajać szerokie potrzeby społeczne, wyróżnił następujące specjalności:

- 1) **logopedię wychowawczą** – mającą na celu zapobieganie patologii mowy i głosu;
- 2) **logopedię artystyczną** – interesującą się ekspresją słowną: potoczną, publicystyczną i artystyczną.

Natomiast w logopedii specjalnej autor ten wyróżnił [Kaczmarek, 1991a]:

- 1) **logopedię korekcyjną** – zajmującą się usuwaniem zaburzeń mowy i głosu oraz trudnościami w nauce czytania i pisania, a także nauczaniem mowy dzieci z upośledzeniem umysłowym² lub uszkodzeniami ośrodkowego układu nerwowego;
- 2) **surdologopedię** – zajmującą się kształtowaniem i rozwojem mowy osób wykazujących zaburzenia słuchu oraz postępowaniem z tymi osobami.

W 1991 roku z inicjatywy środowisk logopedycznych prowadzących działalność dydaktyczną i naukową ukształtowało się ogólnopolskie Kolegium Logopedyczne, które w tym samym roku opracowało nową koncepcję specjalności logopedycznych. Kolegium zaproponowało utworzenie następujących specjalności [Kurkowski, 1991]:

- 1) **logopeda – logopeda ogólny**, czyli specjalista w zakresie ogólnej diagnozy i ogólnej terapii zaburzeń komunikacji, ze szczególnym uwzględnieniem diagnozy, profilaktyki i terapii zaburzeń artykulacyjnych (dyslalia) i fonacyjnych (mowa bezkraniowców, fonastenia, afonia), spowodowanych uszkodzeniami lub niedokształceniem obwodowych narządów mowy;
- 2) **logopeda – surdologopeda**, czyli specjalista w zakresie diagnozy i terapii logopedycznej osób z uszkodzonym słuchem;
- 3) **logopeda – neurologopeda**, czyli specjalista w zakresie diagnozy i terapii osób z afazją, alalią, dyzartrią, diagnozy i terapii mowy osób z porażeniem mózgowym;
- 4) **logopeda – balbutologopeda**, czyli specjalista w zakresie diagnozy i terapii osób jąkających się i z innymi zaburzeniami płynności mówienia (giełkot, bradyllalia, tachyllalia i inne);
- 5) **logopeda – oligofrenologopeda**, czyli specjalista w zakresie diagnozy i terapii mowy osób upośledzonych umysłowo, z zespołem Downa, osób autystycznych, osób z mutyzmem, a także chorych psychicznie;
- 6) **logopeda – ortoepik**, czyli specjalista w zakresie kultury słowa: techniki mówienia, budowania i interpretacji tekstów;
- 7) **logopeda – glottodydaktyk**, czyli specjalista w zakresie wychowania językowego dzieci, diagnozy, profilaktyki i terapii dzieci z trudnościami w czytaniu i pisaniu (dysleksja, dysortografia, dysgrafia).

Józef Surowaniec w logopedii, rozumianej przez niego jako nauka o zaburzeniach mowy, sposobach zapobiegania ich powstawaniu i metodach postępowania korekcyjnego, wyróżnia następujące jej działy [Surowaniec, 1998]:

² Dziś: z niepełnosprawnością intelektualną.

- 1) **logopedię wieku rozwojowego** (w tym: **logopedię wieku dziecięcego**, **logopedię wieku przedszkolnego**, **logopedię wieku szkolnego**);
- 2) **logopedię wieku dojrzałego**;
- 3) **oligofrenologopedię**;
- 4) **surdologopedię**.

Pisząc o dziale logopedii, jakim jest **gerontologia**, Danuta Pluta-Wojciechowska zwraca uwagę na istniejące działy logopedii, por.:

Wraz z rozwojem logopedii powstają różne działy tej nauki, wyodrębniane ze względu na różne kryteria. Należą do nich: **neurologopedia**, **surdologopedia**, **balbutologopedia**, **oligofrenologopedia**, **logopedia artystyczna**, **wczesna interwencja logopedyczna**, **onkologopedia**. Wyodrębnienie takich działów jest związane z uwzględnieniem różnych perspektyw, które pozwalają na „oświetlenie” pewnych zagadnień logopedycznych. Są nimi: przyczyna zaburzeń mowy pozwalająca na wydzielenie neurologopedii, surdologopedii, oligofrenologopedii, onkologopedii. Wyróżnienie balbutologopedii wiąże się z uwzględnieniem rodzaju objawu, a przyczyny wyłonienia się wczesnej interwencji logopedycznej należy upatrywać w uwzględnieniu kryterium wieku i związanej z nim podatności na działania stymulujące, wspierające i korygujące. Z kolei wyłonienie się logopedii artystycznej, logopedii medialnej jako działu logopedii wiąże się z uwzględnieniem innego kryterium, a mianowicie charakteru pomocy, jakiej potrzebuje pewna grupa osób w związku z wykonywanym zawodem [Pluta-Wojciechowska, 2014, s. 10–11].

W 2016 roku Zbigniew Tarkowski podjął próbę zdefiniowania i zaproponowania nowych specjalizacji logopedycznych, które odpowiadałyby na dynamiczne potrzeby współczesnej praktyki terapeutycznej i edukacyjnej [Tarkowski, 2016]. Autor wobec, jak pisze, braku jasnych, ustawowych standardów kształcenia i specjalizacji, dostrzegł potrzebę wyodrębnienia nowych specjalizacji logopedycznych i zaproponował trzy ścieżki specjalizacyjne [Tarkowski, 2016]:

- 1) **psychologopedię** – specjalizację łączącą terapię mowy z kompetencjami psychologicznymi, związaną z pracą z osobami z zaburzeniami emocjonalnymi, ASD, traumą;
- 2) **fizjologopedię** – obejmującą zagadnienia związane z fizjologią aparatu mowy, m.in. pracę z osobami po operacjach, z zaburzeniami neurologicznymi, dysfagią, karmionymi;
- 3) **logopedię bilingwalną** – skierowaną do dzieci i dorosłych funkcjonujących w środowisku wielojęzycznym, z naciskiem na rozwój języka mniejszości narodowych, migrantów, uczniów powracających z emigracji.

Powyzsze propozycje pozostały na gruncie logopedii jedynie w sferze postulatów, nie przełożyły się bowiem na wyodrębnienie nowych jej działów.

Natomiast w 2019 roku Danuta Pluta-Wojciechowska zaproponowała, aby wyodrębnić **orofacjologopedię** jako nową specjalność logopedyczną, której przedmiotem

zainteresowań byłyby „zaburzenia realizacji fonemów – w aspekcie diagnozy i terapii logopedycznej – wynikające z anomalii anatomicznych obwodowych narządów mowy, takich jak ankyloglosja, wada zgryzu, makroglosja, mikroglosja, wysokie podniebienie twarde, zaburzenia układu adenoidalnego i/lub zaburzenia czynności prymarnych” [Pluta-Wojciechowska, 2019, s. 147]. Również i ta propozycja się nie przyjęła, chociaż w jej miejsce pojawiła się specjalność określana jako **logopedia miodfunkcjonalna** lub **miogopedia**.

Aktualne specjalizacje logopedyczne

Nan E. Bernstein Ratner i John A. Tetnowski [2006] zauważają, że ponieważ dziedzina logopedii znacznie się rozszerzyła, w jej obrębie konieczna jest wiedza bardziej specjalistyczna, a Walter Manning podkreśla, że „[...] kompetencje logopedy są centralnym czynnikiem wpływającym na sukces każdego podejścia terapeutycznego” [Manning, 2010, s. 1; zob. też Manning, DiLollo, 2017].

Obecnie w obrębie logopedii istnieją dwie specjalizacje, tj. neurologopedyczna i surdologopedyczna.

Minister Zdrowia powołał dwa zespoły ekspertów pod przewodnictwem prof. Henryka Skarżyńskiego, mające opracować specjalizacje w dziedzinie neurologopedii i surdologopedii. W 2010 roku jeden zespół przygotował program specjalizacji neurologopedycznej według wytycznych Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, będący znaczącą modyfikacją programu opracowanego wcześniej, tj. w 2003 roku [Kurkowski, 2010]. Drugi zespół w tym samym roku opracował po raz pierwszy program specjalizacji w dziedzinie surdologopedii, specjalność ta została bowiem dopiero wprowadzona [Kurkowski, 2010].

Oba programy uległy modyfikacji w roku 2018. Aktualnie obowiązują programy specjalizacyjne z 2023 roku dla neurologopedii i z 2024 roku dla surdologopedii.

Specjalizacja neurologopedyczna³ kształci specjalistów o wszechstronnej, ugruntowanej teoretycznie wiedzy i umiejętnościach praktycznych dotyczących diagnozy i terapii oraz usprawniania profilaktycznego osób (od wczesnych okresów rozwojowych do wieku senioralnego), u których występują zaburzenia mowy, języka i komunikacji powstałe w wyniku wrodzonego lub nabytego uszkodzenia/dysfunkcji/chorób układu nerwowego oraz osób (noworodków, niemowląt, dzieci, młodzieży i dorosłych), u których mogą wystąpić zaburzenia mowy, języka i komunikacji w przebiegu wrodzonych lub nabytych uszkodzeń/dysfunkcji/chorób układu nerwowego, zespołów genetycznych [por. *Program specjalizacji w dziedzinie neurologopedii*, 2023].

Absolwenci studiów specjalizacyjnych w dziedzinie neurologopedii uzyskują szczególnie kwalifikacje umożliwiające [Kurkowski, 2010]:

3 W prezentowaniu specjalizacji i specjalności (subdyscyplin, działów) przyjęto porządek alfabetyczny.

- 1) diagnozowanie neurologopedyczne noworodków, niemowląt, dzieci, młodzieży i osób dorosłych z uszkodzeniami i/lub dysfunkcjami układu nerwowego, u których występują zaburzenia w rozwoju i/lub przebiegu komunikacji językowej;
- 2) analizowanie badań specjalistycznych: neurologicznych, psychologicznych, audiologicznych i innych, pozwalające na wyjaśnienie patomechanizmu zaburzeń w rozwoju i/lub przebiegu komunikacji językowej u osób z uszkodzeniami i/lub dysfunkcjami układu nerwowego;
- 3) programowanie terapii neurologopedycznej osób z dysfunkcjami i/lub uszkodzeniami układu nerwowego, u których występują zaburzenia rozwoju i/lub przebiegu czynności językowych, z uwzględnieniem wyników diagnozy neurologopedycznej oraz wyników badań specjalistycznych, przez określanie celów, procedury i strategii terapii;
- 4) dostosowywanie metod, form i środków do realizacji ustalonych w wyniku programowania terapii zaburzonych czynności językowych u osób z uszkodzeniami i/lub dysfunkcjami układu nerwowego;
- 5) prowadzenie terapii neurologopedycznej noworodków, niemowląt, dzieci, młodzieży i osób dorosłych z uszkodzeniami i/lub dysfunkcjami układu nerwowego, u których występują zaburzenia w rozwoju i/lub przebiegu komunikacji językowej;
- 6) kontrolowanie wyników terapii neurologopedycznej osób z zaburzeniami mowy powstałymi w wyniku uszkodzeń i/lub dysfunkcji układu nerwowego wraz z modyfikowaniem celów, metod i form terapii;
- 7) współpracę z członkami wielospecjalistycznego zespołu leczniczo-rehabilitacyjnego i orzeczniczego;
- 8) prowadzenie prac badawczych i opracowywanie publikacji naukowych.

Specjalizacja surdologopedyczna natomiast przygotowuje specjalistów do prowadzenia diagnozy i terapii osób z uszkodzeniem słuchu. W szczególności nabywają oni umiejętności oceny i kształtowania języka u dzieci z prelingwalnym znacznym i głębokim uszkodzeniem słuchu oraz treningu z osobami dorosłymi, które utraciły możliwość słyszenia w różnym stopniu [por. *Program specjalizacji w dziedzinie surdologopedii*, 2024].

Absolwenci studiów specjalizacyjnych w dziedzinie surdologopedii uzyskują szczególne kwalifikacje umożliwiające [Kurkowski, 2010]:

- 1) diagnozę percepcji mowy, kompetencji językowej i komunikacyjnej oraz artykulacji;
- 2) przygotowanie programu terapii surdologopedycznej;
- 3) prowadzenie zajęć rozwijających umiejętność rozumienia oraz tworzenia wypowiedzi słownych, czyli nabywania kompetencji językowych, a także kompetencji komunikacyjnych u osób z różnymi zaburzeniami słuchu;
- 4) prowadzenie zajęć w zakresie nabywania umiejętności czytania i pisanja u dzieci z różnymi zaburzeniami słuchu;

- 5) prowadzenie zajęć rozwijających funkcje psychomotoryczne i poznawcze;
- 6) wprowadzanie elementów metod wspomagających i alternatywnych (np. fonogesty, totalna komunikacja, język migowy);
- 7) współpracę z członkami wielospecjalistycznego zespołu leczniczo-rehabilitacyjnego i orzeczniczego;
- 8) prowadzenie prac badawczych i opracowywanie publikacji naukowych.

Poza przygotowaniem specjalizacyjnym kształcimy w Polsce neurologopedów i surdologopedów w ramach studiów podyplomowych z neuro- i surdologopedii⁴. Studia podyplomowe z neurologopedii oraz surdologopedii są odpowiedzią na stale rosnące zapotrzebowanie na logopedów z wiedzą i umiejętnościami ukierunkowanymi na efektywną diagnozę i rehabilitację pacjentów z zaburzeniami mowy, języka i komunikacji spowodowanych przez uszkodzenia lub dysfunkcje centralnego układu nerwowego lub słuchu.

Do surdologopedów i logopedów zajmujących się problematyką uszkodzeń słuchu nie tylko naukowo, ale także praktycznie, potrzebujących wprowadzenia w problematykę surdologopedii, ale też pragnących uporządkowania wielu zagadnień budujących ten dział adresowana jest monografia pod redakcją Ewy Muzyki-Furtak [2015].

Aktualne specjalności (subdyscypliny, działy) logopedyczne

W dobie wzmożonego rozwoju logopedii w Polsce ukształtowały się i kształtują się nadal, obok specjalizacji, nowe jej subdyscypliny [Domagała, Mirecka, 2021].

Pisząc o skutkach wyodrębniania różnych obszarów wiedzy logopedycznej, Dagna Pluta-Wojciechowska zauważa, że:

Mają one charakter związany przede wszystkim z precyzyjniejszym poznawaniem specyfiki pracy z osobami, które znajdują się w centrum zainteresowania w poszczególnych dziedzinach, np. w gerontologopedii. Takie „oświetlanie” wiedzy logopedycznej i powiązanych z nią umiejętności praktycznych umożliwia efektywniejszą diagnozę i terapię, a także przyczynia się do pełniejszego ich poznania. [...] Należy zwrócić uwagę, że podziały te uwzględniają swego rodzaju krzyżowanie się różnych ścieżek diagnozy i terapii, a niektóre z wydzielonych obszarów wiedzy „zachodzą na siebie” [Pluta-Wojciechowska, 2014, s. 12].

Jednym z zaburzeń, które logopedzi poddają oddziaływaniom terapeutycznym, będącym jednocześnie jednym z najmniej rozumianych zaburzeń komunikacyjnych [Sommers, Caruso, 1995] jest jąkanie. Dlatego też ważne jest kształcenie

⁴ Są to specjalności w obrębie logopedii, studia mają bowiem charakter doksztalcający. Tytuł neurologopedy uzyskiwany w ramach tych studiów nie jest tożsamy z tytułem specjalisty neurologopedy.

specjalistów w zakresie **balbutologopedii**, tj. w zakresie interwencji w przypadku jąkania, gielkotu, nie płynności o podłożu neurogenym, psychogenym i organicznym, którzy będą legitymowali się aktualną wiedzą, wysokimi kompetencjami i umiejętnościami praktycznymi w zakresie tej subdyscypliny [*Podyplomowe Studia Balbutologopedii na Uniwersytecie Śląskim w Katowicach*, b.r.].

Analiza programów nauczania na kierunkach logopedycznych czołowych polskich uczelni, przeprowadzona przez Aleksandrę Jastrzębowską-Jasińską, pokazała, że wymiar godzin zajęć dydaktycznych dotyczących zaburzeń płynności mowy jest stosunkowo niewielki [Jastrzębowska-Jasińska, 2018], dlatego, zdaniem badaczki, tak mało logopedów podejmuje się terapii jąkania. Studia podyplomowe z balbutologopedii mogą pomóc rozwijać kompetencje w zakresie jąkania i innych form zaburzeń płynności mowy.

Anna Walencik-Topińko podkreśla, że już od lat dziewięćdziesiątych XX wieku obserwuje się tendencję, aby **emisja głosu** stała się jedną z subdyscyplin logopedii [por. Walencik-Topińko, 2014].

W publikacjach poświęconych emisji głosu zwraca się uwagę na fakt, iż jest to dział logopedii zajmujący się kształtowaniem, doskonaleniem i higieną głosu, zwłaszcza u osób zawodowo posługujących się głosem, takich jak nauczyciele, aktorzy, śpiewacy, lektorzy, prawnicy czy duchowni [Dąbrowska, Dziwińska, 2005; Kataryńczuk-Mania, 2020].

Mateusz Szurek [2023] pojęcie *emisja głosu* proponuje rozszerzyć o aspekt rehabilitacji jej zaburzeń, a samą emisję głosu rozumie jako:

[...] odrębną subdyscyplinę logopedii, zajmującą się profilaktyką, kształtowaniem/doskonaleniem, a także diagnozowaniem głosu i jego rehabilitacją u osób z różnego rodzaju zaburzeniami głosu. Ostatni z wymienionych elementów, tj. rehabilitacja zaburzeń głosu, to stosunkowo nowy obszar emisji głosu, który rozwija się w odpowiedzi na rosnące zapotrzebowanie na profesjonalne wsparcie w zakresie głosu zaburzonego.

W tym kontekście rehabilitacja zaburzeń głosu koncentruje się na diagnozowaniu i terapii problemów związanych z produkcją, jakością i funkcją głosu. Stanowi szczególny dział emisji głosu, który wymaga specjalistycznej wiedzy, umiejętności terapeutycznych i doświadczenia w pracy z pacjentami z różnymi problemami głosowymi, w celu zapobiegania, diagnozowania oraz wskazywania odpowiedniego postępowania terapeutycznego w przypadku wystąpienia patologii głosu u dzieci, młodzieży i dorosłych [Szurek, 2023, s. 153].

Takie rozszerzone spojrzenie na tę subdyscyplinę pojawia się w uwagach przedstawicieli środowiska akademickiego do projektu ustawy o zawodzie logopedy i samorządzie zawodowym logopedów z dnia 9 marca 2025 r., którzy proponują utworzenie **specjalizacji w zakresie emisji, higieny i rehabilitacji głosu**.

W kontekście kształcenia specjalistów w tym zakresie A. Walencik-Topiłko postuluje, iż:

[...] najlepszym rozwiązaniem jest kształcenie takiego specjalisty, który profesjonalnie podejmuje wszelkie działania związane z głosem – profilaktykę, diagnozę i terapię głosu. Potrafi nauczyć prawidłowej emisji, potrafi głos zdiagnozować i przeprowadzić niezbędne ćwiczenia korygujące [Walencik-Topiłko, 2014, s. 23].

Na potrzebę kształcenia kadry wyspecjalizowanej w zakresie diagnozowania i terapii zaburzeń głosu o różnej etiologii zwraca uwagę również M. Szurek [2023], zwłaszcza w obliczu wzrastającej liczby osób z zaburzeniami głosu.

Kształcenie specjalistów zarówno w kwestii emisji głosu, jak i rehabilitacji zaburzeń głosu odbywa się w ramach studiów podyplomowych na wybranych polskich uczelniach.

Jak podkreśla Katarzyna Kaczorowska-Bray [2017], zmiany towarzyszące starzeniu się (zarówno starości fizjologicznej, jak i powikłanej procesami patologicznymi), wpływające na przebieg komunikacji językowej, znalazły się w centrum zainteresowania lingwistów i logopedów. Z tych zainteresowań zrodziła się subdyscyplina logopedii, mianowicie **gerontologopedia**, zwana też **logopedią gerontologiczną**, definiowana przez D. Plutę-Wojciechowską jako „pewien obszar wiedzy logopedycznej, który dotyczy postępowania logopedycznego w odniesieniu do osób starych i starzejących się z zaburzeniami mowy lub z ryzykiem zaburzeń mowy w związku z czynnikami patologicznymi o naturze neurologicznej, psychiatrycznej, onkologicznej, obwodowej lub społeczno-psychologicznej” [Pluta-Wojciechowska, 2014, s. 11], a przez K. Kaczorowską-Bray jako „wyjaśniającą procesy i uwarunkowania komunikowania się słownego ludzi w wieku senioralnym, starzejących się fizjologicznie lub z towarzyszącymi zjawiskami patologii zdrowotnej (np. chorzy z otępieniem czy chorobą Parkinsona)” [Kaczorowska-Bray, 2017, s. 140], powiązaną z wieloma innymi subdyscyplinami logopedycznymi, m.in. z neurologopedią.

Z perspektywy cyklu rozwojowego człowieka gerontologopedia dopełnia triadę podstawowych specjalizacji logopedycznych (po logopedii wieku rozwojowego oraz logopedii wieku dojrzałego), by całościowo odpowiadać na problemy językowe wieku podeszłego przy poszanowaniu odrębności biologicznych, psychicznych i społecznych tej fazy rozwojowej człowieka [Wolańska, 2015].

Postępujące starzenie się ludności, a także dostrzegane problemy w komunikacji językowej i problemy w przebiegu czynności fizjologicznych związanych chociażby z przyjmowaniem pokarmu implikują czy też wymuszają konieczność kształcenia specjalistów-logopedów, przygotowanych do prowadzenia działań profilaktycznych, wspomagania i/lub terapii zaburzeń oraz dysfunkcji wpływających na komfort życia osób w wieku senioralnym [Milewski, Kaczorowska-Bray, 2014; por. też Wolańska, 2015; Milewski, Kaczorowska-Bray, Kamińska, 2016;

2020; Tłokiński, Milewski, Kaczorowska-Bray, 2018; Kaczorowska-Bray, Milewski, Michalik, 2020].

Gerontologopeda, jako specjalista w tej dziedzinie, powinien w swoim działaniu diagnostyczno-terapeutycznym uwzględniać wszystkie funkcje poznawcze, czyli procesy percepcyjno-motoryczne, uwagę, pamięć, język i myślenie. Byłby to także specjalista umiejący właściwie kontaktować się z osobą w wieku senioralnym i pracować z najbliższym otoczeniem pacjenta, a także zbudować właściwy kontakt z osobą w wieku podeszłym [Milewski, Kaczorowska-Bray, 2015; por. też Milewski, Kaczorowska-Bray, Kamińska, 2016; 2020; Tłokiński, Milewski, Kaczorowska-Bray, 2018; Kaczorowska-Bray, Milewski, Michalik, 2020].

Logopedzi pragnący specjalizować się w zakresie profilaktyki, diagnozy i terapii zaburzeń mowy i języka, występujących u osób w okresie starości, przede wszystkim zaś starości patologicznej z szybko postępującym upośledzeniem wielu funkcji życiowych, w tym zaburzeniami komunikowania się w schorzeniach neurodegeneracyjnych, mogą podjąć studia podyplomowe z gerontologopedii.

Jak zauważa Wirginia Loeb: „coraz więcej osób w różnym wieku, dotkniętych różnymi zaburzeniami rozwoju, o różnym statusie społecznym, wykorzystuje specjalne sposoby komunikowania się oraz wspomagające pomoce i urządzenia komunikacyjne” [Loeb, 2006, s. 28].

W związku ze wzmacniającą się pozycją komunikacji alternatywnej i wspomagającej jako standardowej metody w praktyce edukacyjnej i klinicznej oraz ze spektakularnym w ciągu ostatnich kilku lat postępowaniem w różnych zakresach działalności na polu komunikacji alternatywnej i wspomagającej AAC [por. Loeb, 2006] wyodrębniła się nowa subdyscyplina logopedii, a mianowicie **komunikacja alternatywna i wspomagająca**. Dotyczy ona postępowania logopedycznego (diagnostycznego i terapeutycznego) w odniesieniu do osób niemówiących lub mających znaczne trudności w werbalnym komunikowaniu się/porozumiewaniu się. Zajmuje się podstawami teoretycznymi proponowanych oddziaływań logopedycznych oraz rozwiązaniami praktycznymi, tj. procedurami, strategiami i technikami, dzięki którym osoby z problemami w werbalnym komunikowaniu się mogą otrzymać niezbędne narzędzia do porozumiewania się.

Jej celem jest przede wszystkim zapewnienie możliwości wyrażania potrzeb i emocji, ułatwienie uczestnictwa w życiu społecznym, edukacyjnym, rodzinnym, zawodowym, rozwój kompetencji językowych mimo braku mowy werbalnej czy zapobieganie wtórnym skutkom braku komunikacji [por. Loeb, 2006; Przebinda, Michalik, Grzelak, 2023].

Specjalista komunikacji alternatywnej i wspomagającej diagnozuje potrzeby komunikacyjne pacjenta, dobiera odpowiedni system AAC, uczy użytkownika i jego otoczenie korzystania z wybranego systemu oraz monitoruje postępy i dostosowuje system w miarę potrzeb rozwojowych pacjenta [por. Loeb, 2006; Przebinda, Michalik, Grzelak, 2023].

Wiedzę na temat alternatywnych i wspomagających metod komunikacji można zdobywać przede wszystkim na kursach, ale też w trakcie studiów podyplomowych z AAC.

Leon Kaczmarek już w 1982 roku wskazywał na potrzebę wyodrębnienia **logopedii artystycznej** jako osobnej subdyscypliny [Adamiszyn, Walencik-Topiłko, 2003], a opisywał ją jako „kulturę żywego słowa: potocznego, publicystycznego i artystycznego (w recytacji, śpiewie), stosowaną i wdrażaną w [...] teatrach, telewizji, w wyższych szkołach muzycznych, teatralnych i filmowych [...]” [Kaczmarek, 1991b, s. 18]. Barbara Michałowska-Rozhin [1991, s. 99] definiowała ją natomiast jako dział logopedii zajmujący się właściwościami ortofoniczno-estetycznymi tekstów wygłaszanych publicznie.

Najogólniej rozumiano ją jako pracę nad wyrazistą, poprawną pod względem artykulacyjnym i intonacyjnym wymową [Kamińska, Milewski, 2016]. Do podstawowych jej działań Kaczmarek zaliczył: mechanikę i technikę mówienia, frazowanie i akcentowanie oraz estetykę i artyzm żywego słowa [Kaczmarek, 1981].

Obszarem zainteresowań logopedii artystycznej według Zbigniewa Adamiszyna i Anny Walencik-Topiłko jest stan powyżej normy, biorąc pod uwagę – jako kryterium oceny – trzypoziomowy podział kompetencji i sprawności językowych [Adamiszyn, Walencik-Topiłko, 2003]. Dotyczy to najczęściej oczekiwanych od nadawcy właściwych zachowań językowych w publicznych aktach komunikacji, w których mówiącemu stawiane są wymagania wyższe od przeciętnych w zakresie sposobu realizacji tekstu w odniesieniu do: dźwięków mowy oraz cech prozodycznych, siły i nośności głosu, sprawności oddechowej i fonacyjnej oraz funkcjonalnego posługiwania się aparatem głosowym, sprawności artykulacyjnej, umiejętności precyzyjnego frazowania [Adamiszyn, Walencik-Topiłko, 2003].

W rozumieniu Barbary Kamińskiej i Stanisława Milewskiego logopedia artystyczna jest jednym z działań logopedii i zajmuje się teorią oraz praktyką w zakresie doskonalenia kompetencji i sprawności językowych, a także komunikacyjnych na wzorcowym poziomie [Kamińska, Milewski, 2016].

Współcześnie zakres działań logopedii artystycznej jest szerszy, obejmuje nie tylko ocenę płaszczyzny realizacyjnej wypowiedzi, ale i diagnozowanie biologicznych uwarunkowań jej powstania, z uwzględnieniem czynników determinujących opóźnienie bądź doskonalenie określonych kompetencji i sprawności językowych oraz usuwanie ewentualnych zaburzeń realizacyjnych w odniesieniu do wymowy i głosu [Kamińska, Milewski, 2016].

Konsekwencją takiego pojmowania logopedii artystycznej jest konieczność odpowiedniego przygotowania logopedów specjalizujących się w tej dziedzinie, wychulonych nie tyle na wady wymowy, ile na skazy wymowy, mających odpowiednie przygotowanie merytoryczne i praktyczne do prowadzenia zajęć z dykcji, emisji i higieny głosu, impostacji, retoryki, ortofonii czy interpretacji tekstu [Adamiszyn, Walencik-Topiłko, 2003], logopedów dysponujących umiejętnościami pozwalającymi

na postawienie diagnozy uwzględniającej uwarunkowania biologiczne, a także na zaplanowanie postępowania logopedycznego w zakresie kształcenia i/lub doskonalenia głosu oraz wzorcowej wymowy [Kamińska, Milewski, 2016].

Specjalistów w zakresie szeroko rozumianej logopedii artystycznej kształcą w ramach studiów podyplomowych wybrane polskie uczelnie.

Chociaż ostatnio często logopedię artystyczną utożsamia się z logopedią medialną, to, jak podkreślają B. Kamińska i S. Milewski, nie są to terminy tożsame, a **logopedia medialna** stanowi według nich część logopedii artystycznej. O ile logopedia artystyczna obejmuje pracę nad słowem mówionym i czytanim oraz głosem, podstawami interpretacji tekstów o różnym charakterze, pracę nad gestem, mimiką nie tylko w mediach, ale i na scenie teatralnej i muzycznej, na mównicy i ambonie, w sali sądowej, lekcyjnej i wykładowej, podczas występów publicznych (niekoniecznie medialnych) i zawodowych rozmów telefonicznych, o tyle logopedia medialna skupia się na opisanych wyżej działaniach przede wszystkim w odniesieniu do różnego rodzaju występów medialnych – przed kamerą i/lub mikrofonem, nie obejmuje pracy nad przygotowaniem zawodowym aktorów, śpiewaków, prawników, nauczycieli, pracowników infolinii itp., czyli osób, które nie występują w mediach [Kamińska 2016; Kamińska, Milewski, 2016].

Logopedia medialna korzysta ze środków wypracowanych na gruncie logopedii artystycznej i tworzy również własne, na przykład przygotowanie występów przed kamerą [Kamińska, 2016].

Specjalistyczną wiedzę w obszarze logopedii medialnej oferują studia podyplomowe prowadzone na kilku polskich uczelniach.

Różnice językowe i kulturowe, wynikające ze skali migracji, stanowią istotny czynnik modyfikujący wyznaczanie standardów działań logopedycznych. To stąd zrodziło się podejście międzykulturowe w logopedii i **logopedia międzykulturowa** [Czaplewska, 2018b].

Stale rosnąca skala migracji ekonomicznej, społecznej i politycznej powoduje, że w zdywersyfikowanych kulturowo i językowo społeczeństwach logopedzi zaczynają odgrywać istotną rolę, zwłaszcza w odniesieniu do dzieci bi-/multilingwalnych, wymagających specjalistycznej pomocy, ale także i osób dorosłych [Czaplewska, 2018a].

Lena Caesar i Paula Kohler podkreślają, iż „jednym z największych wyzwań dla współczesnych logopedów jest zmniejszenie drastycznej dysproporcji pomiędzy językową homogenicznością logopedów a językową różnorodnością ich klientów” [Caesar, Kohler, 2007, s. 198].

Jednym z celów badań naukowych logopedii międzykulturowej, dotyczących zarówno funkcjonowania językowego, jak i zaburzeń mowy osób bi-/multilingwalnych oraz badań porównawczych zaburzeń występujących u pacjentów pochodzących z różnych kultur jest pomoc w tworzeniu procedur, metod i narzędzi niezbędnych do procesów diagnozy i terapii logopedycznej [Czaplewska, 2018a].

Jak pisze Ewa Czaplewska, badania podejmowane w ramach logopedii międzykulturowej dotyczą tych samych aspektów funkcjonowania człowieka, jakie wchodzi w zakres zainteresowań tradycyjnej logopedii, z zastrzeżeniem, że niezbędne jest uwzględnienie zróżnicowania językowego i kulturowego jako głównej zmiennej kształtującej zachowania językowe i komunikacyjne badanych osób [Czaplewska, 2018a].

Logopedia miofunkcjonalna (inaczej **miogopedia**) to specjalistyczna dziedzina logopedii zajmująca się diagnozą i terapią dysfunkcji mięśni twarzy, języka, warg i żuchwy, które wpływają na mowę, oddychanie, połykanie i ogólną funkcję orofacjalną.

Przedmiotem zainteresowań terapeutów miofunkcjonalnych są czynności pry-marne lub inaczej pierwotne, do których należą:

[...] w szczególności oddychanie oraz przyjmowanie pokarmów i picie, kształtujące się na bazie motoryki pierwotnej, ale także w różnym zakresie związane z nimi niewerbalne czynności kompleksu ustno-twarzowego, takie jak np. sensoryka orofacjalna, sposób układania głowy podczas leżenia, czynności fizjologiczne typu ziewanie, kasłanie itd., mimika twarzy, autobadanie, autoeksperymentowanie i autozabawy orofacjalne, które konstytuują wraz z układem nerwowym ruchową bazę mowy w okresie prenatalnym i w okresie postnatalnym [Pluta-Wojciechowska, 2022, s. 23].

Jak podkreśla D. Pluta-Wojciechowska, korzystanie z terapii miofunkcjonalnej wymaga wykształcenia logopedycznego, które uwzględnia najnowsze wyniki badań, a także nabycia praktycznych umiejętności, które można zdobyć na kursach i warsztatach specjalistycznych [Pluta-Wojciechowska, 2018].

Z logopedią miofunkcjonalną łączy się w jakimś zakresie **logopedia ortognatyczna**. Pomysłodawczynią terminu jest Anna Lichnowska, autorka rozprawy doktorskiej pt. *Wpływ wad zgryzu na powstawanie wad wymowy u pacjentów leczonych ortognatycznie* [Lichnowska, 2022].

Logopedia ortognatyczna to interdyscyplinarny dział łączący logopedię, ortodontcję i stomatologię, koncentrujący się na diagnozowaniu i terapii dysfunkcji układu stomatognatycznego, takich jak nieprawidłowe połykanie, oddychanie, gryzienie czy mowa, które mogą wynikać z wad zgryzu [por. Lichnowska, Kozakiewicz, 2021; Lichnowska, 2022]. Logopedia ortognatyczna wymaga ścisłej kooperacji logopedów, ortodontów i chirurgów szczękowo-twarzowych. Tylko takie zintegrowane podejście pozwala skutecznie diagnozować i leczyć zaburzenia funkcji orofacjalnych u pacjentów z wadami zgryzu.

Anna Lichnowska jest współautorką kursu certyfikującego „Logopedia Ortognatyczna”, który powstał na bazie jej badania na największej na świecie grupie dorosłych pacjentów z wadą zgryzu i wadą wymowy. Kurs ten obejmuje m.in. analizę i ocenę dysfunkcji układu stomatognatycznego oraz terapię w logopedii ortognatycznej.

Odrębną i nową subdyscypliną logopedyczną jest **logopedia paliatywna/stanów ciężkich/tanatologedia**, poprawiająca jakość życia u jego schyłku, zajmująca się „permanentną diagnozą i terapią logopedyczną osób z głębokimi zaburzeniami mowy

i czynności prymarnych wywołanych jednostkami chorobowymi niepoddającymi się leczeniu przyczynowemu” [Wójcik-Topór, Krajewska, Michalik, 2023, s. 14].

Działania logopedy paliatywnego służą poprawie jakości komunikacji osób chorych i/lub stabilizowaniu jej rozpadu oraz niwelowaniu różnych niepożądanych objawów komunikacyjnych czy poznawczych, warunkujących mówienie, oraz emocjonalnych, wynikających z coraz gorszego funkcjonowania zarówno układu nerwowego, jak i obwodowego narządu mowy [por. Wójcik-Topór, Krajewska, Michalik, 2023].

Redaktorzy tomu *Diagnoza i terapia logopedyczna pacjentów w stanie ciężkim* [Wójcik-Topór, Krajewska, Michalik, 2023] we wstępie operują też terminem *tana-logopedia* i tak definiują jego znaczenie:

[...] subdyscyplina logopedyczna, której przedmiotem są zaburzenia mowy będące skutkiem nieuleczalnych i zwykle postępujących chorób, strategie postępowania logopedycznego i logoterapeutycznego wpisujące się najczęściej w procedurę stabilizowania rozpadu systemu komunikacyjnego oraz wszelkie działania niwelujące skutki coraz gorszego funkcjonowania układu nerwowego i obwodowego narządu mowy podejmowane w ramach szerokich kompetencji logopedy świadomego schyłkowości życia swoich pacjentów; zakres takiej subdyscypliny w pewnym stopniu wkracza w obszar gerontologopedii, neurologopedii i onkologopedii, jak również medycyny i psychologii paliatywnej, geriatriczki, praktyki wspomagających i alternatywnych metod komunikacji (AAC), a nawet orofacjologopedii w zakresie stabilizowania rozpadu czynności prymarnych warunkujących mówienie, ale i przyjmowanie pokarmów, a nawet oddychanie [Wójcik-Topór, Krajewska, Michalik, 2023, s. 15].

Logopedia przedszkolna i wczesnoszkolna to obszary logopedii ciągle pierwszoplanowe, dotyczące dzieci przedszkolnych i wczesnoszkolnych, szczególnie tych, które są dotknięte zaburzeniami mowy (i szerzej: zaburzeniami rozwojowymi) [Domagała, Mirecka, 2021].

Przedmiotem zainteresowania logopedii przedszkolnej i wczesnoszkolnej jest kształtowanie się mowy dziecka w normie, ze skoncentrowaniem uwagi na nabywaniu poszczególnych rodzajów sprawności językowych [Domagała, Mirecka, 2021].

Ponadto przedmiotem zainteresowań są również podstawowe problemy z zakresu patologii mowy u dzieci: zaburzenia artykulacji, niepełność mówienia, zaburzenia rozwoju językowego oraz problemy dzieci ze specjalnymi potrzebami rozwojowymi i edukacyjnymi, a także ustalenia w zakresie profilaktyki, diagnozy i terapii [Domagała, Mirecka, 2021].

Mowa jest narzędziem integracji społecznej, a umiejętności komunikacyjne są kluczowe dla uczestnictwa w życiu społecznym, edukacyjnym i zawodowym. Na niedocenianie kontekstu społecznego zaburzeń mowy zwracają uwagę Jacek Błeszyński i Zbigniew Tarkowski, którzy proponują wyodrębnić dział logopedii zwany **logopedią społeczną** [Błeszyński, Tarkowski, 2025]. Jak piszą autorzy:

Logopedia społeczna jest działem logopedii zajmującym się społecznym funkcjonowaniem osób z zaburzeniami mowy. Skupia się więc na jednostce, a nie na jej zaburzeniu mowy. Zajmuje się: osobą z afazją, a nie samą afazją, osobą z dyzartrią, a nie samą dyzartrią, osobą jąkającą się, a nie samym jąkaniem itd. Dzięki takiemu podejściu logopedia społeczna poszerza podejście biologiczno-lingwistyczne do zaburzeń mowy o ich kontekst psychospołeczny, którego rola rośnie z wiekiem. Z jednej strony chodzi o uwzględnienie perspektywy rozwoju osób z zaburzeniami, a z drugiej strony o jej funkcjonowanie w otoczeniu społecznym (domu, szkole, pracy) [Błęszyński, Tarkowski, 2025, s. 29].

Logopedia społeczna większą uwagę przywiązuje do komunikacji niż do języka, do kształtowania sprawności komunikacyjnej niż lingwistycznej, uwzględnia fakt, że komunikacja interpersonalna stanowi podstawową umiejętność społeczną.

Ten dział logopedii korzysta z metod wypracowanych na gruncie nauk społecznych (pedagogiki, psychologii i socjologii). Należą do nich: terapia behawioralna lub poznawczo-behawioralna, terapia środowiskowa, socjoterapia, trening komunikacji, wychowanie językowe. Logopedia społeczna poszerza status o zakres zawodowy i społeczny logopedy. Do tradycyjnej roli terapeuty dodaje zadania doradcy, asystenta lub opiekuna [Błęszyński, Tarkowski, 2025, s. 30].

Nowe spojrzenie na osoby niekomunikujące się pozwoliło zweryfikować m.in. pojęcie niepełnosprawności intelektualnej, odejść od jednoznacznego powiązania mowy z upośledzeniem umysłowym, a ukierunkować się na proces nabywania kompetencji komunikacyjnych [Błęszyński, Kaczorowska-Bray, 2012]. Z tego ukierunkowania zrodziła się kolejna subdyscyplina logopedii, a mianowicie **oligofrenologopedia**.

Adam Stankowski i Jolanta Brzozowska [2003] podają, iż oligofrenologopedia to specjalizacja, której przedmiotem zainteresowania jest problematyka rozwoju mowy dzieci upośledzonych umysłowo⁵ w różnym stopniu (lekkim, umiarkowanym, znacznym i głębokim).

W *Słowniku pedagogiki specjalnej* oligofrenologopedia definiowana jest jako dział logopedii zajmujący się diagnozowaniem oraz terapią zaburzeń mowy osób z niepełnosprawnością intelektualną [Kupisiewicz, 2013].

W *Encyklopedii logopedii* oligofrenologopedia traktowana jest jako dział neurologopedii zajmujący się oligofazją, czyli zaburzeniem mowy będącym wynikiem niewykształcenia się kompetencji językowej, komunikacyjnej i kulturowej na skutek niepełnosprawności intelektualnej. Przedmiotem oligofrenologopedii powinna być przede wszystkim diagnoza i terapia logopedyczna tego zaburzenia [Komlogo, b.r.].

Logopedzi pragnący specjalizować się w zakresie profilaktyki, wspomagania rozwoju mowy i terapii zaburzeń mowy i języka, występujących w grupie osób

⁵ Współcześnie w pedagogice specjalnej używa się terminu *niepełnosprawność intelektualna*.

z niepełnosprawnością intelektualną w różnym stopniu, niezależnie od ich wieku metrykalnego, mogą podejmować studia podyplomowe z tego zakresu.

Wzrost zachorowań na choroby nowotworowe w obrębie głowy, twarzy, jamy ustnej, szczęk, szyi czy krtani oraz związane z rozwojem logopedii nowoczesne strategie w kształceniu logopedycznym doprowadziły do wyodrębnienia się kolejnej specjalności, jaką jest **onkologopedia** [Hamerlińska-Latecka, 2013]. Jak podkreśla Agnieszka Hamerlińska-Latecka, pomysłodawczyni tej subdyscypliny, jest to specjalność logopedyczna zajmująca się badaniem, diagnozą i terapią logopedyczną osób (dzieci, młodzieży i dorosłych) z objawami zaburzeń mowy, zaburzeń komunikacji, dysfagią wywołanymi chorobą nowotworową i/lub będącymi konsekwencją jej leczenia [Hamerlińska-Latecka, 2013].

Celami onkologopedii są [Hamerlińska-Latecka, 2013]:

- 1) diagnoza zaburzeń mowy, zaburzeń komunikacji, dysfagii o podłożu onkologicznym;
- 2) badanie zaburzeń mowy, zaburzeń komunikacji, dysfagii o etiologii nowotworowej;
- 3) terapia logopedyczna osób z chorobą onkologiczną w obrębie głowy, jamy ustnej i szyi;
- 4) przygotowanie specjalistów dla potrzeb badania, diagnozy, terapii onkologopedycznej.

Wśród zadań onkologopedii, poza diagnozą i terapią, Hamerlińska-Latecka [2013] wymienia m.in.:

- 1) prowadzenie badań nad występowaniem zaburzeń mowy i komunikacji, dysfagii o podłożu onkologicznym;
- 2) określenie terminologii onkologopedycznej;
- 3) konstruowanie narzędzi badawczych;
- 4) rozwijanie komunikacji alternatywnej i wspomagającej;
- 5) restytucję mowy w możliwym do osiągnięcia zakresie;
- 6) prowadzenie szkoleń z zakresu onkologopedii dla logopedów;
- 7) organizowanie współpracy ze specjalistami prowadzącymi proces leczenia osoby z chorobą nowotworową;
- 8) opracowywanie wskazówek do komunikacji interpersonalnej w relacji logopeda – personel medyczny – pacjent i jego rodzina.

Pomysłodawczyni subdyscypliny podkreśla, że sam przedmiot onkologopedia powinien pojawić się w programie studiów na kierunku logopedia, a jego rozwinięcie powinno być realizowane jako kształcenie podyplomowe, uwzględniające obszar medyczny, psychoonkologiczny, językoznawczy i logopedyczny [Hamerlińska, 2018].

W praktyce klinicznej zdarza się często, jak podkreśla Małgorzata Krajewska [2018], że podłożem rozmaitych dysfunkcji mowy i języka może być tło psychogenne, związane z silnym oddziaływaniem czynników psychicznych. Do zaburzeń mowy o podłożu psychogennym zalicza się najczęściej: schizofazję, zaburzenia mowy

w zespołach autystycznych, niektóre postacię jąkania czy nerwice mowy (logoneurozy) [Czernikiewicz, Woźniak, 2012]. Wśród tych ostatnich wymienia się mutyzm, logofobię, logastenię, dysfonię spastyczną, histeryczne zaburzenia mowy czy logoneurotyczne zaburzenia rozumienia mowy [Zaleski, 2012].

Do prowadzenia diagnoz i terapii logopedycznych osób z wymienionymi zaburzeniami potrzebni są **specjaliści z zakresu psychogennych zaburzeń mowy**. Mogą oni zdobywać w ramach tej subdyscypliny zarówno wiedzę, jak i praktyczne umiejętności w ramach szkoleń, warsztatów czy wybranych przedmiotów na studiach logopedycznych.

Kluczowe znaczenie dla prawidłowego rozwoju mowy i zapobiegania wadom wymowy mają m.in. prawidłowe funkcje pokarmowe: ssanie, gryzienie, żucie, połykanie. Interdyscyplinarna forma terapii, której celem jest poprawa funkcji pokarmowych u dzieci i dorosłych z trudnościami w przyjmowaniu pokarmu, wymaga od specjalistów wiedzy i umiejętności związanych w przypadku dzieci z dobozem odpowiednich narzędzi do karmienia, odpowiedniej pozycji do karmienia, stymulacją odruchu ssania i połykania, treningiem gryzienia i żucia, rozszerzaniem diety dziecka czy terapią nadwrażliwości oralnej, a w przypadku dorosłych z diagnozą i terapią dysfagii. W związku z rosnącą liczbą wcześniaków, dzieci z wybiórczością pokarmową, dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu, mózgowym porażeniem dziecięcym, dorosłych z chorobami neurologicznymi i onkologicznymi w obrębie jamy ustnej i gardła od kilku lat obserwujemy wzrost zainteresowania tym działem logopedii oraz rosnące zainteresowanie **specjalistami z zakresu terapii karmienia**.

Specjalista karmienia (często nazywany również terapeutą karmienia lub specjalistą ds. terapii karmienia) to osoba mająca wiedzę i umiejętności w zakresie diagnozowania trudności związanych z przyjmowaniem pokarmów – zarówno u dzieci, jak i dorosłych.

Logopedzi pragnący zdobywać wiedzę i umiejętności w tej subdyscyplinie mogą korzystać z różnego rodzaju szkoleń, kursów, warsztatów.

Badania naukowe dotyczące mowy, języka i komunikacji osób niedowidzących i niewidomych pokazują specyfikę ich terapii logopedycznej, a tym samym potwierdzają argument „na rzecz potrzeby wyodrębnienia w strukturze logopedii działu zajmującego się kwestiami mowy i komunikacji osób (dzieci, młodzieży, ewentualnie osób dorosłych) doświadczających konsekwencji niepełnosprawności wzrokowej” [Zaorska, 2016, s. 158]. W ten sposób wyodrębniono wśród subdyscyplin logopedii **tyflogopedię**.

Postęp, jaki w ostatnich latach dokonał się w naukach medycznych, rozwój nowoczesnych metod umożliwiających wczesną diagnozę i szybkie rozpoczęcie leczenia, pozwalają z jednej strony na ratowanie dzieci z ciężko poważnie zagrożonych, z drugiej zaś przyczyniają się do wzrostu liczby dzieci z różnymi zaburzeniami i wadami rozwojowymi, w przypadku których istnieje duże ryzyko wystąpienia nieprawidłowości w rozwoju psychoruchowym [Kaczorowska-Bray, Milewski, 2016]. Takie

dzieci wymagają wczesnych oddziaływań rehabilitacyjno-terapeutycznych (wczesnej interwencji), także w zakresie diagnozy i stymulacji logopedycznej. Dlatego też wraz z rozwojem logopedii zaczęła wyodrębniać się w niej subdyscyplina określana mianem **wczesnej interwencji logopedycznej**.

Wczesna interwencja logopedyczna to wszelkie oddziaływania logopedy wobec dzieci zagrożonych niepełnosprawnością bądź ze zdiagnozowaną niepełnosprawnością, u których stwierdza się nieprawidłowości w zakresie warunków prawidłowego kształtowania się mowy i które z tego powodu wymagają wczesnych oddziaływań w zakresie diagnozy i terapii logopedycznej [Kaczorowska-Bray, Milewski, 2016]. Aby sprostać zadaniu budowania indywidualnych programów stymulacyjnych w odniesieniu do dzieci z zaburzeniami rozwoju, terapeuci powinni dysponować wiedzą na temat rozwoju dziecka oraz zaburzeń poszczególnych sfer poznawczych. Oznacza to konieczność znajomości zagadnień z różnych dyscyplin i integrowania informacji z wielu obszarów nauki [Cieszyńska, Korendo, 2017].

Wiedzę w omawianym obszarze można zdobywać przede wszystkim w ramach studiów podyplomowych.

Przyszłość wybranych subdyscyplin, czyli postulaty środowiska akademickiego w sprawie powołania nowych specjalizacji

Uniwersytecka Komisja Kształcenia Konferencji Rektorów Uniwersytetów Polskich 28 kwietnia 2025 roku wystosowała do przewodniczącej i Zarządu Głównego Polskiego Związku Logopedów pismo ze stanowiskiem środowiska akademickiego do projektu ustawy o zawodzie logopedy i samorządzie logopedów z dnia 9 marca 2025 r., autorstwa Polskiego Związku Logopedów. Szczególnie zwrócono uwagę na kwestie kształcenia logopedów i uzyskiwania specjalizacji (uwaga nr 4).

W uzasadnieniu uwagi środowisko naukowców we współpracy z ekspertami podkreśliło, iż:

- 1) ważne jest ustrukturyzowanie ścieżek kształcenia podyplomowego, umożliwiające pogłębianie kompetencji zawodowych oraz uzyskiwanie specjalizacji logopedycznych w wyspecjalizowanych obszarach praktyki;
- 2) intensywny postęp badań naukowych dostarczył solidnych podstaw teoretycznych i metodologicznych do wyodrębniania szeregu nowych subdyscyplin logopedycznych; w ich obrębie istnieje dziś bogata literatura fachowa oraz rozbudowana baza badań naukowych, co jednoznacznie wskazuje na ich dojrzałość i zasadność obecności w oficjalnym systemie kształcenia;
- 3) w ostatnich latach wykształciły się wyraźnie zdefiniowane obszary specjalistycznej działalności zawodowej logopedów, z których każdy wymaga odrębnych, pogłębionych kompetencji, często współdzielonych z innymi subdyscyplinami;

- 4) środowisko akademickie jest gotowe do kształcenia w różnych subdyscyplinach logopedycznych, tym bardziej że istnieje realne zapotrzebowanie na specjalistów posiadających konkretną, ukierunkowaną wiedzę i umiejętności;
- 5) rozwój logopedii jako nauki, rosnące potrzeby zdrowotne i społeczne wynikające ze wzrostu świadomości w zakresie zaburzeń komunikacyjno-językowych oraz postępująca specjalizacja usług terapeutycznych sprawiają, że katalog specjalizacji logopedycznych musi zostać zaktualizowany i dostosowany do aktualnych realiów.

W związku z powyższym środowisko akademickie postuluje, aby ustawa określała następujące specjalizacje logopedyczne oraz odpowiadające im tytuły:

- 1) specjalista gerontologopeda,
- 2) specjalista komunikacji alternatywnej i wspomagającej,
- 3) specjalista logopedii artystycznej i medialnej,
- 4) specjalista neurologopeda,
- 5) specjalista onkologopeda,
- 6) specjalista surdologopeda,
- 7) specjalista w zakresie emisji, higieny i rehabilitacji głosu,
- 8) specjalista w zakresie psychogennych zaburzeń mowy,
- 9) specjalista w zakresie balbutologopedii,
- 10) specjalista w zakresie komunikacji osób z niepełnosprawnością intelektualną,
- 11) specjalista w zakresie komunikacji osób z niepełnosprawnością wzrokową,
- 12) specjalista w zakresie logopedii miofunkcjonalnej,
- 13) specjalista w zakresie logopedii społecznej,
- 14) specjalista w zakresie terapii karmienia,
- 15) specjalista wczesnej interwencji logopedycznej.

W momencie przygotowywania niniejszego tekstu prace nad ustawą ciągle trwają.

Podsumowanie

Logopedia przeżywa w ostatnich kilkadziesiąt latach rozkwit, następuje również swoiste dostosowywanie się tej dziedziny do zmieniających się warunków życia w społeczeństwie [Pluta-Wojciechowska, 2014]. Owo dostosowywanie się widać m.in. w powstawaniu nowych subdyscyplin logopedii, wyodrębnianych ze względu na różne kryteria, takie jak rodzaj czynnika patogenicznego powodującego zaburzenia mowy, rodzaj objawu czy cechy grup osób, które mają być podmiotem postępowania logopedycznego [Pluta-Wojciechowska, 2014].

Przyczyna zaburzeń mowy pozwala na wydzielenie: neurologopedii, surdologopedii, oligofrenologopedii, onkologopedii, tyflogopedii. Uwzględnienie rodzaju objawu pozwoliło wyodrębnić balbutologopedię. Przyczyny wyłonienia wczesnej interwencji logopedycznej D. Pluta-Wojciechowska upatruje w uwzględnieniu

kryterium wieku i związanej z nim podatności na działania stymulujące, wspierające i korygujące. Kryterium wieku pozwoliło wyodrębnić też takie subdyscypliny, jak: gerontologopedia, logopedia przedszkolna czy logopedia wczesnoszkolna. Z kolei wyłonienie się logopedii artystycznej i logopedii medialnej wiąże się z uwzględnieniem charakteru pomocy, jakiej potrzebuje pewna grupa osób w związku z wykonywanym zawodem [por. Pluta-Wojciechowska, 2014].

Subdyscypliny służą pogłębianiu wiedzy oraz nabywaniu kompetencji w wybranych/wyspecjalizowanych obszarach logopedii/praktyki logopedycznej.

Istotne jest to, by logopedzi mieli możliwość zdobywania specjalizacji w ramach standaryzowanych studiów podyplomowych.

Etap, na którym znajduje się logopedia w Polsce, pozwala na wyodrębnienie się nowych specjalizacji, a nie tylko nowych subdyscyplin czy działów. Szczególnie chodzi o te subdyscypliny logopedii, które mają wypracowane swoje narzędzia i metody diagnostyczno-terapeutyczne.

Literatura

- Adamiszyn Z., Walencik-Topiłko A., 2003, *Logopedia artystyczna*, [w:] T. Gałkowski, G. Jastrzębowska (red.), *Logopedia. Pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki*, t. 2: *Zaburzenia komunikacji językowej u dzieci i osób dorosłych*, Opole: Uniwersytet Opolski, s. 807–824.
- Bernstein Ratner N.E., Tetnowski J.A., 2006, *Stuttering treatment in the new millennium: changes in the traditional parameters of clinical focus*, [w:] N.E. Bernstein Ratner, J.A. Tetnowski (red.), *Current issues in stuttering treatment and practice*, New York: Lawrence Erlbaum Associates, Inc., s. 1–16.
- Bleszyński J.J., Kaczorowska-Bray K., 2012, *Wstęp*, [w:] J.J. Bleszyński, K. Kaczorowska-Bray (red.), *Diagnoza i terapia logopedyczna osób z niepełnosprawnością intelektualną. Teoretyczne determinanty problemu*, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia Universalis, s. 9–10.
- Bleszyński J.J., Tarkowski Z., 2025, *Logopedia społeczna*, „Forum Pedagogiczne”, t. 15, nr 1: „Komunikacja, mowa, język – interdyscyplinarne dyskursy”, s. 25–34.
- Caesar L.G., Kohler P.D., 2007, *The state of school-based bilingual assessment: Actual practice versus recommended guidelines*, „Language. Speech and Hearing Services in Schools”, vol. 38(3), s. 190–200.
- Cieszyńska J., Korendo M., 2017, *Wczesna interwencja terapeutyczna. Stymulacja rozwoju dziecka od noworodka do 6. roku życia*, Kraków: Wydawnictwo Edukacyjne.
- Czaplewska E., 2018a, *Rola logopedii we współczesnych społeczeństwach wielokulturowych*, [w:] E. Czaplewska (red.), *Logopedia międzykulturowa*, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia Universalis, s. 261–281.
- Czaplewska E., 2018b, *Wstęp*, [w:] E. Czaplewska (red.), *Logopedia międzykulturowa*, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia Universalis, s. 11–17.
- Czernikiewicz A., Woźniak T., 2012, *Diagnoza psychogennych zaburzeń mowy*, [w:] E. Czaplewska, S. Milewski (red.), *Diagnoza logopedyczna. Podręcznik akademicki*, Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, s. 415–478.

- Dąbrowska D., Dziwińska A., 2005, *Emisja głosu – wybrane zagadnienia*, Wałbrzych: Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Angelusa Silesiusa.
- Domagała A., Mirecka U. (red.), 2021, *Logopedia przedszkolna i wczesnoszkolna*, t. 1: *Rozwój sprawności językowych. Podstawowe problemy logopedyczne*, t. 2: *Najczęstsze zaburzenia mowy u dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym. Uwarunkowania – symptomy – typologie zjawisk*, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia Universalis.
- Grabias S., 1991, *Logopedia – jej przedmiot i stopień zaawansowania refleksji metanaukowej*, [w:] S. Grabias (red.), *Przedmiot logopedii*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, s. 26–49.
- Grabias S., 1997, *Mowa i jej zaburzenia*, „Audiofonologia”, t. X, s. 9–36.
- Grabias S., 2012, *Teoria zaburzeń mowy. Perspektywy badań, typologie zaburzeń, procedury postępowania logopedycznego*, [w:] S. Grabias, Z.M. Kurkowski (red.), *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, s. 15–71.
- Hamerlińska A., 2018, *Onkologopedia w systemie kształcenia logopedów*, „Logopaedica Lodziensia”, nr 2, s. 49–61.
- Hamerlińska A., 2020, *Miejsce onkologopedii w nauce*, [w:] A. Hamerlińska, B. Mikuła (red.), *Onkologopedia. Podejście interdyscyplinarne*, Częstochowa: Alfa Medica Press, s. 11–22.
- Hamerlińska-Latecka A., 2013, *Onkologopedia – o potrzebie utworzenia nowej specjalności w logopedii*, [w:] J.J. Błeszyński (red.), *Medycyna w logopedii. Terapia – wspomaganie – wsparcie. Trzy drogi – jeden cel*, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia Universalis, s. 57–66.
- Jastrzębowska G., 2003, *Przedmiot, zakres zainteresowań i miejsce logopedii wśród innych nauk*, [w:] T. Gałkowski, G. Jastrzębowska (red.), *Logopedia. Pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki*, t. 1: *Interdyscyplinarne podstawy logopedii*, Opole: Uniwersytet Opolski, s. 315–329.
- Jastrzębowska-Jasińska A., 2018, *Balbutologopedia – dziedzina obca logopedom?*, [w:] K. Węsierska, K. Gawel (red.), *Zaburzenia płynności mowy*, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia Universalis, s. 93–112.
- Kaczmarek L., 1981, *Program studiów logopedycznych*, Lublin: Zakład Logopedii Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Kaczmarek L., 1991a, *Model opieki logopedycznej w Polsce*, Gdańsk: Gdański Związek Logopedów.
- Kaczmarek L., 1991b, *O polskiej logopedii*, [w:] S. Grabias (red.), *Przedmiot logopedii*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, s. 5–25.
- Kaczorowska-Bray K., 2017, *Gerontologopedia, czyli starość w perspektywie logopedycznej*, „Konteksty Społeczne”, t. 5, nr 1(9), s. 140–141.
- Kaczorowska-Bray K., Milewski S., 2016, *Wstęp*, [w:] K. Kaczorowska-Bray, S. Milewski (red.), *Wczesna interwencja logopedyczna*, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia Universalis, s. 16–24.
- Kaczorowska-Bray K., Milewski S., Michalik M., 2020, *Starość – jak ją widzi logopedia*, Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.
- Kamińska B., 2016, *Od retoryki do logopedii artystycznej*, [w:] B. Kamińska, S. Milewski (red.), *Logopedia artystyczna*, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia Universalis, s. 53–67.
- Kamińska B., Milewski S., 2016, *Wstęp*, [w:] B. Kamińska, S. Milewski (red.), *Logopedia artystyczna*, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia Universalis, s. 16–24.
- Kataryńczuk-Mania L. (red.), 2020, *Emisja głosu w przestrzeni edukacyjnej, artystycznej i terapeutycznej*, Zielona Góra: Wydział Pedagogiki, Psychologii i Socjologii Uniwersytetu Zielonogórskiego.
- Komlogo, b.r., *Encyklopedia logopedii*, hasło: *Oligofrenologopedia*, <https://www.komlogo.pl/encyklopedia/130-a/1104-oligofrenologopedia> (dostęp: 2.06.2025).
- Krajewska M., 2018, *Psychiatria w logopedii – problem zaburzeń somatoformicznych i nerwic mowy*, „Neurolingwistyka Praktyczna”, nr 4, s. 32–42.
- Kupisiewicz M., 2013, *Słownik pedagogiki specjalnej*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

- Kurkowski Z.M., 1991, *Specjalności logopedyczne*, [w:] S. Grabias (red.), *Przedmiot logopedii*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, s. 106–111.
- Kurkowski Z.M., 2010, *Specjalizacje logopedyczne*, „Biuletyn Logopedyczny”, nr 1, s. 75–78.
- Lichnowska A., 2022, *Wpływ wad zgryzu na powstawanie wad wymowy u pacjentów leczonych ortognatycznie*, rozprawa doktorska napisana pod kierunkiem prof. M. Kozakiewicza, obroniona na Uniwersytecie Medycznym w Łodzi.
- Lichnowska A., Kozakiewicz M., 2021, *The Logopedic Evaluation of Adult Patients after Orthognathic Surgery*, „Applied Sciences”, vol. 11(12).
- Loebl W., 2006, *Szkic rozwoju wspomagającej i alternatywnej komunikacji w Polsce*, [w:] J. Błężyński (red.), *Alternatywne i wspomagające metody komunikacji*, Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls, s. 21–31.
- Manning W.H., 2010, *Clinical decision making in the diagnosis and treatment of fluency disorders*, Clifton Park: Delmar.
- Manning W.H., DiLollo A., 2017, *Clinical decision making in the diagnosis and treatment of fluency disorders*, San Diego: Plural Publishing.
- Michalik M., 2015, *Transdyscyplinarność logopedii – między metodologiczną koniecznością a teoretyczną utopią*, [w:] S. Milewski, K. Kaczorowska-Bray (red.), *Metodologia badań logopedycznych z perspektywy teorii i praktyki*, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia Universalis, s. 32–46.
- Michałowska-Rozhin B., 1991, *Kultura słowa jest przedmiotem logopedii*, [w:] S. Grabias (red.), *Przedmiot logopedii*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, s. 99–102.
- Milewski S., Kaczorowska-Bray K., 2014, *Czy jest potrzebna gerontologopedia? Późna dorosłość z perspektywy logopedycznej*, [w:] M. Michalik (red.), *Nowa Logopedia*, t. 5: *Diagnoza i terapia logopedyczna osób dorosłych i starszych*, Kraków: Collegium Columbinum, s. 13–26.
- Milewski S., Kaczorowska-Bray K., 2015, *Późna dorosłość jako przedmiot zainteresowania współczesnej logopedii – perspektywy badawcze*, [w:] S. Milewski, K. Kaczorowska-Bray (red.), *Metodologia badań logopedycznych z perspektywy teorii i praktyki*, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia Universalis, s. 153–170.
- Milewski S., Kaczorowska-Bray K., Kamińska B., 2016, *Późna dorosłość z perspektywy logopedii*, „Pogranicze. Studia Społeczne”, t. XXVIII, s. 165–182.
- Milewski S., Kaczorowska-Bray K., Kamińska B. (red.), 2020, *Starość – język – komunikacja. Nowe obszary logopedii*, Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.
- Muzyka-Furtak E. (red.), 2015, *Surdologopedia. Teoria i praktyka*, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia Universalis.
- Pluta-Wojciechowska D., 2014, *Gerontologopedia*, „Forum Logopedyczne”, nr 22, s. 9–13.
- Pluta-Wojciechowska D., 2018, *FTM – Fizjologiczna terapia miofunkcjonalna*, [w:] A. Domagała, U. Mirecka (red.), *Metody terapii logopedycznej*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, s. 487–509.
- Pluta-Wojciechowska D., 2019, *Orofacjologopedia*, „Logopedia”, t. 48(1), s. 137–157.
- Pluta-Wojciechowska D., 2020, *Logopaedics as an Interdisciplinary Science in the Eyes of Speech Therapists Preliminary Research Results*, „Logopaedica Lodziensia”, nr 4, s. 141–155.
- Pluta-Wojciechowska D., 2022, *Zaburzenia czynności prymarnych i artykulacji. Podstawy postępowania logopedycznego*, Bytom: Wydawnictwo Ergo Sum.
- Podyplomowe Studia Balbutologopedii na Uniwersytecie Śląskim w Katowicach*, b.r., <https://www.ja-kanie-terapia.pl/aktualnosci/230-podyplomowe-studia-balbutologopedii-na-uniwersytecie-slas-kim-w-katowicach> (dostęp: 2.06.2025).
- Program specjalizacji w dziedzinie neurologopedii*, 2023, Warszawa, <https://www.cmkp.edu.pl/wp-content/uploads/2023/11/040-Neurologopedia-program-podstawowy-2023.pdf> (dostęp: 3.06.2025).

- Program specjalizacji w dziedzinie surdologii*, 2024, Warszawa, <https://www.cmkp.edu.pl/wp-content/uploads/2024/03/033-Surdologopedia-program-podstawowy-2024-1.pdf> (dostęp: 3.06.2025).
- Przebinda E., Michalik M., Grzelak E., 2023, *Komunikacja wspomagająca i alternatywna (AAC) w praktyce logopedycznej i terapeutycznej*, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia Universalis.
- Sommers R.K., Caruso A.J., 1995, *Inservice training in speech-language pathology: are we meeting the needs for fluency training?*, „American Journal of Speech-Language Pathology”, vol. 4, s. 22–28.
- Stankowski A., Brzozowska J., 2003, *Terapia logopedyczna w procesie rewalidacji dzieci upośledzonych umysłowo (oligofrenopedagogika, oligofrenologopedia)*, „Chowanna”, R. XLVI, t. 2, s. 54–82.
- Surowaniec J., 1998, *Logopedia a dyscypliny pograniczne*, [w:] I. Nowakowska-Kempna (red.), *Logopedia jako nauka interdyscyplinarna – teoretyczna i stosowana*, Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, s. 27–34.
- Szurek M., 2023, *O potrzebie kształcenia specjalistów rehabilitacji zaburzeń głosu*, „Logopaedica Lodziensia”, nr 8, s. 147–159.
- Tarkowski Z., 2016, *Nowe specjalizacje w logopedii*, „Forum Logopedy”, nr 14, s. 59–61.
- Tłokiński W., Milewski S., Kaczorowska-Bray K. (red.), 2018, *Gerontologopedia*, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia Universalis.
- Walencik-Topiłko A., 2014, *Emisja głosu. Kwalifikacje i zajęcia*, „Forum Logopedy”, nr 2, s. 22–24.
- Wolańska E., 2015, *Zaburzenia funkcji językowych w chorobach i zespołach otępiennych. Rola i cele logopedii wieku podeszłego*, „Poradnik Językowy”, nr 5, s. 67–82.
- Wójcik-Topór P., Krajewska M., Michalik M. (red.), 2023, *Diagnoza i terapia logopedyczna pacjentów w stanie ciężkim*, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia Universalis.
- Zaleski T., 2012, *Logoneurozy*, [w:] A. Obrębowski (red.), *Wprowadzenie do neurologopedii*, Poznań: Termedia Wydawnictwo Medyczne, s. 277–282.
- Zaorska M., 2016, *Tyflologopedia jako subdyscyplina szczegółowa logopedii oraz element współczesnej koncepcji strukturalnej*, „Przegląd Badań Edukacyjnych”, nr 22(1), s. 149–162.

Rafał Młyński  <https://orcid.org/0000-0001-9069-0612>

Uniwersytet Jagielloński, Wydział Polonistyki, Instytut Glottodydaktyki Polonistycznej, Zakład Logopedii
ul. Ingardena 3, 30-060 Kraków, e-mail: rafal.mlynski@uj.edu.pl

Analiza dwujęzyczności i dysleksji u dziecka polonijnego w ramach klasyfikacji ICF

Analysis of Bilingualism and Dyslexia in a Polish Child According to the ICF Classification

Słowa kluczowe: ICF, RIOT, biografia językowa, LEAP-Q, dwujęzyczność

Keywords: ICF, RIOT, language biography, LEAP-Q, bilingualism

Streszczenie

Artykuł zawiera propozycję użycia autorskiej koncepcji oceny dwujęzyczności i zaburzenia komunikacji językowej. Jej podstawą jest klasyfikacja ICF, połączona z diagnostyczną formułą RIOT, informacjami pozyskanymi dzięki kwestionariuszowi Doświadczenia i Biegłości Językowej (LEAP-Q) oraz metodzie biografii językowej. Omówiono założenia teoretyczne powyższych narzędzi oraz zaprezentowano ich użycie na przykładzie E. – bilingwalnego chłopca z dysleksją.

Abstract

The article contains a proposal to incorporate the author's concept of assessing bilingualism and language communication disorders into one's practice. The proposal is based on the ICF classification, combined with the diagnostic formula RIOT and information obtained from the Language Experience and Proficiency Questionnaire (LEAP-Q) and the Language Biography method. The theoretical assumptions of the tools are discussed and an example of their administration is included on the example of E., a bilingual boy with dyslexia.

Funding information: The article was written thanks to research funding provided under the Excellence Initiative at the Faculty of Polish Studies of the Jagiellonian University.

Declaration regarding the use of GAI tools: Not used.

Conflicts of interests: None.

Ethical considerations: The Author assures of no violations of publication ethics and takes full responsibility for the content of the publication.

Received: 2024.09.14, Accepted: 2025.02.11.

Wprowadzenie

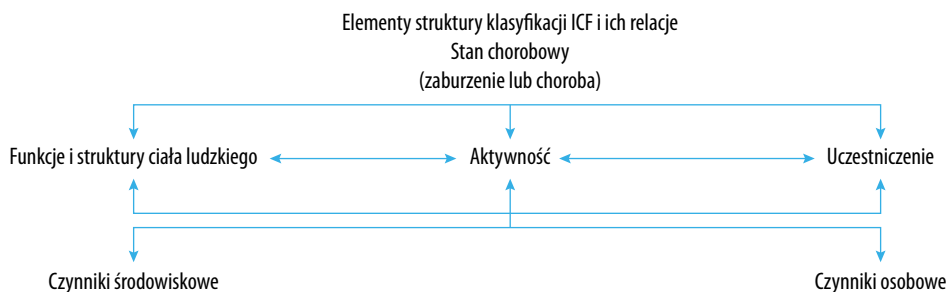
Niniejsza praca jest kontynuacją artykułu *Logopedyczna ocena dwujęzyczności dziecięcej w kontekście ICF*, opublikowanego w 2024 roku na łamach czasopisma „Logopaedica Lodziensia”.

Celami opracowania są ewaluacja zaproponowanego porządku pod kątem opisu dwujęzyczności i zaburzeń u dziecka polonijnego oraz próba sformułowania wniosków aplikacyjnych. Podmiotem badania jest chłopiec E. – dwujęzyczny, polsko-angielski, borykający się z dysleksją oraz zaburzeniem artykulacji.

Artykuł podzielony jest na część teoretyczną i empiryczną. W pierwszej przypomniane zostaną najważniejsze założenia prezentowanej koncepcji, natomiast druga to studium przypadku E. Jest ono podzielone na opis czynników kontekstowych oraz analizę tworzenia przez chłopca wypowiedzi po polsku. Całość zostanie podsumowana wnioskami o charakterze poznawczym oraz aplikacyjnym.

Klasyfikacja ICF

Klasyfikacja ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) jest narzędziem, dzięki któremu można opisać biopsychospołeczne funkcjonowanie człowieka z konkretną dysfunkcją [WHO, 2001]. Jest ona komplementarna z ICD-10, stanowi też swego rodzaju sposób wymiany informacji między specjalistami pracującymi z danym pacjentem. Dychotomiczny podział opisu ICF na „Funkcjonowanie i niepełnosprawność” oraz „Czynniki kontekstowe” pozwala dokonać holistycznej diagnozy człowieka i zaplanować szczegółowy przebieg postępowania terapeutycznego.



Rysunek 1. Części klasyfikacji ICF i ich wzajemne relacje

Źródło: WHO, 2001.

Jak wskazuje rysunek 1, dane zaburzenie związane jest nie tylko z upośledzoną funkcją i strukturą ciała, ale również z aktywnością i współuczestniczeniem

społecznym. Całość uzależniona jest także od czynników środowiskowych i osobowych pacjenta, mających wymiar psychologiczny.

W zakresie „Funkcjonowanie i niepełnosprawność” należy opisać zaburzenie i to, jakie zmiany fizjologiczne i strukturalne niesie ono ze sobą, można również umieścić informacje dotyczące integralności funkcjonalnej i strukturalnej. Ważnymi składnikami opisu są również dane o aktywności i uczestniczeniu pacjenta w rzeczywistości w wymiarze pozytywnym i negatywnym. „Czynniki kontekstowe” to czynniki środowiskowe i osobowe, w ramach których określa się pozytywne i negatywne cechy wpływu na pacjenta oraz ułatwienia i przeszkody towarzyszące mu w życiu codziennym.

Na podstawie dokonanego przeglądu literatury należy stwierdzić, iż w polskiej logopedii klasyfikacja ICF nie jest powszechnie stosowana, choć nie można jej określić mianem nieznannej. W tym zakresie jej implementacji podjęły się Agata Michalska [2013], Katarzyna Węsierska [2015], Ewa Boksa [2016; 2018; 2020], Maria Faściszewska [2020], Małgorzata Zaborniak-Sobczak i współautorzy [2018] oraz Agata Trębacz-Ritter [2022]. W odniesieniu do logopedii zagranicznej należy wspomnieć, iż ICF jako ramę diagnostyczno-terapeutyczną rekomenduje amerykańska ASHA w odniesieniu do wielu zaburzeń, m.in. jąkania, wad wymowy, dyzartrii, apraksji, afazji, rozszczepu podniebienia, demencji czy traumatycznego uszkodzenia mózgu. Dodatkowo można zapoznać się z szeroką literaturą zagraniczną dotyczącą logopedycznego zastosowania ICF [np. McLeod, 2004; Washington, 2007; Howe, 2008; McNeilly, 2018]. Klasyfikacja ICF została też użyta w badaniach dwujęzyczności [Blake, McLeod, 2019; Gréaux, Gibson, Katsos, 2024] oraz dysleksji [Riva, Antonietti, 2010].

Procedura RIOT

Procedura diagnostyczna RIOT (*Review – Interview – Observation – Test*) używana jest w ewaluacji dzieci dwujęzycznych. Podobnie jak ICF podkreśla wagę czynników socjokulturowych, mających wpływ na funkcjonowanie pacjenta. Paradygmat ten składa się z czterech elementów [Cheng, 1997; 2007]:

- 1) *Review* – przegląd raportów, dokumentów, nagrań związanych z dzieckiem;
- 2) *Interview* – przeprowadzenie wywiadów z rodzicami, nauczycielami, opiekunami dziecka;
- 3) *Observation* – obserwacja dziecka w różnych kontekstach komunikacyjnych;
- 4) *Test* – badanie komunikacji w obu językach dziecka.

Procedura ta wykorzystywana jest w badaniach zagranicznych [Cheng, 2006; Franco, Latrin, Beck, 2019] oraz polskich [Młyński, 2021; Kamińska, 2023]. Zestawiając ze sobą elementy ICF oraz informacje, jakie należy pozyskać podczas stosowania RIOT, można dokonać ich syntezy (wytluszczonym drukiem zaznaczone są

elementy ICF, natomiast kursywą informacje z RIOT). Propozycja może wyglądać następująco [Młyński, 2024, s. 112–113]:

- 1) **czynniki środowiskowe zewnętrzne** korespondują z *krótką charakterystyką języków dziecka, określeniem interlokutorów dziecka, przyjętą strategią przyswojenia/uczenia się języków, określeniem domen użycia języków oraz języka szkolnej edukacji*;
- 2) **ułatwiający lub utrudniający wpływ cech świata fizycznego, społecznego lub postaw** koresponduje z *ekspozycją dziecka na osoby i sytuacje związane z użyciem języków, dostępem do możliwości wsparcia przyswajania/uczenia się języków, dostępem do logopedy*;
- 3) **ułatwienia** korespondują z *pozytywną postawą rodziców dziecka wobec jego języków i uczestnictwa w kulturach*;
- 4) **przeszkody** korespondują z *deprecjonowaniem przez rodziców języka i kultury dziecka oraz brakiem pozyskiwania przez rodziców wiedzy na temat dwujęzyczności*;
- 5) **czynniki osobowe wewnętrzne** korespondują z *biegłością językową dziecka, postawami dziecka wobec swoich języków i kultur, świadomością przynależności kulturowej*;
- 6) **wpływ cech danej osoby** koresponduje z *temperamentem, emocjonalnością oraz preferencjami językowymi dziecka*.

Dodatkowo ICF zakłada wykonanie diagnozy pacjenta, co znajduje również odzwierciedlenie w ostatnim elemencie RIOT, czyli w teście. W przypadku dzieci dwujęzycznych rekomendowana jest ewaluacja komunikacji w obu językach.

Kwestionariusz Doświadczenia i Biegłości Językowej (DiBJ)

Kwestionariusz DiBJ (LEAP-Q) [Marian, Blumenfeld, Kaushanskaya, 2007] jest narzędziem, które można wykorzystać w rozszerzonym wywiadzie logopedycznym na temat sytuacji językowej (charakterystyki socjolingwistycznej) dziecka dwujęzycznego. Jego użycie jest niezbędne do opisu osoby bilingwalnej [Grosjean, 2008]. Może być on szczególnie przydatny podczas zbierania informacji o dziecku, również w ramach RIOT. Podczas analizy okazuje się, iż DiBJ (kursywa) można zestawiać z następującymi elementami ICF (wytluszczony druk):

- 1) **ułatwiający lub utrudniający wpływ cech świata fizycznego, społecznego i postaw** koresponduje z *czasem ekspozycji na języki, kontekstami ekspozycji na język i zakresem ich wpływu na biegłość językową*;
- 2) **czynniki środowiskowe zewnętrzne** korespondują z *kolejnością nabywania języków, statusem języków, początkiem akwizycji języków*;
- 3) **czynniki osobowe wewnętrzne** korespondują z *dominacją językową, identyfikacją kulturową, wiekiem osiągnięcia płynnej mowy, momentem osiągnięcia*

- umiejętności czytania, oceną biegłości w zakresie rozumienia, mówienia i czytania, identyfikacją jako natywnego bądź nienatywnego użytkownika języka;*
- 4) **wpływ cech danej osoby** koresponduje z *preferencjami użycia języków* (Młyński, 2024).

Biografia językowa

Biografia językowa (BJ) jest jedną z metod badania dwujęzyczności indywidualnej. Wprowadził ją Władysław Miodunka [2016], dokonując analizy glottodydaktycznych i logopedycznych publikacji na temat bilingwizmu jednostkowego. Według Miodunki BJ pozwala zebrać informacje dotyczące osoby dwujęzycznej (podobnych jak w RIOT czy DiBJ), najczęściej za pomocą wywiadów. Tym, co wyróżnia BJ spośród RIOT i DiBJ, jest rozmowa z samą osobą bilingwalną w formie wywiadu biograficznego. Miodunka rekomenduje również określony porządek prezentowania zebranych danych w dwóch częściach, tj. narracyjnej (fakty z życia, sytuacja językowa itp.) i analitycznej (przykłady komunikacji w obu językach z uwzględnieniem zjawisk typowych dla kontaktów międzyjęzycznych).

Zaprezentowane powyżej elementy (RIOT, DiBJ i BJ) to narzędzia, dzięki którym można zebrać informacje składające się na czynniki kontekstowe klasyfikacji ICF. W ramach postępowania logopedycznego w przypadku zaburzenia oraz bilingwizmu należy także pamiętać o danych dotyczących samego deficytu oraz o jego skutkach w zakresie biopsychospołecznym pacjenta. Informacje na ten temat można pozyskać, używając RIOT oraz BJ, pytając np. rodzica o refleksje i obserwacje dotyczące dziecka w kontekście borykania się z zaburzeniem czy samą osobę bilingwalną o trudności, których doświadcza. Niezbędne będą również informacje z dokumentacji dziecka, np. opinia, orzeczenie lub raport z badania.

Studium przypadku E.

Informacje wstępne

W dwuetapowym badaniu wziął udział chłopiec E. Obie części badania odbyły się na terenie Chicago w 2022 i 2023 roku. Przed badaniem rodzic wypełnił kwestionariusz LEAP, został z nim też przeprowadzony wywiad półstrukturyzowany w celu skonstruowania narracyjnej części BJ. Autor tekstu rozmawiał również z samym dzieckiem. Wykorzystano elementy procedury RIOT (obserwacja i test – obserwacja dziecka podczas badań, ocena sprawności mówienia i pisania) do opracowania części analitycznej BJ.

Opracowanie danych badawczych

Do prezentacji materiału empirycznego została użyta metoda BJ, tzn. jej część narracyjna i analityczna. Część narracyjna posłużyła do przedstawienia czynników kontekstowych związanych z bilingwizmem chłopca oraz tych dotyczących aktywności i uczestnictwa psychospołecznego w kontekście jego dysleksji. Część analityczna poświęcona została sprawności mówienia i pisania po polsku.

Logopedyczna ocena dwujęzyczności i dysleksji u E.

Część narracyjna

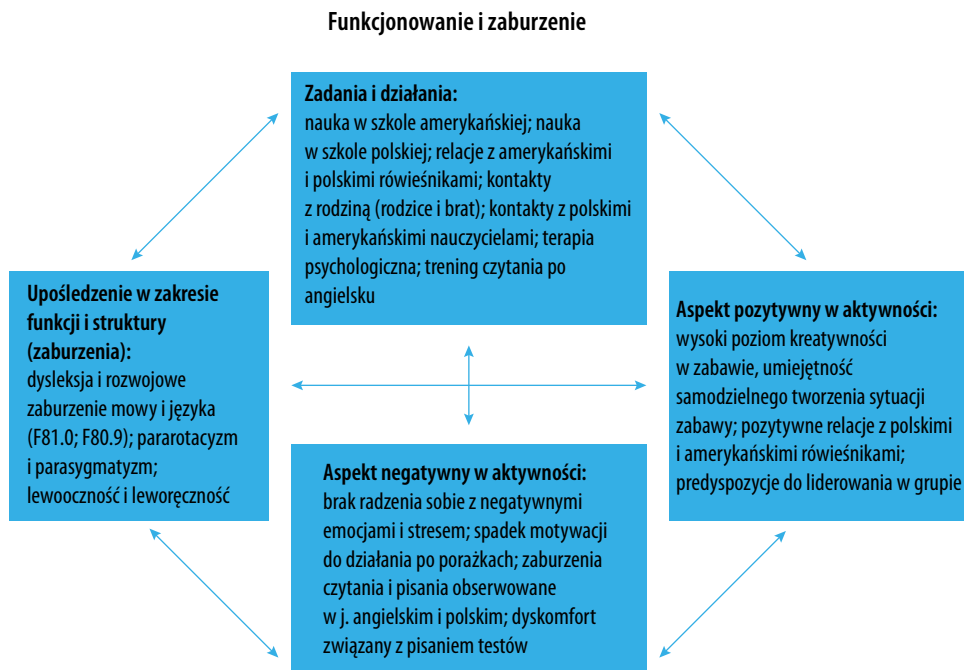
Chłopiec E. urodził się na terenie Chicago w polskiej rodzinie (oboje rodzice są Polakami). Ma młodszego brata. W trakcie badań miał odpowiednio 7 i 8 lat. Prezentuje bilingwizm polsko-angielski. Zdiagnozowane zostały u niego dysleksja i zaburzenie artykulacji. Uczęszcza do amerykańskiej szkoły podstawowej. W weekendy uczestniczy w zajęciach polskiej szkoły. Motywacją rodziców do zapisu E. do tej placówki była chęć podtrzymania u chłopca znajomości języka polskiego oraz poznania polskiej kultury. Sprzyjającą okolicznością jest to, że E. bardzo chętnie spędza tam wolny czas z rówieśnikami.

Tabela 1. Czynniki kontekstowe ICF w warunkach dwujęzyczności

Czynniki kontekstowe	
Czynniki środowiskowe zewnętrzne: <ol style="list-style-type: none"> język polski językiem pierwszym przyswajanym, angielski drugim; aktualnie polszczyzna jako język odziedziczony, funkcjonalnie drugi, natomiast angielski językiem funkcjonalnie pierwszym, edukacyjnym; domeny użycia języka polskiego: dom, szkoła polonijna (rówieśnicy i nauczyciele); domeny użycia języka angielskiego: szkoła (rówieśnicy i nauczyciele) i najbliższe otoczenie; zastosowana wobec niego strategia miejsca w przyswajaniu języków (polski dom i amerykańska szkoła). 	Czynniki osobowe wewnętrzne: <ol style="list-style-type: none"> według rodzica w wieku 2 lat E. płynnie komunikował się po polsku; polszczyzna została określona przez rodzica jako „ojczysta”; według rodzica E. w 7. roku życia zaczął czytać po polsku, ale nie osiągnął w tym płynności i poprawności; mówienie i rozumienie po polsku ocenione przez rodzica na 7 w 10-stopniowej skali; najslabiej czytanie – na 3; polskie przedszkole; angielski przyswajany od 2. roku życia (bilingwizm symultaniczny); według rodzica osiągnął w nim „płynną mowę” w 5. roku życia; zaczął czytać po angielsku w 6. roku życia, nie czyta płynnie; mówienie i rozumienie po angielsku ocenione na 9 w 10-stopniowej skali; najslabiej czytanie – na 3; chłopiec dwukulturowy, ale z większą przynależnością do kultury amerykańskiej niż polskiej (stosunek 60% do 40% według rodzica);

Czynniki kontekstowe	
	<p>8) według rodzica na 6 w 10-stopniowej skali słyhać u E. „obcy akcent”, kiedy mówi po polsku;</p> <p>9) według rodzica na 8 w 10-stopniowej skali E. identyfikowany jest jako nienatywny użytkownik języka polskiego;</p> <p>10) według rodzica na 4 w 10-stopniowej skali słyhać u E. „obcy akcent”, kiedy mówi po angielsku;</p> <p>11) według rodzica na 4 w 10-stopniowej skali E. identyfikowany jest jako nienatywny użytkownik języka angielskiego.</p> <p>Postawa E. wobec języków i kultur:</p> <p>1) pozytywna dla obu języków i kultur, chęć posługiwania się polskim i angielskim;</p> <p>2) ogromna satysfakcja z uczestnictwa w polskiej szkole.</p>
<p>Ułatwiający lub utrudniający wpływ cech świata fizycznego, społecznego oraz postaw:</p> <p>1) większa ekspozycja na angielski niż na polski (60% do 40% tygodniowego czasu);</p> <p>2) w równym stopniu wybiera teksty napisane po polsku i angielsku;</p> <p>3) chłopiec częściej wybiera do rozmowy angielski niż polski.</p>	<p>Wpływ cech danej osoby:</p> <p>1) impulsywność, pewność swoich umiejętności w nowych sytuacjach;</p> <p>2) rozpoczyna zadania z dużą motywacją, która spada w obliczu porażki;</p> <p>3) chęć przewodniczenia grupie rówieśników;</p> <p>4) pozytywnie postrzegany przez polskich i amerykańskich kolegów; dobrze opiniowany przez polskich i amerykańskich nauczycieli.</p>
<p>Ułatwienia:</p> <p>1) rodzice przejawiają pozytywny stosunek do języków i kultur, w których jest zanurzony E.;</p> <p>2) w trakcie wywiadu rodzic wspomniał o nieznacznych deficytach w mówieniu po polsku;</p> <p>3) aktualna kompetencja w języku polskim pozwala w zasadzie na bezproblemowe komunikowanie się z Polakami w Polsce;</p> <p>4) chłopiec był w terapii logopedycznej, jednak została przerwana;</p> <p>5) aktualnie uczestniczy w terapii psychologicznej oraz szkolnym programie wsparcia umiejętności czytania.</p>	
<p>Przeszkody: nie zanotowano.</p>	

Źródło: opracowanie własne.



Rysunek 2. Funkcjonowanie dziecka w kontekście zaburzeń komunikacji

Źródło: opracowanie własne.

Część analityczna

Celem badania były językowe korelaty dwujęzyczności zarejestrowane w języku polskim, który ma u E. status odziedziczonego, mniejszościowego w stosunku do angielskiego. Dodatkowo włączono analizę błędów w pisaniu po polsku i angielsku.

Fragmenty rozmów po polsku:

1. L (logopeda): *Co to jest?*

E.: *Taki... necklace.*

2. L: *Ja słyszałam, że Twoim ulubionym filmem jest ...*

E.: *Star Wars.*

3. L: *Podobny jesteś do brata?*

E.: *On tak lubi Paw Patrol.*

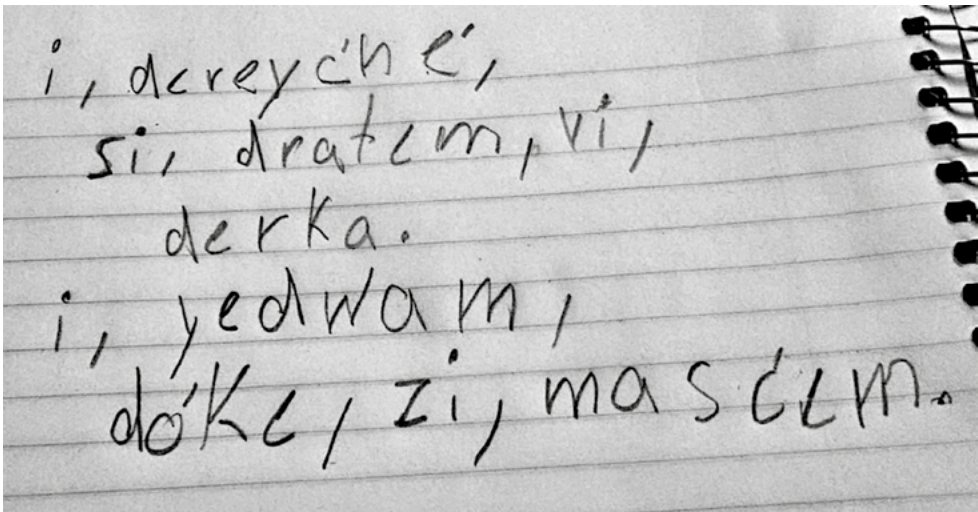
4. L: *Dlaczego pokazuje na niebieski?*

E.: *Bo nie chce get in trouble.*

5. E: *Ale mama nie widzi, że takie baby ptak jest prawie [...].*

Swobodna wypowiedź pisemna E.

Tekst zamierzony: *Ja bawiłem się z bratem w berka i jadłem bułkę z masłem.*



Fotografia 1. Wypowiedź własna w języku polskim

Źródło: materiały własne.

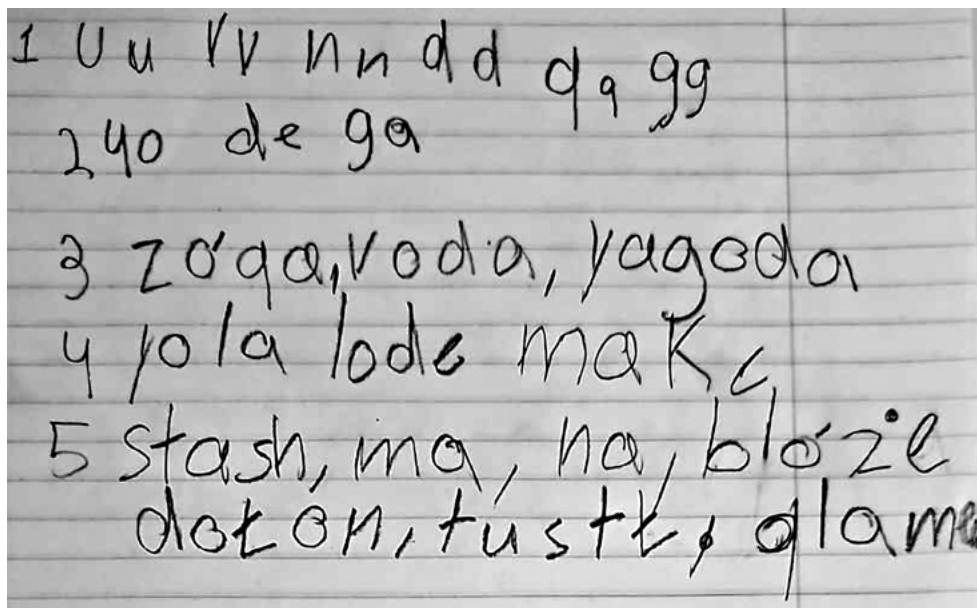
Błędy wynikające z zaburzeń dyslektycznych:

1. Substytucja litery *s* na *z*, będąca prawdopodobnie inwersją statyczną.
2. Substytucja litery *b* na *d* (3 razy w słowach *bratem*, *berka* i *bulkę*), będąca inwersją statyczną.
3. Elizja *ł* w wyrazie *bulkę*.

Błędy wynikające z niepełnej kompetencji w języku polskim i dominacji języka angielskiego:

1. Użycie zaimka *I* zamiast polskiego *ja*.
2. Formy *zi*, *vi* w funkcji polskich przyimków *z*, *w*.
3. Forma *yedwam* w funkcji czasownika *jadłem*.
4. Forma *mas'c'cm* w funkcji rzeczownika *masłem*.

Tekst zapisany ze słuchu w języku polskim:



Fotografia 2. Pisanie ze słuchu po polsku

Źródło: materiały własne.

Błędy wynikające z zaburzeń dyslektycznych:

1. Substytucja *p* na *q*, będąca inwersją statyczną litery *p* w wyrazie *zupa*.
2. Substytucja *b* na *d*, będąca inwersją statyczną litery *b* w wyrazie *lubi*.
3. Metateza litery *ł* w wyrazie *łusta*.
4. Elizja litery *q* w wyrazie *łusta*.
5. Substytucja *p* na *q*, będąca inwersją statyczną litery *p* w wyrazie *plamę*.

Błędy wynikające niepełnej kompetencji w języku polskim i dominacji języka angielskiego:

1. Substytucja *u* na *ó* w wyrazie *zupa*.
2. Substytucja *w* na *v* w wyrazie *woda*.
3. Substytucja *j* na *y* w wyrazie *jagoda*.
4. Substytucja *i* na *e* w wyrazie *lubi*.
5. Substytucja *ś* na *sh* w wyrazie *Stas*.
6. Substytucja *u* na *ó* w wyrazie *bluzie*.
7. Substytucja *zi* na *ż* w wyrazie *bluzie*.
8. Użycie formy *dułon* zamiast *dużę*.

Podsumowanie części narracyjnej i analitycznej

Chłopiec E. jest świadomie wychowywany przez rodziców w dwujęzyczności polsko-angielskiej na terenie USA. Język polski jest dla niego językiem odziedziczonym, najlepiej rozwiniętym w zakresie rozumienia i mówienia [Seretny, Lipińska, 2019]. Zdecydowanie słabo wykształcone jest u E. czytanie i pisanie, co spowodowane jest faktem, iż dopiero nabywa te sprawności w języku polskim i angielskim oraz ma zdiagnozowaną dysleksję. Mówienie w obu znanych mu językach jest zakłócone rozwojowym zaburzeniem mowy i języka (diagnoza amerykańskiego logopedy dotycząca języka angielskiego), w polskim ma objawy parasygmatyzmu i pararotacyzmu. Dalszy rozwój polszczyzny, w szczególności utrzymanie rozumienia i mówienia po polsku oraz kształtowanie umiejętności pisania i czytania po polsku, razem z równoległym postępem w tym samym zakresie w języku angielskim może doprowadzić chłopca do stanu dwujęzyczności kognitywnej [Lipińska, 2015]. Procesy te są bardzo uzależnione od postawy rodziców E. oraz samego chłopca, związanej z prestiżem języka polskiego i pokazaniem dziecku, że polszczyzna może pełnić ważną funkcję w jego życiu. W trakcie wywiadu chłopiec stwierdził, że mówienie po polsku jest korzystne, ponieważ „niedużo ludzi wiedzą” (niewiele ludzi wokół niego rozumie polski). Oprócz tego E. wymienił wielu członków rodziny, z którymi rozmawia po polsku.

W trakcie wywiadu rodzic potwierdził chęć E. do chodzenia do szkoły polonijnej, co może doprowadzić do zdobywania w niej kolejnych szczebli edukacji (po polską maturę, a później tzw. Pieczęć Dwujęzyczności – *Seal of Biliteracy*). Sam chłopiec stwierdził – „ja kocham polską szkołę!”.

Sytuacja E. wymaga nie tylko dalszej stymulacji w języku polskim, ale również terapii logopedycznej. Z rozmowy z rodzicem chłopca udało się pozyskać informację, iż E. uczęszczał do polskiego logopedy na terenie Chicago, ale terapia została przerwana ze względu na brak porozumienia między logopedą a E. Chłopiec realizuje aktualnie trening czytania metodą Wilsona w amerykańskiej szkole. Jest również pod opieką psychologa, który pracuje z nim nad kontrolą negatywnych emocji. Biorąc pod uwagę trudności w pisaniu po polsku i angielsku, wskazana jest dalsza pogłębiona nauka czytania w obu językach, a dodatkowo terapia funkcji poznawczych, świadomości fonologicznej oraz prawidłowego pisania po polsku i angielsku. W zakresie języka polskiego plan terapeutyczny może być oparty na tzw. Metodzie Krakowskiej, tzn. nauce czytania metodą symultaniczno-sekwencyjną [Cieszyńska, 2006; Cieszyńska-Rożek, 2013], symultanicznej nauce ortografii [Cieszyńska, Korendo, 2009] i programowaniu języka [Orłowska-Popek, 2017; Orłowska-Popek, Błasiak-Tytuła, 2021]. Lewooczość i leworęczność chłopca determinują konieczność ćwiczeń manualnych i wzrokowych na podstawie linearnego porządkowania elementów (sekwencji). Przydatny może być też program czytania po polsku dla dzieci dwujęzycznych autorstwa Agnieszki Rabiej, Roberta Dębskiego i Małgorzaty Szelc-Mays [2016]. Oprócz wsparcia czytania i pisania

wskazana jest dla chłopca konsultacja z amerykańskim i polskim logopedą w celu wykonania oceny miodfunkcjonalnej, warunkującej pogłębioną diagnozę artykulacji [Pluta-Wojciechowska, 2019].

W części analitycznej wskazano zjawiska typowe dla dysleksji oraz językowe korelaty bilingwizmu, występujące w mówieniu oraz pisaniu przez E. W odniesieniu do mówienia interesujące jest zjawisko przełączania kodów (*code switching* – CS). W przykładach 1–5 występują wtrącenia leksykalne z języka angielskiego, co jest jednym ze wzorców CS, zdefiniowanym przez Petera Muyskena [1997; zob. Młyński, Majewska-Tworek, 2024]. Tego typu zjawiska mogą być związane z brakami leksykalnymi w języku polskim, co wskazuje na potrzebę nauki polszczyzny jako kodu odziedziczonego [Lipińska, Seretny, 2012]. W przypadku tekstów napisanych przez E. analiza polegała na identyfikacji i interpretacji błędów. Z pozycji normy języka polskiego są to błędy nie tylko związane z faktem, iż chłopiec ma niepełną kompetencję w pisanim języku polskim, na którą wpływają pisownia języka angielskiego oraz dyslektyczne błędy syntagmatyczne i paradygmatyczne [Cieszyńska, 2005]. Ich pojawienie się wskazuje na potrzebę stymulacji E. w zakresie funkcji poznawczych oraz czytania i pisania.

Niniejsze postępowanie badawcze miało również charakter ewaluacyjny w celu sprawdzenia przydatności narzędzi (RIOT, DiBJ, BJ) do opisu osoby dwujęzycznej w ramach klasyfikacji ICF. Jednym z wniosków jest obserwacja, iż dzięki procedurze RIOT, kwestionariuszowi DiBJ oraz metodzie BJ można uzyskać pogłębione informacje dotyczące jednostki bilingwalnej – faktów związanych ze stawianiem się i byciem dwujęzycznym, z charakterem występujących zaburzeń. Połączenie tematyki deficytów komunikacyjnych u dzieci dwujęzycznych z klasyfikacją ICF daje również pewną opcję tworzenia opisu osoby dwujęzycznej, obok innych proponowanych w literaturze przedmiotu [Hoffman, 1991; Grosjean, 2008]. Oprócz tego podkreśla znaczenie diagnozy funkcjonowania dziecka bilingwalnego z zaburzeniem w swoim środowisku, np. rodzinnym, szkolnym. Identyfikacja tych czynników i prawidłowa interpretacja mają swoją wagę w zakresie planowania terapii logopedycznej, której celem powinno być m.in. podniesienie jakości życia pacjenta.

Literatura

- Blake H.L., McLeod S., 2019, *Speech-language pathologists' support for multilingual speakers' English intelligibility and participation informed by the ICF*, „Journal of Communication Disorders”, vol. 77, s. 56–70.
- Boksa E., 2016, *Ślinotok i zaburzenia komunikacji u pacjentów cierpiących na dysfagię*, „Studia Pragmalingwistyczne”, t. VIII, s. 267–277.
- Boksa E., 2018, *Perspektywy badań nad normą osób z niepełnosprawnościami sprzężonymi*, [w:] P. Zbróg (red.), *Wybrane aspekty badań nad normą językową*, Kraków: Wydawnictwo Libron, s. 231–246.

- Boksa E., 2020, *Komunikacja dzieci i młodzieży z mózgowym porażeniem dziecięcym i niepełnosprawnością intelektualną na tle oceny życia*, „Logopedia Silesiana”, t. 9, s. 14–27.
- Cheng L., 1997, *Diversity: challenges and implications for assessment*, „Journal of Children Communication Development”, vol. 19(1), s. 55–62.
- Cheng L., 2006, *Lessons from the Da Vinci Code: Working with Bilingual/Multicultural Children and Families*, „ASHA Leader”, vol. 11(13), s. 14–15.
- Cheng L., 2007, *Improve your assessment of bilingual clients with communication disorders*, „Therapy Insider”, vol. 37, 10.
- Cieszyńska J., 2005, *Nauka czytania krok po kroku. Jak przeciwdziałać dysleksji*, Kraków: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego.
- Cieszyńska J., 2006, *Kocham czytać*, Kraków: Wydawnictwo Edukacyjne.
- Cieszyńska J., Korendo M., 2009, *Symultaniczne ćwiczenia ortograficzne*, Kraków: Wydawnictwo Edukacyjne.
- Cieszyńska-Rożek J., 2013, *Metoda krakowska wobec zaburzeń rozwoju. Z perspektywy fenomenologii, neurobiologii i językoznawstwa*, Kraków: Omega Stage Systems.
- Fańciszevska M., 2020, *Diagnoza funkcjonalna dziecka jękającego się w wieku szkolnym*, [w:] K. Węsierska, M. Witkowski (red.), *Zaburzenia płynności mowy: teoria i praktyka*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Śląskiego”, t. 2, s. 245–254.
- Franco A., Latrin T., Beck A., 2019, *Assessing Bilingual Children with a Language Disorder*, <https://ir.library.illinoisstate.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1015&context=giscsd> (dostęp: 12.01.2025).
- Gréaux M., Gibson J.L., Katsos N., 2024, *‘It’s not just linguistically, there’s much more going on’: The experiences and practices of bilingual paediatric speech and language therapists in the UK*, „International Journal of Language & Communication Disorders”, vol. 59(5), s. 1–19.
- Grosjean F., 2018, *Studying bilinguals*, Oxford: Oxford University Press.
- Hoffman Ch., 1991, *Introduction to bilingualism*, New York: Routledge.
- Howe T.J., 2008, *The ICF Contextual Factors related to speech-language pathology*, „International Journal of Speech-Language Pathology”, vol. 10(1–2), s. 27–37.
- Kamińska S., 2023, *Ocena zachowań językowych wielojęzycznej dziewczynki*, [w:] S. Kamińska (red.), *Wielojęzyczność. Wyzwanie współczesnej logopedii*, Siedlce: Uniwersytet w Siedlcach, s. 157–192.
- Lipińska E., 2015, *Dwujęzyczność kognitywna*, „LingVaria”, t. X, nr 2(20), s. 55–68.
- Lipińska E., Seretny A., 2012, *Między językiem ojczystym a obcym. Nauczanie i uczenie się języka odziedziczonego na przykładzie chicagowskiej diaspory*, Kraków: Księgarnia Akademicka.
- Marian V., Blumenfeld H., Kaushanskaya M., 2007, *Language Experience and Proficiency Questionnaire (LEAP-Q)*, „Journal of Speech Language and Hearing Research”, vol. 50(4), s. 940–967.
- McLeod S., 2004, *Speech pathologists’ application of the ICF to children with speech impairment*, „Advances in Speech Language Pathology”, vol. 6(1), s. 75–81.
- McNeilly L., 2018, *Using the International Classification of Functioning, Disability and Health Framework to Achieve Interprofessional Functional Outcomes for Young Children: A Speech-Language Pathology Perspective*, „Pediatric Clinics of North America”, vol. 65(1), s. 125–134.
- Michalska A., 2013, *Funkcjonalne podejście do terapii pacjentów z mózgowym porażeniem dziecięcym – stosowanie systemów klasyfikacyjnych*, [w:] E. Boksa, A. Michalska, P. Zbróg (red.), *Aktualne problemy diagnozy i terapii osób z niepełnosprawnościami sprzężonymi i zaburzeniami rozwojowymi*, Kraków: Wydawnictwo Libron, s. 103–112.
- Miodunka W., 2016, *Biografia językowa jako jedna z metod badania dwujęzyczności*, [w:] R. Dębski, W. Miodunka (red.), *Bilingwizm polsko-obcy dziś. Od teorii i metodologii badań do studiów przypadków*, Kraków: Wydawnictwo Księgarnia Akademicka, s. 49–87.

- Młyński R., 2021, *Ocena dwujęzyczności dziecięcej przy zastosowaniu formuły RIOT*, „Logopaedica Lodziensia”, nr 5, s. 159–170.
- Młyński R., 2024, *Logopedyczna ocena dwujęzyczności dziecięcej w kontekście ICF*, „Logopaedica Lodziensia”, nr 9, s. 103–118.
- Młyński R., Majewska-Tworek A., 2024, *Typy i funkcje przełączania kodu językowego (code switching) w wywiadzie z dzieckiem bilingwalnym*, „Prace Językoznawcze”, nr 2, s. 271–286.
- Muysken P., 1997, *Code switching processes. Alternation, insertion, congruent lexicalization*, [w:] M. Pütz (red.), *Language Choices. Conditions, constraints, and consequences. Studies in Language, Culture and Society*, Amsterdam: Benjamins, s. 361–380.
- Orłowska-Popek Z., 2017, *Programowanie języka w terapii logopedycznej (na przykładzie rozwoju dzieci niesłyszących)*, Kraków: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego.
- Orłowska-Popek Z., Błasiak-Tytuła M., 2021, *Mój język polski*, Kraków: Wydawnictwo WiR.
- Pluta-Wojciechowska D., 2019, *Efektywność terapii dyslalii. Logopedyczno-lingwistyczna analiza wyników badań*, Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Rabiej A., Dębski R., Szelc-Mays M., 2016, *Czytam, bo lubię! Program wczesnej nauki czytania wraz z poradnikiem dla rodziców i nauczycieli dzieci dwujęzycznych*, Kraków: Wydawnictwo Avalon.
- Riva G., Antonietti A., 2010, *The application of ICF CY model in specific learning difficulties: a case study*, „Psychology of Language and Communication”, vol. 14, s. 37–58.
- Seretny A., Lipińska E., 2019, *E/I/Ree/migracyjny język polski*, „Języki Obce w Szkole”, nr 4, s. 5–10.
- Trębacz-Ritter A., 2022, *Klasyfikacja ICF jako tło dla diagnozy funkcjonalnej uczniów z wyzwaniami rozwojowymi w obszarze mowy i języka. Polska adaptacja kwestionariuszy SPAA-C (Speech Participation and Activity Assessment of Children)*, „Studia z Teorii Wychowania”, t. XIII, nr 3, s. 251–267.
- Washington K., 2007, *Using the ICF within speech language pathology: application to developmental language impairment*, „Advances in Speech Language Pathology”, vol. 9(3), s. 242–255.
- Węsierska K., 2015, *Zastosowanie modelu ICF w diagnozie jąkania*, <https://www.logolab.edu.pl/wp-content/uploads/2021/02/Zastosowanie-modelu-ICF-w-diagnozowaniu-jakania.pdf> [dostęp: 12.09.2024].
- WHO, 2001, *Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF)*, <https://ezdrowie.gov.pl/downloadFile/740> [dostęp: 12.09.2024].
- Zaborniak-Sobczak M., Bieńkowska I., Drozd M., Senderski A., 2018, *Wsparcie edukacyjne uczniów z centralnymi zaburzeniami przetwarzania słuchowego*, „Niepełnosprawność. Dyskursy Pedagogiki Specjalnej”, nr 29, s. 115–131.

Jurek Olszewski  <https://orcid.org/0000-0002-8868-9679>

Uniwersytet Łódzki, Zakład Dialektologii Polskiej i Logopedii, ul. Pomorska 171/173, 90-236 Łódź
e-mail: jurek.olszewski@filologia.uni.lodz.pl

Patrycja Wróblewska  <https://orcid.org/0009-0009-0599-4239>

Świętokrzyskie Centrum Onkologii, Klinika Otolaryngologii, Chirurgii Głowy i Szyi, ul. Artwińskiego 3, 25-734 Kielce
e-mail: patrycja.zaborska@gmail.com

Klinika i ocena efektywności leczenia szumów usznych z zastosowaniem różnych metod terapeutycznych

Clinic and Evaluation of the Effectiveness of Treatment of Tinnitus Using Various Therapeutic Methods

Słowa kluczowe: leczenie, szumy uszne, metody terapeutyczne

Keywords: treatment, tinnitus, therapeutic methods

Streszczenie

Szumy uszne to słuchowa percepcja fantomowa występująca w jednym lub obu uszach przy braku bodźca akustycznego w otoczeniu. Dolegliwość ta stanowi istotny problem społeczny i kliniczny ze względu na dużą częstość występowania, brak w pełni skutecznej metody leczenia oraz towarzyszące jej problemy emocjonalne u pacjentów.

Pomimo prowadzenia wieloletnich intensywnych badań nad etiologią wciąż nie jest rozstrzygnięte, jaki czynnik bezpośrednio odpowiada za percepcję szumu. To z kolei skutkuje brakiem właściwej metody terapeutycznej opartej na działaniu przyczynowym.

Klasyczny podział kliniczny obejmuje szumy uszne subiektywne i obiektywne. Szumy subiektywne (inaczej prawdziwe), podmiotowe występują w większości przypadków, natomiast obiektywne (rzekome), przedmiotowe spotykane są znacznie rzadziej.

Funding Information: J.O. – Uniwersytet Łódzki, Zakład Dialektologii Polskiej i Logopedii; P.W. – Świętokrzyskie Centrum Onkologii, Klinika Otolaryngologii, Chirurgii Głowy i Szyi.
The percentage share of the Authors in the preparation of the work is: J.O. – 50.00%, P.W. – 50.00%.

Declaration regarding the use of GAI tools: Not used.

Conflicts of interests: None.

Ethical considerations: The Authors assure of no violations of publication ethics and take full responsibility for the content of the publication.

Received: 2024.10.07. Accepted: 2024.12.06.

Podstawą diagnostyki szumów usznych powinien być wywiad lekarski i przeprowadzenie odpowiednich badań audiologicznych (audiometrii tonalnej oraz impedancyjnej) w celu dokonania oceny stanu narządu słuchu. W szczególnych przypadkach zaleca się również wykonanie badania rezonansu magnetycznego oraz ultrasonografii, tomografii komputerowej, angiografii rezonansu magnetycznego czy konwencjonalnej angiografii.

Autorzy dokonali oceny efektywności leczenia szumów usznych z zastosowaniem różnych metod terapeutycznych: farmakoterapii, wykorzystania aparatów słuchowych, generatorów szumu, metody TRT (*Tinnitus Retraining Therapy*), terapii poznawczo-behawioralnej, stymulacji nerwu błędnego, stymulacji bimodalnej, prototypowego urządzenia do elektromagnetostymulacji ucha, aplikacji mobilnych.

W opublikowanych w październiku 2014 roku przez Amerykańską Akademię Otolaryngologii Chirurgii Głowy i Szyi wytycznych do postępowania z pacjentami z szumami usznymi w praktyce klinicznej umieszczono rekomendację przeciw stosowaniu farmakoterapii w początkowym etapie leczenia przewlekłych, uciążliwych szumów usznych.

Do najnowszych metod wykorzystywanych w terapii szumów usznych należą: stymulacja nerwu błędnego tVNS oraz stymulacja bimodalna łącząca stymulacje słuchową i somatosensoryczną oraz nowatorska metoda elektromagnetostymulacji ucha z wykorzystaniem prototypowego urządzenia własnej konstrukcji.

Abstract

Tinnitus is a phantom auditory perception that occurs in one or both ears in the absence of an acoustic stimulus in the environment. This condition is a significant social and clinical problem due to its high incidence, lack of a fully effective treatment method and frequent occurrence of emotional problems in patients with tinnitus.

Despite many years of intensive research on its etiology, it is still unclear what factor is directly responsible for the perception of noise. This, in turn, results in the lack of an appropriate therapeutic method based on causal action.

The classic clinical division is subjective and objective tinnitus. However, subjective (or real) tinnitus occurs in most cases, while objective (alleged) one is much less common.

The basis for the diagnosis of tinnitus should be a medical interview and appropriate audiological tests (tonal and impedance audiometry) to assess the condition of the hearing organ. In special cases, it is also recommended to perform magnetic resonance imaging and ultrasound, computed tomography, magnetic resonance angiography or conventional angiography.

The authors assessed the effectiveness of tinnitus treatment using various therapeutic methods: pharmacotherapy, the use of hearing aids, noise generators, the TRT (*Tinnitus Retraining Therapy*) method, cognitive-behavioral therapy, vagus nerve stimulation, bimodal stimulation, a prototype device for electromagnetostimulation of the ear, mobile applications.

The guidelines for the management of patients with tinnitus in clinical practice, published in October 2014 by the American Academy of Otolaryngology Head and Neck Surgery, include

a recommendation against the use of pharmacotherapy in the initial stage of treatment of chronic bothersome tinnitus.

The latest methods used in tinnitus therapy include: tVNS vagus nerve stimulation and bimodal stimulation combining auditory and somatosensory stimulation as well as an innovative method of electromagnetostimulation of the ear using a prototype device designed by the authors of this paper.

Wprowadzenie

Szумы uszne (*tinnitus*) to słuchowa percepcja fantomowa występująca w jednym lub obu uszach przy braku bodźca akustycznego w otoczeniu [Offut, 2002]. Jest to „odczucie dźwięku, które wynika wyłącznie z patologicznej aktywności w obrębie układu nerwowego, bez jakiegokolwiek odpowiadającej aktywności mechanicznej w obrębie ślimaka” [za: Szymiec, 2002, s. 99]. Nazwa pochodzi z języka łacińskiego, od słowa *tinnire* – ‘dzwonić’.

Dolegliwość ta stanowi istotny problem społeczny i kliniczny ze względu na dużą częstość występowania, brak w pełni skutecznej metody leczenia oraz problemy emocjonalne u pacjentów.

Szacuje się, że szумы uszne dotyczą około 15–20% dorosłej populacji, natomiast potrzeba ich leczenia zgłaszana jest przez 2% populacji. Dane wskazują na zwiększanie się liczby pacjentów z niedosłuchem odbiorczym i szumami usznymi, a częstość ich występowania związana jest z wiekiem [Niedzielski, Kędzierawska, 2017]. W Stanach Zjednoczonych problem ten dotyka około 50 milionów ludzi.

Pomimo prowadzenia wieloletnich intensywnych badań nad etiologią wciąż nie jest rozstrzygnięte, jaki czynnik bezpośrednio odpowiada za percepcję szumu. To z kolei skutkuje brakiem właściwej metody terapeutycznej opartej na działaniu przyczynowym.

Szумы uszne są objawem występującym najczęściej przewlekłe, mogą wykazywać dużą zmienność i uciążliwość, powodować dyskomfort tylko w warunkach ciszy (w nocy, przed zaśnięciem, rano) lub być słyszane przez cały dzień, niejednokrotnie utrudniając pracę czy codzienne funkcjonowanie. W około 40% przypadków szumom usznym towarzyszy nadwrażliwość słuchowa.

Patomechanizm i podział szumów usznych

Różnorodność grup chorych cierpiących z powodu uciążliwych szumów usznych może oznaczać, że nie ma jednego mechanizmu ich powstawania. Uważa się, że szумы uszne powstają na skutek nieprawidłowej aktywności nerwowej w obrębie

dróg słuchowych, która w ośrodkach słuchowych błędnie rozpoznawana jest jako dźwięk. Teorie tłumaczące drogę, na której powstaje ta nieprawidłowa aktywność, są hipotezami nie dość potwierdzonymi, by na tej podstawie stworzyć model terapii przyczynowej.

Szum uszny powstaje w miejscu nieprawidłowej impulsacji nerwowej (generator szumu to najczęściej ślimak), a nieprawidłowa percepcja słuchowa (szum uszny) uznawana jest za neuroplastyczną odpowiedź na depriwację słuchową. Nie jest to jednak prosta proporcjonalna zależność, ponieważ percepcja ta utrzymuje się pomimo pozbawienia układu nerwowego dopływu nieprawidłowych informacji z części obwodowej (ze ślimaka) po przecięciu nerwu słuchowego. Uszkodzenie słuchu typu ślimakowego powoduje zredukowanie wyładowań w części ślimakowej nerwu przedsionkowo-ślimakowego, a to z kolei jest przyczyną zmniejszenia korowych procesów hamujących. W konsekwencji prowadzi to do zwiększenia pobudliwości ośrodkowych struktur drogi słuchowej, m.in. pierwotnej kory słuchowej [Noreña, Farley, 2013].

Inny model zakłada, że percepcja szumów usznych jest możliwa w sytuacji nieprawidłowej aktywności neuronalnej w pierwotnej korze czuciowej z udziałem kory czołowej, ciemieniowej i układu limbicznego.

W związku z tym, że ślimak ma bogate unerwienie współczulne, które może pobudzić włókna nerwu słuchowego, uważa się, że to także może być przyczyną odczucia dźwięku (szumu). Nasilenie szumów w sytuacjach zmęczenia, zdenerwowania, czyli kiedy dochodzi do zwiększenia aktywności układu współczulnego, popiera tę hipotezę.

Zwraca się uwagę na związek między układem limbicznym i współczulnym układem nerwowym a wystąpieniem objawów towarzyszących szumom usznym, tj. lęku, depresji, negatywnych emocji, pogorszenia pamięci i uwagi [Janczewski, Latkowski, 1998].

Badania obrazowe struktur mózgu za pomocą czynnościowego jądrowego rezonansu magnetycznego pokazały asymetryczną nadreaktywność kory mózgowej w przebiegu szumów usznych, nie ma jednak zgodnej opinii co do zależności między stroną, po której odczuwany jest szum, a półkulą ze zwiększoną aktywnością kory mózgowej.

Istnieje wiele różnych podziałów szumów usznych, jednak bez względu na to, do jakiej kategorii je przyporządkujemy, pamiętać należy, że są one zawsze objawem pewnej patologii, a nie chorobą w dosłownym znaczeniu.

Klasyczny podział kliniczny obejmuje szумы uszne subiektywne i obiektywne [Pruszewicz, 2003]. Szумы subiektywne (inaczej prawdziwe), podmiotowe występują w większości przypadków, natomiast obiektywne (rzekome), przedmiotowe spotykane są znacznie rzadziej.

Szумы uszne subiektywne słyszane są tylko przez pacjenta i powstają w wyniku nieprawidłowej aktywności w obrębie układu nerwowego, ich źródło może

być zlokalizowane na każdym z poziomów drogi słuchowej (od przewodu słuchowego zewnętrznego do korowych ośrodków słuchu). Mogą wystąpić w wyniku podrażnienia okołotętniczego splotu nerwowego autonomicznego tętnic kręgowych w przebiegu zmian zwyrodnieniowych odcinka szyjnego kręgosłupa [Janczewski, Latkowski, 1998].

Szumy uszne obiektywne (dźwięki somatyczne) powstają w sytuacji, kiedy dochodzi do pobudzenia mechanicznego w ślimaku. W odróżnieniu od subiektywnych dźwięki te mogą być słyszane przez osoby trzecie, na przykład przy użyciu stetoskopu oraz mogą zostać zarejestrowane. Powstają w podobny sposób jak wrazenie dźwięku zewnętrznego, ich źródło zlokalizowane jest w pobliżu ucha wewnętrznego.

Ze względu na przyczyny powstania podzielono je na naczyniowe (przetoki tętniczo-żylny, przetoki tętniczo-tętnicze, patologie opuszki żyły szyjnej wewnętrznej, guzy wewnątrzczaszkowe, czyli kłębczaki bębenkowo-szyjne, zwężenia miażdżycowe tętnic szyjnych, nieprawidłowości topograficzne w rejonie kąta mostowo-mózdkowego, wzmożone ciśnienie wewnątrzczaszkowe) i mechaniczne (kloniczne skurcze mięśni podniebienia miękkiego, mięśni śródusznych, patologie w obrębie stawu skroniowo-żuchwowego, zaburzenia drożności lub ziejąca trąbka słuchowa, przesuwające się ciała obce, owady w przewodzie słuchowym zewnętrznym).

Pod względem przydatności klinicznej szumy uszne obiektywne dzieli się na pulsujące i niepulsujące. Pierwsze są pochodzenia naczyniowego, na ogół jednostronne, zgodne z czynnością serca i nasilające się podczas wysiłku. Takie objawy najczęściej dają kłębczak jamy bębenkowej.

Z kolei niepulsujące często związane są z patologią żylną, obuuszne, stałe i nie zmieniają się podczas wysiłku.

Ponadto ze względu na czas trwania szumy uszne możemy podzielić na ostre (trwające poniżej miesiąca), podostre (od 1 do 6 miesięcy), przewlekłe (powyżej 6 miesięcy).

Diagnostyka szumów usznych w pierwszej kolejności powinna skupić się na identyfikacji potencjalnych przyczyn, których szumy uszne są objawem. Jej podstawą powinien być wywiad lekarski i przeprowadzenie odpowiednich badań audiologicznych. Należy ustalić, czy szumy uszne nie są objawem konkretnej choroby, którą należy jak najszybciej leczyć [Dalrymple, Lewis, Philman, 2021].

Podstawą diagnostyki jest wykonanie audiometrii tonalnej oraz impedancyjnej w celu oceny stanu narządu słuchu. W szczególnych przypadkach zaleca się również wykonanie rezonansu magnetycznego. Wskazaniem do tego badania mogą być asymetryczne szumy uszne, asymetryczny poziom słyszenia oraz towarzyszące objawy neurologiczne. W przypadku wystąpienia pulsujących szumów usznych, synchronicznych z biciem serca mogą być wymagane badania takie jak ultrasonografia (USG), tomografia komputerowa (CT), angiografia rezonansu magnetycznego (MRA) czy konwencjonalna angiografia [Niedzielski, Kędzierawska, 2017].

Farmakoterapia szumów usznych

Pomimo że obecnie nie ma w Europie i Stanach Zjednoczonych zarejestrowanego leku w leczeniu szumów usznych, farmakoterapia subiektywnych szumów usznych w lecznictwie otwartym jest najczęściej stosowaną metodą leczenia (na ogół empiryczną) i często jest to leczenie tzw. pierwszego rzutu.

Uważa się, że w przypadku szumów usznych występujących powyżej 3–6 miesięcy leczenie farmakologiczne jest nieskuteczne. Uzasadnienie znajduje jedynie farmakoterapia w przypadku nagłych szumów usznych, towarzyszących zazwyczaj nagłemu pogorszeniu słuchu [Śliwińska-Kowalska, 2005].

W farmakoterapii wykorzystuje się różne grupy leków, m.in.: środki miejscowo znieczulające (podawane dożylnie lub w postaci jonoforez), leki przeciwdrgawkowe, obniżające napięcie mięśni szkieletowych, leki rozszerzające naczynia krwionośne i poprawiające przepływ mózgowy, wyciąg z liści miłorzębu japońskiego, leki stymulujące komórkę nerwową, blokery kanałów wapniowych, benzodiazepiny, leki stosowane w psychiatrii (przeciwdepresyjne, neuroleptyki), analogi histaminy, toksynę botulinową, melatoninę, suplementy diety (argininę, beta-karoten, N-acetylocysteinę, witaminy – koenzym Q10, minerały).

Leki miejscowo znieczulające

Lidokaina stabilizuje błony komórkowe przez zredukowanie szybkiego przepływu jonów sodowych w czasie depolaryzacji, a także wpływa na kanały wapniowe i potasowe. Przeprowadzono liczne badania kliniczne z zastosowaniem dożylnych preparatów lidokainy, uzyskując supresję szumów usznych w 40–70% przypadków, a pogorszenie nawet u 30% pacjentów. Relatywnie niewielu pacjentów osiągało istotną zmianę w poziomie natężenia szumów usznych, a pozytywny efekt trwał krótko [Kallio i in., 2008]. Mechanizm działania na szumy uszne nie jest jasny, jednak badania kliniczne dowodzą jej wpływu na ślimaka i ośrodkowy układ nerwowy. Dzięki możliwości neuroobrazowania stwierdzono zmianę aktywności prawej kory słuchowej u pacjentów, u których głośność szumu zmieniła się po podaniu lidokainy [Haginomori i in., 1995; Reyes i in., 2002].

Leki przeciwdrgawkowe

Leki przeciwdrgawkowe są coraz częściej stosowane w leczeniu stanów niedrgawkowych, np. zaburzeń psychiatrycznych lub zespołów bólowych, migreny bądź szumów usznych. Za efekt terapeutyczny odpowiadają różne mechanizmy działania, m.in. poprzez wpływ na kanały wapniowe i sodowe czy transmisję synaptyczną kwasu gamma-aminomasłowego.

Gabapentyna przyniosła istotne zmniejszenie uciążliwości szumów usznych w podgrupie pacjentów ze współistniejącym nadciśnieniem tętniczym, cukrzycą

i dyslipidemią [Dehkordi i in., 2011] oraz w grupie pacjentów z szumami usznymi na skutek urazu akustycznego [Bauer, Brozowski, 2006].

Benzodiazepiny

Analizując badania kliniczne, zauważyć można pewne przesłanki potwierdzające krótkotrwałą poprawę w zakresie szumów usznych po zastosowaniu benzodiazepin (alprazolamu, diazepam, clonazepam). Jednak uwzględniając działania niepożądane i potencjał uzależniający, dostępne dane nie są wystarczające do rekomendacji tej grupy leków do leczenia szumów usznych. Co więcej, opisywane są przypadki szumów usznych po przerwaniu przyjmowania tych leków [Busto, Fornazzari, Naranjo, 1988].

Antagoniści kwasu glutaminowego

Celem stosowania tej grupy leków jest zredukowanie zwiększonej neurotransmisji kwasu glutaminowego, co może odgrywać rolę na poziomie obwodowym w przypadku wystąpienia ostrych szumów usznych, jak również na poziomie ośrodkowym – w przypadku przewlekłych szumów usznych. Zablokowanie neurotransmisji glutaminianu po ekspozycji na hałas może zapobiec uszkodzeniu pohałasowemu komórek rzęsatych [Guitton, Wang, Puel, 2004].

Przesłanką do wykorzystania w szumach usznych leku o nazwie acamprosat (stosowanego w uzależnieniu od alkoholu) jest hipoteza, że szumy uszne związane są z nadmierną aktywnością glutaminianu w stosunku do receptorów NMDA i/lub hiperaktywnością wynikającą z braku inhibicji poprzez receptory GABA-ergiczne. Badanie kliniczne wykazało istotnie statystyczne korzyści w stosunku do szumów usznych po 90 dniach leczenia, przy braku korzyści po 30 i 60 dniach terapii [Sharma i in., 2012].

Leki dopaminergiczne

Przesłanką do stosowania tej grup leków jest fakt udziału szlaków dopaminergicznych układu limbicznego i kory przedczołowej i ciemieniowej w emocjonalnych aspektach szumów usznych (np. uciążliwość). Ponadto dopamina ma hamujące działanie w stosunku do ślimaka i prawdopodobnie odgrywa rolę we wczesnej fazie szumów usznych.

Antagonista dopaminy – sulpiryd – w połączeniu z melatoniną lub hydroksyzyną wykazał większą skuteczność w stosunku do szumów usznych niż zastosowany osobno [Lopez-Gonzalez i in., 2007].

Miorelaksanty

W badaniach na szczurach baclofen (agonista GABAB) wykazał hamujący wpływ na zwiększoną na skutek stymulacji dźwiękowej pobudliwość wzgórków dolnych.

Obserwacja ta była podstawą do badań klinicznych z zastosowaniem tego leku w szumach usznych.

Inne leki o działaniu miorelaksacyjnym – tizanidyna, orfenadryna, cyklobenzapryna (w dawce 10 mg/d) – nie wykazały działania zmniejszającego nasilenie szumów usznych, jednak ten ostatni lek podany w dawce 30 mg/d istotnie statystycznie zredukował uciążliwość szumów usznych u 25% badanych.

W opublikowanych w październiku 2014 roku przez Amerykańską Akademię Otolaryngologii Chirurgii Głowy i Szyi wytycznych do postępowania z pacjentami z szumami usznymi w praktyce klinicznej umieszczono rekomendację przeciw stosowaniu leków antydepresyjnych, przeciwdrgawkowych, przeciwłękowych lub dołębennokowych iniekcji w początkowym etapie leczenia przewlekłych, uciążliwych szumów usznych (wyjątkiem są oczywiście pacjenci ze współistniejącą depresją lub epilepsją).

Aparaty słuchowe u pacjentów z szumami usznymi

Szumy uszne często współwystępują z utratą słuchu. Zapewnienie wzmocnienia w celu kompensacji ubytku słuchu może skutkować nie tylko poprawą rozumienia mowy, ale również redukcją szumów usznych. W literaturze naukowej od ponad 70 lat podnoszona jest zasadność stosowania aparatów słuchowych w celu zmniejszenia ich uciążliwości.

Utrata słuchu występuje wraz z szumami usznymi w 90% przypadków [Noreña i in., 2002]. Z tego względu dopasowanie aparatów słuchowych jest zazwyczaj proponowane jako terapia pierwszego wyboru [Searchfield, Kaur, Martin, 2010]. Aparaty słuchowe zapewniają wzmocnienie otaczających dźwięków, co prowadzi do ograniczenia percepcji szumów usznych przez ich częściowe lub całkowite zamaskowanie [McNeill i in., 2012].

Badania wykazują, że aparaty słuchowe są skutecznym narzędziem w leczeniu szumów usznych w połączeniu z konsultacjami audiologicznymi. U pacjentów, którzy stosowali aparaty słuchowe wraz z konsultacjami, uzyskano około dwukrotnie większą redukcję upośledzenia spowodowanego szumami usznymi niż u tych, którzy wybrali tylko konsultacje audiologiczne. Wyniki te świadczą o ważnej roli aparatów słuchowych w terapii szumów usznych powiązanych z niedosłuchem odbiorczym.

Generatory szumu u pacjentów z szumami usznymi

Stymulacja akustyczna jest często stosowaną metodą terapii szumów usznych, ale jej skuteczność może być różna. Terapia ta nie wykazuje jednak zauważalnych skutków ubocznych i może być prowadzona za pomocą prostych urządzeń [Formby, Sherlock,

Gold, 2003]. Indywidualne dopasowane generatory szumu wyglądają jak zwykle aparaty słuchowe i są noszone przez pacjenta przez większość dnia.

W przeciwieństwie do dźwięków generowanych przez urządzenia emitujące tło akustyczne dźwięki wytwarzane przez indywidualne generatory słyszalne są tylko przez osobę noszącą urządzenie. Aparaty te generują szerokopasmowy szum, który może być regulowany przez protetyka słuchu zgodnie z potrzebami użytkownika [Del Bo i in., 2011].

Proces habituacji poprzez terapię dźwiękową polega na stymulacji uszu stałymi i neutralnymi dźwiękami w celu zmniejszenia postrzegania szumów usznych w ciszy [Barros Suzuki i in., 2016].

W badaniach Maria Fernanda Capoani Garcii Mondelli i współautorów [2021] poddano analizie skuteczność czterech rodzajów generowanego dźwięku maskującego na redukcję szumów usznych. Wszystkie badane grupy wykazały statystycznie istotną różnicę w wynikach kwestionariusza THI we wszystkich domenach, przy czym uciążliwość szumów usznych została zmniejszona z umiarkowanej do nieistotnej. Badanie wykazało, że wszystkie cztery rodzaje szumów maskujących były równie skuteczne w łagodzeniu objawów szumów usznych.

Terapia TRT u pacjentów z szumami usznymi

Terapia TRT (*Tinnitus Retraining Therapy*) jest specyficzną metodą kliniczną opartą na neurofizjologicznym modelu szumów usznych opisanym przez Pawła J. Jastreboffa. Celem metody jest habituacja reakcji wywołanych przez szumy uszne, a następnie habituacja samej percepcji szumu [Jastreboff, 1990]. Model stojący za tą terapią zakłada, że w badaniu i leczeniu szumów usznych konieczne jest uwzględnienie połączeń w sieci różnych ośrodków w mózgu.

Za negatywne reakcje wywołane szumami usznymi odpowiadają głównie układ limbiczny i autonomiczny układ nerwowy [Jastreboff, 2011]. W terapii TRT za niezbędne uważa się dwa elementy. Pierwszym jest profesjonalna konsultacja mająca na celu reklasyfikację szumów usznych do kategorii neutralnych sygnałów. Druga część metody obejmuje terapię dźwiękową, której zadaniem jest osłabienie aktywności neuronów związanych z szumami usznymi, zgodnie z teorią Pawła J. Jastreboffa i Jonathana Hazella [Jastreboff, 2007].

Do terapii dźwiękowej najlepiej nadają się generatory szumu szerokopasmowego, z których pacjenci powinni korzystać przynajmniej 7 godzin dziennie. Czas poświęcony na tę część terapii TRT wynosi minimum 18 miesięcy, przy czym nierzadko zalecane jest jego przedłużenie.

Skuteczność terapii TRT została wykazana w metaanalizie przeprowadzonej przez Mingkuna Hana, Yanga Xue i Jinga Lv [2021]. Wyniki metaanalizy wykazały, że wskaźnik pozytywnej odpowiedzi na terapię TRT w połączeniu z lekami na szumy

uszne po miesiącu, 3 i 6 miesiącach był wyższy niż w przypadku stosowania wyłącznie leków. Analiza badań wskazuje, że terapia TRT jest skuteczną metodą terapii szumów usznych, która może pozytywnie wpłynąć na stopień ich dokuczliwości.

Terapia poznawczo-behawioralna u pacjentów z szumami usznymi

Często stosowaną metodą pomagającą w radzeniu sobie z szumami usznymi jest terapia poznawczo-behawioralna. Jej celem nie jest wyeliminowanie samego odczuwanego dźwięku szumu usznego, lecz zmiana niekorzystnych reakcji poznawczych, emocjonalnych i behawioralnych [Greimel, Kröner-Herwig, 2011]. Metoda ta pomaga pacjentom w identyfikowaniu i modyfikowaniu niekorzystnych schematów zachowania oraz sprzyja przyzwyczajeniu się do szumów usznych. Programy terapeutyczne obejmują takie techniki, jak: trening relaksacyjny, restrukturyzację poznawczą, kontrolę uwagi, trening wyobraźniowy oraz ekspozycję na trudne sytuacje. Współpraca pacjenta i terapeuty jest warunkiem koniecznym pozytywnego efektu terapii.

W badaniach Thomasa Fullera i współautorów [2020] dokonano oceny skuteczności i bezpieczeństwa stosowania terapii behawioralnej u pacjentów cierpiących z powodu szumów usznych. Przeanalizowano 28 badań z udziałem 2733 uczestników, u których terapia trwała od 3 do 22 tygodni i odbywała się głównie w szpitalach lub online. Wyniki uzyskano bezpośrednio po zakończeniu terapii, a następnie po 6 i 12 miesiącach. Wykazano, że terapia może zmniejszać negatywny wpływ szumów usznych na jakość życia, nie powodując poważnych efektów niepożądanych. Poprawa wyniosła średnio około 11 punktów w skali THI. Omawiana analiza sugeruje, że terapia poznawczo-behawioralna może być skuteczna w zmniejszaniu negatywnego wpływu szumów usznych na jakość życia pacjentów, jednak autorzy przyznają, że jakość dowodów na to jest niska i potrzebne są kolejne badania wykazujące skuteczność terapii poznawczo-behawioralnej w leczeniu szumów usznych.

Stymulacja nerwu błędnego u pacjentów z szumami usznymi

Stymulacja nerwu błędnego (*Vagus Nerve Stimulation* – VNS) została zatwierdzona przez amerykańską Agencję Żywności i Leków w leczeniu lekoopornej padaczki i depresji. Neuromodulacja za pomocą VNS pojawiła się jako nowa opcja terapii szumów usznych. Mechanizm działania polega na aktywacji jądra pasma samotnego, które następnie pobudza miejsce sinawe i jądro podstawne. Prowadzi to do uwolnienia neuroprzekazników wpływających na plastyczność mózgu poprzez modulację neuronów w korze mózgowej [Engineer, Møller, Kilgard, 2013].

W badaniach Danuty Raj-Koziak i współautorów [2024] poddano ocenie skuteczność przezskórnej stymulacji nerwu błędnego (*transcranial Vagus Nerve Stimulation* – tVNS) w redukcji szumów usznych. W badaniu wzięło udział 29 pacjentów cierpiących z powodu przewlekłych szumów usznych. Stymulacji tVNS w połączeniu z bodźcowaniem akustycznym poddano 15 z nich, pozostali stanowili grupę kontrolną. Obserwacje prowadzono przez 12 tygodni. Pacjentów poddano badaniom audiologicznym, zebrano odpowiedzi z zestawu kwestionariuszy oceny uciążliwości szumów usznych oraz wykonano elektroencefalografię (qEEG). Subiektywne i obiektywne pomiary szumu usznego nie wykazały poprawy w grupie badanej w porównaniu do grupy kontrolnej, chociaż niektóre parametry ocenione za pomocą kwestionariuszy statystycznie się poprawiły.

W badaniach opublikowanych przez Davida Fernándeza-Hernando i współautorów [2023] dokonano przeglądu systematycznego i metaanalizy badań dotyczących skuteczności nieinwazyjnej stymulacji nerwu błędnego u pacjentów z szumami usznymi. Spośród 183 artykułów pięć badań klinicznych zakwalifikowano do przeglądu, a cztery do metaanalizy. Metaanaliza wykazała istotny pozytywny wpływ terapii na wyniki kwestionariusza uciążliwości szumów usznych THI w porównaniu z grupą kontrolną. Jednakże nie zaobserwowano wpływu na natężenie głośności szumów usznych. Wyniki badań sugerują, że zastosowanie nieinwazyjnej stymulacji nerwu błędnego może mieć pozytywny wpływ na stopień uciążliwości szumów usznych. Należy jednak zauważyć, że autorzy wskazują na niską istotność kliniczną rezultatów omawianej terapii.

Stymulacja bimodalna u pacjentów z szumami usznymi

Stymulacja bimodalna to nowa metoda terapii szumów usznych, która łączy w sobie stymulację słuchową i somatosensoryczną. Badania na zwierzętach i pilotażowe badania na ludziach wykazały, że dwuetapowa neuromodulacja łącząca bodźcowanie dźwiękiem i elektryczną stymulację somatosensoryczną, w tym stymulację języka, może prowadzić do zmian neuroplastycznych w układzie słuchowym i zmniejszyć uciążliwość szumu usznego [Markovitz i in., 2015].

Brendan Conlon i współautorzy [2020] opublikowali wyniki dużego, randomizowanego i zaślepionego badania klinicznego dotyczącego stymulacji bimodalnej o nazwie TENT-A1. Do badania włączono 326 osób doświadczających szumów usznych. Uczestnicy zostali przydzieleni do jednej z trzech grup, z których każda otrzymywała różne ustawienia parametrów stymulacji bimodalnej. Grupa pierwsza otrzymywała urządzenie do stymulacji z programem PS1, grupa druga PS2, a grupa trzecia PS3.

Program PS1 składał się z szerokiego pasma czystych tonów (od 500 do 8000 Hz), zsynchronizowanych czasowo z serią impulsów elektrycznych dostarczanych

na powierzchnię języka. Bodziec akustyczny zawierał również tło akustyczne w postaci szumu szerokopasmowego. Program PS2 był skonstruowany podobnie, ale występowały w nim krótkie opóźnienia podawanego bodźca elektrycznego w porównaniu do bodźców akustycznych, które były losowo rozłożone w zakresie od 30 do 50 ms. Program PS3 charakteryzował się dłuższymi opóźnieniami w porównaniu do programu PS2. Opóźnienia te wynosiły od 550 do 950 ms.

We wszystkich grupach badanych obserwowano znaczącą poprawę w uciążliwości szumu usznego po 12 tygodniach prowadzenia terapii. Bardzo istotny jest fakt utrzymywania się poprawy przez kolejne 12 miesięcy po zakończeniu terapii. Wyniki badania TENT-A1 dostarczają dowodów na to, że terapia bimodalna łącząca dźwięk i stymulację elektryczną języka jest bezpieczną i skuteczną metodą łagodzenia objawów szumów usznych.

Prototypowe urządzenie do elektromagnetostymulacji ucha u chorych z szumami usznymi

Jean Marie Aran i Yves Cazals [1981] wykorzystywali prąd zmienny o dodatniej polaryzacji. Natomiast Michel Portman, Yves Cazals, Michel Negrevergne i Jean Marie Aran [1979] porównywali efekty stosowania prądu o dodatniej i ujemnej polaryzacji.

Obecnie na świecie najszersze zastosowanie ma przeczaszkowa stymulacja elektryczna okolic skroniowych, czołowych oraz ciemieniowych. W światowym piśmiennictwie dostępne są dane na temat skuteczności tej metody, używającej prądu stałego i zmiennego, nie stwierdza się uszkadzającego wpływu tej terapii na ośrodkowy układ nerwowy i drogę słuchową.

Magnetyczne stymulacje przeczaszkowe wykorzystywane są w medycynie od kilkudziesięciu lat. Stanowią nieinwazyjną metodę wpływającą na pobudliwość kory mózgowej, dzięki czemu zyskują coraz większe znaczenie jako narzędzie terapeutyczne w szerokim spektrum zaburzeń neuropsychiatrycznych. Powtarzalna magnetyczna stymulacja przeczaszkowa o niskiej częstotliwości, np. 1 Hz, efektywnie redukuje aktywność korową, zwłaszcza w obszarach jej zwiększonej pobudliwości.

Liczne badania kliniczne wskazały na skuteczność przeczaszkowej stymulacji magnetycznej (TMS) płata skroniowego jako metody terapeutycznej w stosunku do szumów usznych.

Tak więc zastosowanie niskoczęstotliwościowej przeczaszkowej stymulacji magnetycznej znajduje uzasadnienie w leczeniu szumów usznych ze względu na swój hamujący potencjał w stosunku do obszarów stymulowanej kory mózgowej i obszarów funkcjonalnie z nimi powiązanych, o patologicznej, zwiększonej aktywności, będącej najprawdopodobniej przyczyną szumów usznych.

Klinika Otolaryngologii WAM i UM w Łodzi ma ponad 50-letnie doświadczenie dotyczące leczenia szumów usznych za pomocą elektrostymulacji ucha.

Prototypowe urządzenie stanowi połączenie dwóch metod leczenia szumów usznych (stymulacji elektrycznej i magnetycznej ucha), co z jednej strony stwarza dodatkowe możliwości leczenia w przypadku braku skuteczności jednej z metod, z drugiej zaś daje możliwość połączenia dwóch rodzajów bodźca fizycznego, co ma zwiększyć skuteczność leczenia szumów usznych.

Nowatorskie urządzenie do elektrycznej i magnetycznej stymulacji ucha do zastosowania klinicznego składa się z następujących elementów:

- 1) programu komputerowego,
- 2) stymulatora,
- 3) słuchawki wyposażonej w elektrodę do stymulacji,
- 4) mikrowzbudnika pola magnetycznego.

Program komputerowy umożliwia zdefiniowanie parametrów sygnałów stosowanych do stymulacji elektrycznej lub magnetycznej. Sygnały zdefiniowane w programie są przesyłane do stymulatora, który generuje odpowiednie przebiegi elektryczne. W przypadku prowadzenia stymulacji elektrycznej sygnały generowane przez stymulator podłączane są do elektrod stymulującej (dousznej) i pasywnej (czołowej).

Prototypowe urządzenie do stymulacji elektrycznej i magnetycznej ucha zostało sklasyfikowane jako wyrób medyczny klasy IIa zgodnie z regułą 9 klasyfikacji według Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2017/745 z dnia 5 kwietnia 2017 roku.

Ponadto urządzenie to przeszło badania bezpieczeństwa, składające się z dwóch elementów: bezpieczeństwa elektrycznego i kompatybilności elektromagnetycznej w akredytowanych laboratoriach Ośrodka Badań, Atestacji i Certyfikacji OBAC w Gliwicach, w ramach zawartej umowy nr OBAC/2545/JZO z 27 marca 2020 roku.

Badania przedkliniczne [Olszewski, Bielińska, Kowalski, 2022] przeprowadzono u 100 chorych, w tym 40 kobiet i 60 mężczyzn, w wieku 38–72 lat, leczonych w Klinice Otolaryngologii, Onkologii Laryngologicznej, Audiologii i Foniatrii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego im. WAM w Łodzi z powodu szumów usznych. Łącznie wykonano badania 124 uszu, z czego obustronnie u 24 pacjentów i jednostronnie u 100 osób, w tym po stronie lewej w 60 uszach i po stronie prawej w 40 uszach.

Wstępne wyniki badań wskazują na wysoką skuteczność stymulacji magnetycznej w leczeniu szumów usznych z wykorzystaniem prototypowego urządzenia do elektromagnetostymulacji ucha. Nie stwierdzono negatywnego wpływu stymulacji na słuch i szumy uszne.

Innowacyjne prototypowe urządzenie odpowiada na ogromne zapotrzebowanie kliniczne w leczeniu subiektywnych szumów usznych, lecz także ma duży potencjał komercyjny.

W dniu 14 stycznia 2021 roku Europejski Urząd Patentowy (European Patent Office) wydał Patent Europejski nr 3498166 na innowacyjne prototypowe urządzenie do elektromagnetycznej stymulacji ucha w leczeniu subiektywnych szumów usznych.

Walidacji patentu dokonano w Niemczech, Francji, Wielkiej Brytanii, we Włoszech i w Polsce.

Autorami patentu są: prof. dr hab. n. med. Jurek Olszewski – kierownik II Katedry Otolaryngologii UM w Łodzi i dr hab. n. med. Marzena Mielczarek – prof. Kliniki Otolaryngologii, Onkologii Laryngologicznej, Audiologii i Foniatrii II Katedry Otolaryngologii UM w Łodzi.

Aplikacje mobilne u pacjentów z szumami usznymi

W ostatnich latach smartfony, aplikacje mobilne i dodatkowe urządzenia, takie jak monitory pracy serca i inteligentne opaski, zyskały dużą popularność, pomagając pacjentom w monitorowaniu i leczeniu problemów zdrowotnych. Istnieje wiele aplikacji mobilnych przeznaczonych dla osób cierpiących na szumy uszne.

W badaniach Muntazira Mehdiego i współautorów [2020] przedstawiono aktualny przegląd aplikacji mobilnych przeznaczonych dla osób cierpiących na szumy uszne. Wyszukiwano ich w dwóch najpopularniejszych sklepach: Google Play Store i Apple App Store. Zidentyfikowane aplikacje poddano wstępnej selekcji pod kątem ich adekwatności do tematu szumów usznych. Jakościowa ocena aplikacji została przeprowadzona z wykorzystaniem Mobile App Rating Scale (MARS). Jest to narzędzie do oceny mHealth apps, które bierze pod uwagę m.in. funkcjonalność, zaangażowanie użytkownika, estetykę, informacje o autorach i wiarygodność naukową. W badaniu zidentyfikowano łącznie 34 aplikacje, w tym 34 w systemie Android i 26 w systemie iOS (8 aplikacji było dostępnych wyłącznie dla urządzeń z systemem Android).

Z przeglądu można wywnioskować, że funkcje oferowane przez dostępne aplikacje mogą potencjalnie pomóc w radzeniu sobie z szumami usznymi i mieć pozytywny wpływ na jakość życia. Brakuje jednak dowodów naukowych na ich skuteczność, co podkreśla potrzebę dalszych badań klinicznych.

Podsumowanie

Istnieje wiele metod terapeutycznych, które mogą pomóc w redukcji objawów szumów usznych. Przed wdrożeniem jakiegokolwiek leczenia konieczne jest przeprowadzenie szczegółowej diagnostyki audiologicznej lub neurologicznej, ponieważ istnieje wiele różnych przyczyn mogących wywoływać szumy uszne. Powodem ich występowania mogą być nieprawidłowości na poszczególnych piętrach drogi słuchowej. Należy wymienić tu patologie ucha środkowego i wewnętrznego, nerwu słuchowego oraz różnych części ośrodkowego układu nerwowego odpowiadającego za przetwarzanie bodźców dźwiękowych [Møller i in., 2011].

Badacze wskazują także na rolę przewlekłej nadaktywności współczulnego układu nerwowego w odpowiedzi na stres, co wydaje się być powiązane z rozwojem szumów usznych. Stwierdzono, że stres psychospołeczny ma takie samo prawdopodobieństwo wywołania szumów usznych jak narażenie na hałas i może przyczyniać się do ich nasilenia [Patil i in., 2023].

W szumach usznych związanych z niedosłuchem lub występujących u pacjentów z normą słuchową korzystne może okazać się wykorzystanie aparatów słuchowych, generatorów szumu oraz terapii TRT.

Badania pokazują, że aparaty słuchowe mogą skutecznie redukować szумы uszne u pacjentów z niedosłuchem, poprzez wzmocnienie otaczających dźwięków, co prowadzi do ograniczenia percepcji szumów usznych przez ich częściowe lub całkowite zamaskowanie [McNeill i in., 2012].

Generatory szumu, dzięki którym można wykonywać terapię dźwiękową, mogą prowadzić do habituacji szumów usznych poprzez stymulację akustyczną stałymi i neutralnymi dźwiękami w celu zmniejszenia postrzegania szumów usznych w ciszy [Barros Suzuki i in., 2016].

Celami terapii TRT są: zmniejszenie uciążliwości szumów usznych i zmiana postrzegania szumu usznego poprzez terapię dźwiękową połączoną z konsultacjami terapeutycznymi. Wybór metody leczenia zależy od indywidualnych potrzeb pacjenta. Bardzo istotna w sukcesie terapeutycznym jest dobra współpraca pacjenta z osobą prowadzącą omawiane terapie.

Do najnowszych metod wykorzystywanych w terapii szumów usznych należą: stymulacja nerwu błędnego tVNS, stymulacja bimodalna łącząca w sobie stymulację słuchową i somatosensoryczną oraz nowatorska metoda elektromagnetostymulacji ucha z wykorzystaniem prototypowego urządzenia własnej konstrukcji [Olszewski, Bielińska, Kowalski, 2022].

Dotychczasowe badania nie dają jednoznacznych odpowiedzi na temat skuteczności metody tVNS. Niektóre sugerują, że terapia może łagodzić uciążliwość szumów usznych, natomiast inne nie potwierdzają jednoznacznie tych obserwacji [Raj-Koziak i in., 2024].

W analizowanym badaniu klinicznym [Conlon i in., 2020] wykazano, że stymulacja bimodalna może być skuteczną metodą łagodzenia szumów usznych, a terapia jest bezpieczna i dobrze tolerowana przez pacjentów.

Przyszłościową i alternatywną metodą leczenia może być elektromagnetostymulacja ucha z wykorzystaniem prototypowego urządzenia do terapii i diagnostyki szumów usznych. Dzięki badaniom prowadzonym z jego użyciem możliwe będzie przybliżenie mechanizmu ich generowania.

Jednak, co ważniejsze, wstępne wyniki badań wskazują, że dzięki wprowadzeniu do użycia klinicznego prototypowego stymulatora możliwe jest osiągnięcie istotnej poprawy skuteczności leczenia tego objawu. To z kolei ma zmniejszyć liczbę konsultacji medycznych (laryngologicznych, audiologicznych, neurologicznych, internistycznych, jak również psychiatrycznych) i koszty związane z leczeniem.

Rozwiązania dotyczące modyfikacji urządzenia do postaci, która będzie mogła być stosowana przez pacjenta w domu, wspomogą powyższe działania, jak również istotnie zmniejszą kolejki oczekujących na diagnozowanie i leczenie, w szczególności w ramach wyspospecjalistycznych klinik uniwersyteckich.

Możliwość przeprowadzenia terapii samodzielnie przez pacjenta w jego domu dodatkowo wpłynie korzystnie na leczenie, m.in. pacjent uniknie męczących dojazdów do szpitala (w przypadku Kliniki Otolaryngologii, Onkologii Laryngologicznej, Audiologii i Foniatrii UM w Łodzi są to pacjenci z całej Polski), zredukuje istotnie koszty dojazdów, nie będzie miał potrzeby korzystania ze zwolnienia lekarskiego na czas leczenia szumów usznych.

Aplikacje mobilne mogą być pomocnym uzupełnieniem terapii szumów usznych. Należy wybierać te o wysokiej jakości i korzystać z nich regularnie oraz zgodnie z zaleceniami, po odpowiedniej konsultacji audiologicznej.

Istnieje wiele metod leczenia szumów usznych, ale żadna z nich nie jest uniwersalna. Wybór metody leczenia zależy od indywidualnych potrzeb pacjenta oraz jego stanu zdrowotnego. Ważne jest, by w doborze terapii szumów usznych wykazywać podejście interdyscyplinarne.

Literatura

- Aran J.M., Cazals Y., 1981, *Electrical suppression of tinnitus*, „Ciba Foundation Symposium”, vol. 85, s. 217–231.
- Barros Suzuki F.A., Suzuki F.A., Yonamine F.K., Onishi E.T., Penido N.O., 2016, *Effectiveness of sound therapy in patients with tinnitus resistant to previous treatments: importance of adjustments*, „Brazilian Journal of Otorhinolaryngology”, vol. 82(3), s. 297–303.
- Bauer C.A., Brozoski T.J., 2006, *Effect of gabapentin on the sensation and impact of tinnitus*, „Laryngoscope”, vol. 116(5), s. 675–681.
- Busto U.I., Fornazzari L., Naranjo C.A., 1988, *Protracted tinnitus after discontinuation of long-term therapeutic use of benzodiazepines*, „Journal of Clinical Psychopharmacology”, vol. 8(5), s. 359–362.
- Conlon B., Langguth B., Hamilton C., Hughes S., Meade E., Connor C.O., Schecklmann M., Hall D.A., Vanneste S., Leong S.L., Subramaniam T., Arcy S.D., Lim H.H., 2020, *Bimodal neuromodulation combining sound and tongue stimulation reduces tinnitus symptoms in a large randomized clinical study*, „Science Translational Medicine”, vol. 12, s. 1–15.
- Dalrymple S.N., Lewis S.H., Philman S., 2021, *Tinnitus: Diagnosis and management*, „American Family Physician”, vol. 103(1), s. 663–671.
- Dehkordi M.A.I., Abolbashari S., Taheri R., Einolghozati S., 2011, *Efficacy of gabapentin on subjective idiopathic tinnitus: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial*, „Ear, Nose & Throat Journal”, vol. 90(4), s. 150–158.
- Del Bo L., Baracca G., Forti S., Norena A., 2011, *Sound Stimulation*, [w:] A.R. Møller, B. Langguth, D. De Ridder, T. Kleinjung (red.), *Textbook of Tinnitus*, New York: Springer, s. 597–601.
- Engineer N.D., Møller A.R., Kilgard M.P., 2013, *Directing neural plasticity to understand and treat tinnitus*, „Hearing Research”, vol. 295, s. 58–66.

- Fernández-Hernando D., Fernández-de-Las-Peñas C., Machado-Martín A., Angulo-Díaz-Parreño S., García-Esteso F.J., Mesa-Jiménez J.A., 2023, *Effects of non-invasive neuromodulation of the vagus nerve for management of tinnitus: A Systematic review with meta-analysis*, „Journal of Clinical Medicine”, vol. 12(11), s. 1–14.
- Formby C., Sherlock L.P., Gold S.L., 2003, *Adaptive plasticity of loudness induced by chronic attenuation and enhancement of the acoustic background*, „The Journal of the Acoustical Society of America”, vol. 114(1), s. 55–58.
- Fuller T., Cima R., Langguth B., Mazurek B., Vlaeyen J.W.S., Hoare D.J., 2020, *Cognitive behavioural therapy for tinnitus*, „Cochrane Database of Systematic Reviews”, vol. 1, CD012614.
- Greimel K.V., Kröner-Herwig B., 2011, *Cognitive Behavioral Treatment (CBT)*, [w:] A.R. Möller, B. Langguth, D. De Ridder, T. Kleinjung (red.), *Textbook of Tinnitus*, New York: Springer, s. 557–561.
- Guitton M.J., Wang J., Puel J.L., 2004, *New pharmacological strategies to restore hearing and treat tinnitus*, „Acta Oto-Laryngologica”, vol. 124(4), s. 411–415.
- Haginomori S.I., Makimoto K., Araki M., Kawakami M., Takahashi H., 1995, *Effect of lidocaine injection of EOAE in patients with tinnitus*, „Acta Oto-Laryngologica”, vol. 115(4), s. 488–492.
- Han M., Xue Y., Lv J., 2021, *Efficacy of tinnitus retraining therapy in the treatment of tinnitus: A meta-analysis and systematic review*, „American Journal of Otolaryngology”, vol. 42(6), s. 1–8.
- Janczewski G., Latkowski B., 1998, *Otoneurologia. Tom II*, Warszawa: Bel Corp.
- Jastreboff P.J., 1990, *Phantom auditory perception (tinnitus): mechanisms of generation and perception*, „Neuroscience Research”, vol. 8(4), s. 221–254.
- Jastreboff P.J., 2007, *Tinnitus retraining therapy*, „Progress in Brain Research”, vol. 166, s. 415–423.
- Jastreboff P.J., 2011, *Tinnitus Retraining Therapy*, [w:] A.R. Möller, B. Langguth, D. Ridder, T. Kleinjung (red.), *Textbook of Tinnitus*, New York: Springer, s. 579–596.
- Kallio H., Niskanen M.L., Havia M., Neuvonen P.J., Rosenberg P.H., Kentala E.I.V., 2008, *Ropivacaine compared with lidocaine for the treatment of tinnitus*, „British Journal of Anaesthesia”, vol. 101(2), s. 261–265.
- Lopez-Gonzalez M.A., Moliner-Peiro F., Alfaro-Garcia J., Esteban-Ortega F., 2007, *Sulpiride plus hydroxyzine decrease tinnitus perception*, „Auris Nasus Larynx”, vol. 34(1), s. 3–7.
- Markovitz C.D., Smith B.T., Gloeckner C.D., Lim H.H., 2015, *Investigating a new neuromodulation treatment for brain disorders using synchronized activation of multimodal pathways*, „Scientific Reports”, vol. 5, s. 1–12.
- McNeill C., Távora-Vieira D., Alnafjan F., Searchfield G.D., Welch D., 2012, *Tinnitus pitch, masking, and the effectiveness of hearing aids for tinnitus therapy*, „International Journal of Audiology”, vol. 51(12), s. 914–919.
- Mehdi M., Stach M., Riha C., Neff P., Dode A., Pryss R., Schlee W., Reichert M., Hauck F.J., 2020, *Smartphone and mobile health apps for tinnitus: Systematic identification, analysis, and assessment*, „JMIR mHealth and uHealth”, vol. 8(8), s. 1–16.
- Mondelli M.F.C.G., Cabreira A.F., Matos I.L., Ferreira M.C., Rocha A.V., 2021, *Sound generator: Analysis of the effectiveness of noise in the habituation of tinnitus*, „International Archives of Otorhinolaryngology”, vol. 25(2), s. 205–212.
- Møller A.R., Langguth B., DeRidder D., Kleinjung T., 2011, *Textbook of tinnitus*, New York: Springer.
- Niedzielski A., Kędzierska S., 2017, *Szумы uszne – przegląd aktualnej literatury*, „Nowa Audiofonologia”, t. 6, z. 6, s. 9–15.
- Noreña A.J., Farley B.J., 2013, *Tinnitus-related neural activity: theories of generation, propagation, and centralization*, „Hearing Research”, vol. 295, s. 161–171.

- Noreña A., Micheyl C., Chéry-Croze S., Collet L., 2002, *Psychoacoustic characterization of the tinnitus spectrum: implications for the underlying mechanisms of tinnitus*, „Audiology and Neurotology”, vol. 7(6), s. 358–369.
- Offut G., 2002, *Tinnitus, a new concept and treatment*, Liege: Workshop on Inner Ear Biology.
- Olszewski J., Bielińska M., Kowalski A., 2022, *Assessment of subjective tinnitus treatment results using a prototype device for electrical and magnetic stimulation of the ear – preliminary study*, „Life”, vol. 12(918), s. 1–10.
- Patil J.D., Alrashid M.A., Eltabbakh A., Fredericks S., 2023, *The association between stress, emotional states, and tinnitus: a mini-review*, „Frontiers in Aging Neuroscience”, vol. 15, s. 1–15.
- Portmann M., Cazals Y., Negrevergne M., Aran J.M., 1979, *Temporary tinnitus suppression in man through electrical stimulation of the cochlea*, „Acta Oto-Laryngologica”, vol. 87(3–6), s. 294–299.
- Pruszewicz A., 2003, *Audiologia kliniczna. Zarys*, Poznań: Wydawnictwa Akademii Medycznej.
- Raj-Koziak D., Gos E., Kutuba J., Ganc M., Jędrzejczak W.W., Skarżyński P.H., Skarżyński H., 2024, *Effectiveness of transcutaneous vagus nerve stimulation for the treatment of tinnitus: An interventional prospective controlled study*, „International Journal of Audiology”, vol. 63(4), s. 250–259.
- Reyes S.A., Salvi R.J., Burkard R.F., Coad M.L., Wack D.S., Galantowicz P.J., Lockwood A.H., 2002, *Brain imaging of the effects of lidocaine on tinnitus*, „Hearing Research”, vol. 171(1–2), s. 43–50.
- Searchfield G.D., Kaur M., Martin W.H., 2010, *Hearing aids as an adjunct to counseling: tinnitus patients who choose amplification do better than those that don't*, „International Journal of Audiology”, vol. 249(8), s. 574–579.
- Sharma D.K., Kaur S., Singh J., Kaur I., 2012, *Role of acamprosate in sensorineural tinnitus*, „Indian Journal of Pharmacology”, vol. 44(1), s. 93–96.
- Szymiec E., 2002, *Szumy uszne*, „Przewodnik Lekarza”, nr 5(10), s. 99–102.
- Śliwińska-Kowalska M., 2005, *Audiologia kliniczna*, Łódź: Wydawnictwo Mediton.

Justyna Pilip-Malec  <https://orcid.org/0009-0002-0905-928X>

Centrum Rozwoju i Terapii Dziecka i Rodziny w Warszawie, ul. Jana Kazimierza 27a, 01-248 Warszawa,
e-mail: justyna.m.pilip@gmail.com

Magdalena Knappek  <https://orcid.org/0000-0002-5266-0743>

Uniwersytet Jagielloński, Instytut Glottodydaktyki Polonistycznej, Zakład Logopedii, ul. Ingardena 3, 30-060 Kraków,
e-mail: magdalena.knappek@uj.edu.pl

Wiedza i doświadczenia własne rodziców związane z rozszerzaniem diety dzieci

Parents' Own Knowledge and Experiences Related to Expanding Their Children's Diet

Słowa kluczowe: karmienie noworodków i niemowląt, rozszerzanie diety, rozwój mowy, akcesoria do karmienia

Keywords: feeding newborns and infants, weaning, speech development, feeding accessories

Streszczenie

Celami badania przedstawionego w niniejszym artykule były: sprawdzenie świadomości rodziców na temat korelacji rozszerzania diety, poznanie sposobów karmienia i rozszerzania diety wybieranych przez rodziców, a także akcesoriów przeznaczonych do karmienia, na jakie się decydują i tego, co ten wybór determinuje. Dzięki zebranemu materiałowi przeanalizowano przeżycia związane z karmieniem noworodków i niemowląt oraz rozszerzaniem diety. Badanie fenomenologiczne przeprowadzono wśród matek dzieci w wieku od pierwszego do piątego roku życia. Pozyskane dane pozwoliły poznać opinie rodziców na temat rozszerzania diety dzieci z perspektywy rozwoju ich mowy. Rezultaty badania wskazały na niedostateczną wiedzę matek w tym zakresie. Każda z mam podała dziecku pierwszy posiłek w formie papki, niektóre z nich z czasem zdecydowały się karmić metodą BLW. Najczęściej używanym (wskazany przez każdą respondentkę) akcesorium okazała się łyżeczka, kolejne były miseczki i talerzyki. Opinie rodziców sugerują, że specyfika akcesoriów oraz ich wpływ na proces karmienia i rozwój dziecka nie są głównymi determinantami w trakcie zakupów. Większość mam ocenia rynek gadżetów do rozszerzania diety jako ogromny, miały one do tego stosunek negatywny, neutralny bądź pozytywny.

Funding information: J.P.-M. – Centrum Rozwoju i Terapii Dziecka i Rodziny w Warszawie; M.K. – Uniwersytet Jagielloński, Instytut Glottodydaktyki Polonistycznej, Zakład Logopedii.

The percentage share of the Authors in the preparation of the work is: J.P.-M. – 50.00%, M.K. – 50.00%.

Declaration regarding the use of GAI tools: Not used.

Conflicts of interests: None.

Ethical considerations: The Authors assure of no violations of publication ethics and take full responsibility for the content of the publication.

Received: 2025.03.31. Accepted: 2025.09.03.

Abstract

The aims of the study presented in this article were to assess parents' awareness of the correlation between expanding their diets, to understand the feeding and expanding methods chosen by parents, as well as the feeding accessories they choose and the factors that influence these choices. Using the collected data, experiences related to feeding newborns and infants and expanding their diets were analyzed. A phenomenological study was conducted among mothers of children aged one to five. The data obtained allowed us to explore parents' opinions on expanding their diets from the perspective of speech development. The results indicated insufficient knowledge among mothers in this area. Each mother gave their child their first meal as a puree, and some eventually opted for the BLW method. The most frequently used accessory (indicated by every respondent) was a spoon, followed by bowls and plates. Parents' opinions suggest that the specificity of accessories and their implications for the feeding process and child's development are not the primary determinants of their purchases. Most mothers assess the market for supplementary feeding gadgets as vast; they had negative, neutral, or positive attitudes toward them.

Wprowadzenie

Funkcje pokarmowe nabywane przez dziecko w trakcie pierwszego roku życia to: ssanie, jedzenie łyżeczką, nadgryzanie, odgryzanie, picie z kubka [Engel-Hoek i in., 2014, s. 187; Czajkowska, Machoś, 2018, s. 1]. Niniejszy artykuł przedstawia koncepcję czynności prymarnych i sekundarnych, zalecenia krajowego konsultanta dotyczące karmienia dzieci w pierwszym roku życia w kontekście zaleceń WHO, uwarunkowania do wprowadzenia stałych posiłków do diety dziecka, metody rozszerzania diety, umiejętności, które kształtują się w zakresie jedzenia i mowy, a także korelację między konsystencją posiłków a rozwojem mowy.

Czynności prymarne i sekundarne – wprowadzenie teoretyczne

Danuta Pluta-Wojciechowska przedstawia koncepcję czynności prymarnych i sekundarnych. Autorka zaznacza, że:

[...] czynności prymarne (pierwotne) to w szczególności oddychanie oraz przyjmowanie pokarmów i picie kształtujące się na bazie motoryki pierwotnej, ale także w różnym zakresie związane z nimi inne niewerbalne czynności kompleksu ustno-twarzowego, takie jak na przykład sensoryka orofacjalna, sposób układania głowy podczas leżenia, czynności fizjologiczne typu ziewanie, kasłanie itd., mimika twarzy, autobadanie, autoeksperymentowanie i autozabawy orofacjalne, które konstrytuują wraz z układem nerwowym ruchową bazę mowy w okresie prenatalnym i w okresie postnatalnym [Pluta-Wojciechowska, 2015, s. 47].

Czynność sekundarna (wtórna) do czynności prymarnych to mowa, która w procesie filogenezy wykształciła się na podstawie czynników biologicznych oraz biomechanicznych (ontogeneza).

Odruchy oralne u noworodków i niemowląt

Odruch to reakcja układu nerwowego, która powstała na skutek odpowiedzi na drażnienie receptorów skóry, ścięgien, mięśni, błony śluzowej lub źrenic [Regner, 2018, s. 289]. Prymitywne noworodkowe reakcje (PNR) to wrodzone, bezwarunkowe i bezwiedne odruchy spontanicznych zachowań i reakcji na bodźce wewnętrzne lub środowiskowe [Rządźka, 2019, s. 13]. Odruchy pierwotne, z którymi rodzi się dziecko, umożliwiają mu przeżycie, mają charakter protekcyjny, czyli obronny, a także umożliwiają i ułatwiają pobór pokarmu [Rządźka, 2019, s. 14]. Ich początek jest umiejscowiony w rdzeniu kręgowym i odbywają się bez udziału kory mózgowej. Droga bodźca od receptora do efektoru nazywana jest łukiem odruchowym [Kondraciuk i in., 2014, s. 189]. Odruchy pierwotne stanowią podstawę rozwoju motoryki wyuczonej. Dzięki systematycznym bodźcom sensorycznym i akustycznym w pierwszym okresie życia dziecka dochodzi do mielinizacji włókien nerwowych, co powoduje lepsze dojrzewanie układu nerwowego [Regner, 2018, s. 289]. Wraz z rozwojem układu nerwowego ze zintegrowanych odruchów pierwotnych powstają ruchy świadome i wyuczone [Regner, 2018, s. 289]. Ich integracja umożliwia dziecku podejmowanie samodzielnych decyzji, które uwzględniają celowe działania [Kondraciuk i in., 2014, s. 189], a dalszy rozwój odruchów umożliwia nabywanie nowych umiejętności, usprawnianie funkcji pokarmowych aparatu oralnego (m.in. połykanie, gryzienia, żucia, pobierania płynu/pokarmu z łyżeczki, picia z kubka otwartego) oraz przygotowanie do złożonego procesu artykulacji [Skrzek, 2018, s. 339; Rządźka, 2019, s. 14]. Ze względu na rozwój mowy szczególnie ważne są odruchowa reakcja ssania-połykania i odruchowa reakcja wymiotna [Przybyła, 2015, s. 572].

Karmienie noworodków i niemowląt

Zgodnie z zaleceniami krajowego konsultanta ds. żywienia zdrowych niemowląt [Szajewska i in., 2021] do szóstego miesiąca życia powinny być one karmione wyłącznie mlekiem matki lub odpowiednim mlekiem modyfikowanym. Wprowadzanie pokarmów stałych, czyli rozszerzanie diety, powinno rozpocząć się między 5. a 7. miesiącem życia, kiedy dziecko jest na nie gotowe i w odpowiedzi na jego indywidualne możliwości.

Niemowlęta w okresie noworodkowym potrzebują częstego karmienia. Początkowo, w pierwszym półroczu życia, jest to od około ośmiu do dwunastu karmień

dziennie. Czas efektywnego żywienia butelką trwa około dwudziestu minut, piersią od dziesięciu do piętnastu minut z każdej. Sekundę trwają trzy czynności odruchowe, które wykonuje dziecko, tj. ssanie, połykanie i oddychanie. W związku z tym przykładowe karmienie wymaga, aby dziecko wykonało co najmniej tysiąc dwieście cyklicznie i rytmicznie powtarzanych sekwencji ruchowych. Wraz z wiekiem dziecko będzie potrzebowało rzadszych karmień – w drugim półroczu życia od sześciu do ośmiu, a w drugim roku życia od trzech do sześciu na dobę [Szajewska i in., 2021, s. 3]. Wraz z wiekiem karmienie staje się bardziej efektywne [Marks, 2015, s. 886; Czajkowska, Machoś, 2020, s. 17].

Skoordynowane przyjmowanie pokarmu odbywa się dzięki sensoryczno-motorycznej integracji ssania, przełykania i oddychania, współpracy różnych grup mięśniowych, odpowiednich funkcji oddechowych oraz trawiennych, prawidłowego napięcia mięśniowo-szkieletowego, integracji OUN [Przybyła, 2015, s. 567]. Prawidłowy przebieg triady ssanie–połykanie–oddychanie kształtuje się następująco: wdech nosem, kilka rytmicznych ruchów ssących – zgromadzenie odpowiedniej ilości pokarmu na języku, przełknięcie zgromadzonej treści pokarmowej, wydech nosem [Skrzek, 2018, s. 343–344].

Ta współpraca wymaga szybkiej i delikatnej odpowiedzi na umieszczenie brodawki w czasie odruchu szukania, czego celem jest aktywizacja układu ustno-motorycznego. W związku z dojrzwaniem kompetencji funkcjonalnych poszczególne fazy pobierania pokarmu są zsynchronizowane w sekwencyjny sposób. Na początku jest intencja, potem otwieranie ust, następnie praca warg, języka, żuchwy, podniebienia oraz innych części sfery orofacialnej, aż po połykanie i oddychanie. Funkcja ta jest realizowana w sposób cykliczny, fazowy, z dysocjacją pracy poszczególnych części ciała, które uczestniczą w pobieraniu pokarmu. W karmieniu niemowląt rytmy ssania, połykania i oddychania muszą być skoordynowane, jest to określane mianem centralnego generatora rytmu (CRG) [Przybyła, 2015, s. 577–579].

W trakcie połykania wzmacniają się mięśnie okrężne warg, mięśnie języka, mięśnie podniebienia i mięśnie policzkowe [Regner, 2018, s. 290]. Ponadto ssanie przygotowuje dziąsła do wzrostu zębów, przyczynia się do wyrównania tyłozuchwia fizjologicznego, wzmacnia staw skroniowo-żuchwowy, a także ustala symetrię żuchwy i szczęki. W wieku sześciu miesięcy rozpoczyna się kontrolowane i świadome połykanie. Wcześniej nagłośnia jest wysoko położona i ma na celu zabezpieczenie tchawicy przed przedostaniem się pokarmu do płuc [Regner, 2018, s. 290].

Sposób karmienia noworodka i niemowlęcia (piersią lub butelką) ma również wpływ na prawidłowy rozwój mowy. Stanowi on trening mięśni narządów mowy oraz synchronizuje pracę układu oddechowego i pokarmowego. W trakcie karmienia dziecko nawiązuje kontakt wzrokowy z matką, skupia wzrok na jej twarzy, obserwuje pracę języka mówiącej matki oraz śledzi jej reakcje. Ssanie jest także treningiem usprawniającym język, który w ten sposób przygotowuje się do realizacji bardziej skomplikowanych zadań podczas mówienia.

Jak już wspomniano, mleko powinno stanowić wyłącznie pożywienie dziecka przez pierwsze sześć miesięcy życia. Zalecenia mówią, że dziecko powinno być karmione mlekiem – przy stopniowym rozszerzaniu diety – do ukończenia drugiego roku życia lub do momentu, o którym zadecydują matka i dziecko (w przypadku karmienia piersią). Praktycy zalecają, by nie przedłużać karmienia piersią [Bernatowicz-Łojko i in., 2018, s. 742; Pik-Jerszewska, 2019, s. 117; Szajewska i in., 2021, s. 3].

Umiejętności potrzebne do normatywnego jedzenia

Normatywne jedzenie nie może się odbyć bez umiejętności bazowych, tj. poznawczych, sensorycznych i motorycznych. Na trening poprzedzający zdobywanie umiejętności z zakresu jedzenia i picia składają się funkcje wzrokowe, słuchowe, naśladowanie oraz autoeksploracja oralna [Czajkowska, Machoś, 2018, s. 1].

Wprowadzanie stałych produktów do diety dziecka powinno się rozpocząć, gdy ma ono skończone sześć miesięcy, nie wcześniej niż w wieku siedemnastu tygodni i nie później niż w dwudziestym szóstym tygodniu życia [Szajewska i in., 2021, s. 6]. Rodzice powinni obserwować u dziecka następujące symptomy gotowości do spożywania stałych pokarmów: kontrola szyi i głowy, umiejętność siedzenia prosto z podparciem, zainteresowanie jedzeniem innych osób, chęć włożenia rzeczy do ust i umiejętność utrzymania jedzenia w ustach oraz pojawienie się większego apetytu [Marks, 2015, s. 888; Brown, 2018]. Wtedy też zanika odruch usuwania z ust ciał obcych, który utrudnia karmienie niepłynnymi pokarmami [Szajewska i in., 2021, s. 6].

Nieodpowiedni czas wprowadzenia stałych pokarmów do diety dziecka może przyczynić się do powstania nieprawidłowości w jego rozwoju. Z jednej strony zbyt wczesne wprowadzenie pokarmów stałych może doprowadzić do przerwania prawidłowego rozwoju motorycznego jamy ustnej, wywołać zmiany w postawie ciała i sile narządów mowy, a także uszkodzić funkcje żucia, połykania, oddychania i artykulacji dźwięków mowy [Neiva i in., 2003, s. 10]. Z drugiej strony zbyt późne rozpoczęcie rozszerzania diety opóźnia rozwój umiejętności motorycznych narządów artykulacyjnych [Marks, 2015, s. 888], grozi pominięciem krytycznego okna rozwojowego, a to może prowadzić do późniejszych problemów z karmieniem [Wright i in., 2011, s. 28].

Rozwój mouthingu

Kolejnym aspektem, który jest kluczowy dla rozpoczęcia skutecznego rozszerzania diety, jest rozwój mouthingu, czyli poznawanie świata poprzez wkładanie do buzi różnego rodzaju przedmiotów. To on przygotowuje dziecko do akceptacji

nowych konsystencji i nauki jedzenia [Baj-Lieder, Ulman-Bogusławska, 2021, s. 104]. Mouthing pozwala niemowlętom poznawać świat z punktu widzenia sensorycznego i oralno-motorycznego. Prawidłowy rozwój układów sensorycznych noworodka i niemowlęcia ma bardzo duży wpływ na jego umiejętności oralno-sensoryczne i motoryczne [Baj-Lieder, Ulman-Bogusławska, 2020, s. 34].

Najwięcej receptorów czuciowych znajduje się w ustach i na dłoniach dziecka. Na początku dziecko preferuje czucie i stymulację własnym ciałem, prawdopodobnie dlatego, że otrzymuje ono bodziec czuciowy zarówno z ust, jak i dłoni. Receptory w ustach są bardziej rozwinięte niż którekolwiek receptory małego dziecka. Poza szerokimi możliwościami poznania świata usta dziecka są również jego centrum komunikacyjnym [Baj-Lieder, Ulman-Bogusławska, 2021, s. 102].

Okres krytyczny w rozwoju mouthingu to dwa pierwsze lata życia dziecka [Baj-Lieder, Ulman-Bogusławska, 2020, s. 36]. W tym czasie wykształcają się główne umiejętności związane z jedzeniem i piciem. Jest to również okres, w którym dziecko zdobywa umiejętności komunikowania się i mowy. Mouthing, który jest bardzo ważną stymulacją sensoryczną, wpływa na rozwój i doskonalenie zdolności do przyjmowania pokarmów [Baj-Lieder, Ulman-Bogusławska, 2020, s. 37].

Metody rozszerzania diety

Rozszerzanie diety dziecka jest to proces wzbogacania diety niemowlęcia o stałe pokarmy i napoje inne niż mleko kobiece lub modyfikowane [Engel-Hoek i in., 2014, s. 187; Brown, 2018]. Na początkowym etapie rozszerzania diety głównym pokarmem dziecka wciąż pozostaje mleko kobiece lub modyfikowane.

Rozszerzanie diety to bardzo ważny moment w rozwoju dziecka. Zarówno czas, jak i sposób wprowadzania stałych produktów do diety niemowlęcia wpływają na kształtowanie się nawyków żywieniowych, ograniczenie wybrednego jedzenia, a także budowanie relacji z członkami rodziny w trakcie wspólnego jedzenia i kształtowanie skojarzeń związanych z porą posiłków [Brown, 2018; Jackowska, 2021, s. 160]. Początkowo trzeba pozwolić dziecku na zabawę, doświadczenie, dotykanie i smakowanie nowych produktów. Liczba posiłków będzie zmieniać się z wiekiem, a rodzice powinni nauczyć się odczytywać sygnały, czy dziecko jest syte, czy potrzebuje mniejszej lub większej liczby posiłków [Brown, 2018]. Rodzice muszą zwrócić szczególną uwagę na to, by prowadzić responsywne karmienie. Polega ono na tym, by karmić dziecko zgodnie z jego apetytem. Niemowlę samo powinno decydować o tym, ile chce jeść – na ile ma ochotę i na ile pozwalają mu jego aktualne umiejętności [Jackowska, 2021, s. 160]. W wieku siedmiu/dziewięciu miesięcy dziecko jest w stanie zjeść trzy małe posiłki, a w wieku dziewięciu/jedenastu miesięcy dziecko jest już w stanie spożywać posiłki, które jedzą pozostali domownicy, pokrojone na małe kęsy. Co więcej, w tym czasie podawana żywność powinna już być twardsza [Brown, 2018].

Okres rozszerzania diety to także czas opanowywania nowych zdolności. Dziecko uczy się samodzielnego spożywania posiłków, nabywa umiejętności motorycznych, uczy się picia z kubka otwartego, zbierania pokarmu z łyżeczki [Jackowska, 2021, s. 160]. W tym czasie niemowlę przechodzi od ssania do gryzienia i żucia [Engel-Hoek i in., 2014, s. 187]. Normatywny rozwój karmienia wymaga głównie skupienia się na zmieniającej się reakcji dziecka na różną strukturę pokarmu i odmienne akcesoria do karmienia [Baj-Lieder, Ulman-Bogusławska, 2021, s. 101]. Mając na uwadze rozwój mouthingu, pierwsze konsystencje powinny być przede wszystkim bezpieczne, na początku powinny to być zwykłe, gładkie lub lekko zróżnicowane papki, które dziecko rozsmarowuje na blacie, a potem pokarmy stałe o odpowiedniej wielkości, dostosowanej do umiejętności motorycznych dziecka, a także poręcznej. Najpierw dziecko rozgniata pokarm rączką, a potem w buzi. Podawanie dziecku do dziewiątego miesiąca życia jedynie produktów płynnych i gładkich może skutkować trudnościami w nauce żucia [Baj-Lieder, Ulman-Bogusławska, 2020, s. 106–107]. Umiejętność jedzenia i picia doskonali się między drugim a trzecim rokiem życia. By uznać karmienie za dojrzałe, wymagane jest osiągnięcie etapów, takich jak akceptacja zróżnicowanych produktów spożywczych, odpowiednich do stadium rozwoju, ich faktur i rodzajów, bezpieczne i skuteczne ssanie, żucie i połykanie [Sampallo-Pedroza, Cardona-López, Ramírez-Gómez, 2014, s. 598]. Dzieci są wtedy przygotowane do jedzenia wszystkiego – chrupią, gryzą, odgryzają, przeżuwają, wypluwają, oblizują, zlizują – używają do tego wszystkich swoich mleczaków, sprawnych palców i sztućców. Dobrze radzą sobie z piciem, już nie tylko z kubka, ale i ze szklanki, z bidonu i butelki. Są w tym czasie już całkiem sprawne i samodzielne [Stobnicka-Stolarska, 2021, s. 128].

Rodzice i opiekunowie mają dwie główne możliwości rozszerzania diety. Jedną z nich jest tradycyjny sposób, który polega na podawaniu posiłku za pomocą łyżeczki. Drugi sposób – metoda BLW (ang. *Baby-Led Weaning*, pol. Bobas Lubi Wybór) – jest prowadzony przez dziecko. Rodzice i opiekunowie mogą także łączyć te metody. Takie podejście zalecają Charlotte Wright, Kirsty Cameron, Maria Tsiaka i Kathryn N. Parkinson [2011, s. 32]. Według nich najkorzystniejszym podejściem byłoby łączenie tradycyjnego sposobu karmienia (przynajmniej w pierwszych tygodniach rozszerzania diety) z metodą BLW, np. promowanie samodzielnego spożywania posiłków palcami i uczestnictwo w rodzinnych posiłkach już na wczesnym etapie. Ponadto jedzenie rączkami jest dla dziecka świetną zabawą. Jest to odkrywanie smaku, które może poprzedzać naukę jedzenia łyżeczką czy towarzyszyć jej [Stobnicka-Stolarska, 2021, s. 124].

Umiejętności, które kształtują się w zakresie jedzenia i mowy dziecka

Pomiędzy procesami karmienia i mówienia występuje silna korelacja. Już od samego początku czynności karmienia wpływają na zdolności komunikacyjne i nabywanie umiejętności językowych nowo narodzonego dziecka [Wiśniewska, 2010, s. 96; Przybyła, 2015, s. 566]. Szczególną rolę w tej kwestii odgrywają zdolności ruchowe, które obejmują funkcjonowanie ust, policzków, szczęki i języka. Ten system wyprzedza inne układy ruchowe i reaguje na stymulację ruchową już od siódmego tygodnia ciąży. Jego kompleksowe działanie zostaje w pełni osiągnięte w wieku sześciu/siedmiu lat [Sampallo-Pedroza, Cardona-López, Ramírez-Gómez, 2014, s. 594].

Dodatkowo istnieją także zdolności percepcyjne, które odnoszą się do czucia i propriocepcji. W nabywaniu zdolności oromotorycznych uwzględniany jest wybór odpowiednich i skutecznych działań spośród wielu możliwych wzorców koordynacji [Sampallo-Pedroza, Cardona-López, Ramírez-Gómez, 2014, s. 594]. Ten proces udoskonalania ruchu jest znany jako różnicowanie motoryczne [Sampallo-Pedroza, Cardona-López, Ramírez-Gómez, 2014, s. 59], które przechodzi w bardziej złożone wzorce ruchowe [Sampallo-Pedroza, Cardona-López, Ramírez-Gómez, 2014, s. 594–595].

Od czynności prymarnych do czynności sekundarnych

Czynności prymarne to w szczególności oddychanie, przyjmowanie pokarmów i picie, kształtowane na bazie motoryki pierwotnej, ale także inne, związane z nimi niewerbalne czynności kompleksu ustno-twarzowego. Ustanawiają one wraz z układem nerwowym ruchową bazę mowy w okresie prenatalnym i postnatalnym [Pluta-Wojciechowska, 2018, s. 19]. Te czynności są prymarne wobec mowy, która jest czynnością sekundarną [Pluta-Wojciechowska, 2018, s. 18–19].

Należy zwrócić uwagę na funkcjonalne powiązania między żuchwą, kością gnykową i ruchami języka w trakcie jedzenia i mowy. Podczas tych czynności wykonywane są bardzo podobne ruchy. Jednak przy tworzeniu głosek praca języka jest bardziej skomplikowana niż podczas jedzenia. Dziecko doświadcza, odkrywa i uczy się układów, pozycji i ruchów w trakcie czynności pokarmowych, a następnie wykorzystuje je w artykulacji [Pluta-Wojciechowska, 2018, s. 18–19].

Na rozwój w pełni zintegrowanego systemu ustno-twarzowego mają wpływ czynniki anatomiczne, fizjologiczne, neurologiczne, kinestetyczne, sensoryczne, neuro-motoryczne, poznawcze i środowiskowe [Regner, 2018, s. 290].

W okresie noworodkowym i niemowlęcym układ stomatognatyczny rozwija się i kształtuje pod wpływem pierwszych czynności fizjologicznych, którymi są ssanie,

połykanie, oddychanie, płacz, krzyk, śmiech, a w późniejszym okresie żucie i mowa [Siebert, Kamińska, 2018, s. 122].

Anatomiczne zmiany jamy ustnej, które zachodzą w drugiej połowie pierwszego roku życia, powodują, że zwiększa się jej przestrzeń, a jedna trzecia tylnej części języka cofa się do gardła [Engel-Hoek i in., 2014, s. 190]. Ssanie, połykanie, przeżuwanie i mowa są funkcjami ustno-twarzowymi, które stymulują rozwój i wzrost układu twarzowo-szczękowego oraz mają wpływ na wzór wzrostu i pozycję zębów [Narbutytė, Narbutytė, Linkevičienė, 2013].

Jednym z czynników, który wpływa na kształtowanie się aparatu artykulacyjnego, jest proces żucia. W trakcie rozwoju i wzrostu dziecka zmieniają się wszystkie komponenty aparatu żucia, takie jak kości, mięśnie i zęby [Le Re've'rend, Edelson, Loret, 2013, s. 405]. Porównując wymiary podniebienia i żuchwy niemowląt z wymiarami starszych dzieci i dorosłych, wydaje się, że rozmiar kości, czyli ich szerokość i wysokość, długość podniebienia oraz długość żuchwy ewoluują w ciągu pierwszego roku życia w takim samym stopniu jak między pierwszym rokiem życia a okresem dojrzewania, po którym wzrost trwa, dopóki kości nie osiągną dorosłego wymiaru do osiemnastego roku życia [Le Re've'rend, Edelson, Loret, 2013, s. 405]. Taka zależność sugeruje, że na rozwój podniebienia i żuchwy duży wpływ ma okres rozszerzania diety, w związku z tym bardzo istotne jest oferowanie pokarmów o odpowiednich teksturach, by wspierać prawidłowy wzrost ustno-twarzowy.

Rozwój aparatu żucia dzieci ma wpływ na ich chęć do akceptacji pokarmów o różnych teksturach. Noworodki i niemowlęta mogą przetwarzać jedynie żywność płynną, która wymaga tylko połknięcia. Wraz z rozwojem umiejętności motoryki oralnej są w stanie przetwarzać i akceptować miękkie stałe produkty w wieku sześciu miesięcy i twardsze produkty w wieku dziesięciu miesięcy – ze względu na wyrzynanie zębów. Pokarmy do żucia, które wymagają większego rozpadu, dziecko zaczyna akceptować dopiero w wieku dwóch lat, wraz z pojawieniem się zębów trzonowych i początkiem żucia bocznego. Wprowadzanie odpowiednich konsystencji w trakcie rozszerzania diety ma również wpływ na rozwój akceptacji dzieci dla różnorodnych faktur. Wczesna ekspozycja (przed dziesiątym miesiącem) na stałe pokarmy zmniejsza wybredność dzieci [Le Re've'rend, Edelson, Loret, 2013, s. 411].

Metodologia badań

Logopedia związana jest z naukami medycznymi, psychologicznymi, pedagogicznymi oraz językoznawstwem. Badanie naukowe w logopedii oznacza dokładne, gruntowne poznawanie – za pomocą analizy naukowej – rozumowania, obserwacji, eksperymentu i innych metod, które zmierzają do rozwiązania jakiegoś zadania teoretycznego lub praktycznego [Hamerlińska-Latecka, 2016]. W metodologii badań logopedycznych uwzględnia się podział na badania ilościowe i jakościowe.

Do badań ilościowych zalicza się informacje zbierane na podstawie danych liczbowych (ankiet, testów, statystyk) [Pluta-Wojciechowska, 2018, s. 52]. Wśród badań jakościowych znajdują się m.in. koncepcja etnograficzna, studium przypadku, próba kliniczna/eksperymentalna, wywiad.

Niniejsze badanie jakościowe zostało przeprowadzone przy zastosowaniu metodologii fenomenologicznej – wywiadu fenomenologicznego. Jest to nauka/podejście filozoficzne o strukturach doświadczenia lub świadomości. Jest ona badaniem zjawisk, czyli pojawiania się rzeczy, które ukazują się w czyimś doświadczeniu, lub sposobów, w jakie są doświadczane rzeczy, czyli znaczenia, jakie mają rzeczy w czyimś doświadczeniu [Smith, 2013]. Pozwala ona badaczowi na dogłębne poznanie siebie oraz drugiego człowieka. Dzieje się tak poprzez udostępnienie indywidualnego świata ludzkich znaczeń, które są podstawowym punktem odniesienia dla rozumienia rzeczywistości. W metodzie tej badacz nie zajmuje pozycji dominującej [Sawicki, 2012, s. 75].

Problem badawczy to wiedza i doświadczenia własne rodziców związane z rozszerzaniem diety dzieci. Celem badania było określenie świadomości rodziców na temat karmienia dzieci oraz procesu rozszerzania diety w kontekście rozwoju mowy. W badaniu zastosowano wywiad stworzony przez autorki tekstu, który miał posłużyć do oceny stanu wiedzy i doświadczenia rodziców w zakresie rozszerzania diety dzieci.

Uczestnicy badania

Uczestnikami badania byli rodzice, którzy rozpoczęli rozszerzanie diety u swoich dzieci. W badaniu wzięło udział piętnaście matek. Za warunki kwalifikujące do uczestnictwa w badaniu uznano: rozpoczęcie procesu rozszerzania diety, który trwał co najmniej kilka miesięcy; brak stwierdzonej niepełnosprawności lub zaburzenia, które uniemożliwiałyby wprowadzanie stałych posiłków do diety dziecka; wiek dzieci od pierwszego do piątego roku życia.

Opis instrumentów badawczych

Materiał badawczy został zebrany za pomocą wywiadów indywidualnych. Aby uzyskać odpowiedzi na pytania badawcze, zagadnienia zawarte w wywiadzie w dużej mierze dotyczyły sposobu karmienia oraz rozszerzania diety dzieci uczestników badania, a także przeżyć związanych z tymi czynnościami. Wywiad składał się z trzech części. W celu pogłębienia analizy uzyskanych odpowiedzi na pytania problemowe pierwsza część wywiadu skoncentrowana była wokół zagadnień dotyczących podstawowych informacji na temat osoby udzielającej wywiadu oraz dziecka. Respondenci

zostali poproszeni o podanie m.in. informacji o wieku dziecka, środowisku, w którym się wychowuje, rodzeństwie oraz rozwoju mowy i ewentualnych zaburzeniach tego procesu.

Kolejna część wywiadu skupiała się wokół pierwszego etapu karmienia dziecka, czyli przed rozszerzaniem diety. Zadawano pytania na temat sposobu karmienia dziecka w jego pierwszych miesiącach życia, ewentualnych akcesoriów do karmienia stosowanych w tym okresie, używania smoczka, problemów, zarówno z karmieniem dziecka, jak i w jego rozwoju, wspomnień dotyczących tego etapu oraz opinii na temat potencjalnego wpływu sposobu karmienia na rozwój dziecka.

W dalszej części wywiadu pytania odnosiły się do drugiego etapu karmienia dziecka, czyli rozszerzania diety. Uczestnicy badania zostali poproszeni o udzielenie informacji na temat momentu, w którym rozpoczęto rozszerzanie diety, sposobu wprowadzania stałych posiłków do diety dziecka, determinantów wyboru techniki rozszerzania diety, kogo lub czego radzili się w sprawie rozszerzania diety, jakich akcesoriów używali w tym czasie, zostali także poproszeni o zajęcie stanowiska odnośnie do dostępności gadżetów do karmienia oraz wskazanie czynników, którymi kierowali się w trakcie wyboru akcesoriów, a także opisanie wspomnień dotyczących tego etapu oraz wyrażenie opinii na temat potencjalnego wpływu sposobu rozszerzania diety i akcesoriów używanych w tym okresie na rozwój mowy.

Opis procesu badawczego

Po sformułowaniu pytań do wywiadu oraz instrukcji skierowanych do uczestników badania przystąpiono do poszukiwania respondentów. Część wywiadów została przeprowadzona bezpośrednio, a część zdalnie – przez rozmowę telefoniczną. W obu przypadkach wywiady zostały nagrane, a następnie przetranskrybowane.

Jakość badań i etyka badań naukowych

Przed przystąpieniem do konstruowania wywiadu zapoznano się z dostępną literaturą przedmiotu, aby opracować odpowiednie pytania. Rzetelność i trafność podejmowanych zagadnień potwierdziły również konsultacje autorek badania.

Udział w prowadzonych badaniach był dobrowolny i anonimowy. Uczestnicy przed przystąpieniem do wywiadu otrzymali materiały informacyjne na temat badania (uwzględniające cel, warunki uczestnictwa, rezygnacji, opis sposobu gromadzenia i przechowywania danych) oraz tabelę z wyjaśnionymi pojęciami teoretycznymi (np. rozszerzanie diety, mouthing, żucie, gryzienie), które ułatwiły odpowiadanie na pytania.

Projekt badania naukowego pod tytułem „Rozszerzanie diety a rozwój mowy do trzeciego roku życia” otrzymał akceptację Komisji ds. Etyki Badań Naukowych przy Instytucie Glottodydaktyki Polonistycznej Wydziału Polonistyki Uniwersytetu Jagiellońskiego (rok 2022). Ponadto Komisja stwierdziła, że projekt nie narusza standardów etycznego prowadzenia badań naukowych.

Rezultaty badań

Autorki artykułu nie badały dzieci, a więc polegały na ocenie rozwoju mowy przez innych logopedów oraz na subiektywnych obserwacjach rodziców, co nie stanowi wartości badawczej, a jedynie daje tło dla prowadzonych rozważań. Autorki nie próbowały postawić wniosków dotyczących znaczenia czynności pokarmowych dla rozwoju mowy, lecz skupiły się na określeniu stanu wiedzy na ten temat na podstawie danych uzyskanych w wywiadach. Szczególnie ważne było ustalenie przeżyć rodziców w tym zakresie oraz opisanie ich subiektywnych doświadczeń.

W odpowiedzi na pytania o rozwój mowy dzieci dziewięć kobiet wykazało, że przebiega on prawidłowo, bez problemów, jednak część z nich nie była co do tego pewna, mówiąc m.in. „wydaje nam się” (wywiad nr 1). U pozostałej szóstki dzieci wystąpiły problemy w rozwoju mowy (zdiagnozowane przez logopedę – dołączone zaświadczenia), były to: samoistne opóźnienia w rozwoju mowy, trudności z realizacją głosek czy autyzm.

Czworo dzieci korzystało bądź dalej korzysta z pomocy logopedycznej, natomiast dwie mamy nie zdecydowały się na konsultację i terapię logopedyczną.

Pierwszy etap karmienia – przed rozszerzaniem diety

Pierwszym pytaniem w tej części wywiadu była kwestia karmienia w początkowych miesiącach życia dziecka. Siedem matek zdecydowało się na wyłączne karmienie piersią w tym okresie. Dwie rozmówczynie również zdecydowały się w głównej mierze na karmienie piersią, dodatkowo podając dzieciom odciągnięte mleko przez butelkę u jednej z mam w przypadku potrzeby wyjścia (wywiad nr 5), u drugiej mamy po powrocie do pracy (wywiad nr 7). Kolejna respondentka również karmiła swoje dziecko głównie piersią i z niezadowoleniem mówiła o fakcie, że początkowo musiała karmić na zmianę piersią i butelką (wywiad nr 10). Jedna z rozmówczyń karmiła zarówno piersią, jak i butelką (wywiad nr 11). Dwie mamy początkowo karmiły piersią, jednak ze względu na zaistniałe problemy, które zostaną opisane w dalszej części, zdecydowały się zmienić sposób żywienia na butelkę po sześciu (wywiad nr 12) i po trzech miesiącach (wywiad nr 13). Dwie mamy zdecydowały się na karmienie butelką od początku (wywiady nr 3 i nr 14).

Wśród uczestniczek badania pięć mam nie stosowało żadnych akcesoriów do karmienia na tym etapie. Pozostałe rozmówczynie wymieniły zarówno akcesoria stosowane bezpośrednio w karmieniu, czyli: butelkę ze smoczkiem, nakładki na sutki – kapturki, jak i produkty biorące pośredni udział w procesie karmienia, takie jak: laktator, kolektor mleczny do odciągania pokarmu, sterylizator, podgrzewacz.

Kolejna kwestia dotyczyła używania przez dzieci smoczka. Pięć matek nie podawało go w ogóle. Jedna z nich wyraziła niezadowolenie z podjętej decyzji: „niestety nie używałam smoczka” – ze względu na aktualny problem dziecka ze ssaniem kciuka (według mamy przyczynił się do tego właśnie brak smoczka w okresie noworodkowym i niemowlęcym – wywiad nr 1). Inna mama twierdziła, że dziecko nie tolerowało smoczków.

Kilka rozmówczyń wskazało także czas korzystania ze smoczka – bardziej ogólnie mówiąc, że ich przygoda ze smoczkiem trwała dość długo.

W odpowiedzi na pytanie o wspomnienia z tego okresu, wielu mamom kojarzył się on bezproblemowo, w porządku, miło, bardzo dobrze, bez zastrzeżeń, dobrze, pomimo występujących problemów, jak zmiana diety, ze względu na duże kolki u dziecka (wywiad nr 2) czy problemów ze snem dziecka i częstym karmieniem (wywiad nr 6). Dla jednej z rozmówczyń ten okres był cudowny, a od momentu zmiany sposobu karmienia z piersi na butelkę dziecko było najedzone, spało w nocy, a to przyczyniło się do zmniejszenia stresu u mamy i jej lepszego funkcjonowania na co dzień (wywiad 13). Jedna z mam dodatkowo wskazała na niepewność, jaka towarzyszyła jej w pierwszych dobach życia, czy dziecko pobiera wystarczającą ilość pokarmu, więc jeszcze w szpitalu podawano mu pokarm butelką (wywiad nr 7). W niektórych odpowiedziach pojawiły się mieszane odczucia związane z okresem karmienia – mama, która zasadniczo miała dobre wspomnienia, przywołała też trudne chwile: „wiadomo, że takie malutkie dziecko jest kochane i fajne, i sobie cały czas śpi, aczkolwiek noce też nie były za ciekawe...” (wywiad nr 14). Inna rozmówczynie wspominała ciężko początkowy okres, kiedy korzystanie z nakładek było dla niej utrudnieniem, ale po konsultacjach z certyfikowaną doradczynią laktacyjną oraz neurologopedą, a także po wycięciu wędzidełek, karmienie stało się dla niej przyjemne. Dla niektórych mam był to bardzo ciężki czas. Jedna rozmówczynie skupiła się na braku doświadczenia: „trzy miesiące ciężkie uczenia się, dziecko mnie – ja dziecka”, podała także, że musiała uważać i pilnować czasu karmienia, ponieważ dziecko było ospałe i trzeba było wybudzać do jedzenia (wywiad nr 10). Kolejna mama, dla której był to uciążliwy okres, odniosła się do swoich problemów z małą ilością pokarmu, przez co zdecydowała się nie przedłużać decyzji o dalszym karmieniu piersią, a było to dla niej bardzo trudne, ponieważ odczuwała presję społeczeństwa związaną ze sposobem karmienia: „jest nacisk, że trzeba karmić piersią i ze wszystkich sił starałam się karmić tą piersią” (wywiad nr 12).

Interpretacja rezultatów badań

Pierwsza część wywiadów skoncentrowała się wokół doświadczeń i wiedzy rodziców na temat karmienia noworodków i niemowląt oraz akcesoriów stosowanych w tym okresie. Większość kobiet zdecydowała się karmić piersią – aż dla dziesięciorga dzieci głównym źródłem pokarmu było mleko z piersi. Wśród badanych kobiet jedynie dwie respondentki zdecydowały się podawać pokarm butelką od początku życia. Dane te wskazały na tendencję, że karmienie piersią jest częściej wybierane przez matki. Dziesięć matek wskazało, że w okresie noworodkowym i niemowlęcym korzystało z akcesoriów do karmienia. Oznacza to, że większość kobiet biorących udział w badaniu wspomagała proces karmienia akcesoriami.

Dominująca część rozmówczyń – dziesięć kobiet – zdecydowała się podawać smoczek swoim dzieciom. Pozostałe respondentki postanowiły tego nie robić, jedna z powodu niechęci dziecka do smoczka.

Drugi etap karmienia – rozszerzanie diety

Na początku respondentki zostały zapytane o to, kiedy rozpoczęły rozszerzanie diety. Większość mam, bo aż dziesięć rozmówczyń, podała pierwszy stały posiłek dziecku, gdy miało ono sześć miesięcy – jedna z nich jeszcze przed podaniem pełnego posiłku poczęstowała dziecko piętka chleba, która pełniła poniekąd funkcję gryzaczka, celem było zapoznanie się z pokarmem stałym: „stwierdziłam, że dam pierwsze co do pocićkania była piętka chleba” (wywiad nr 10). Jedna mama podała pierwszy stały posiłek po piątym miesiącu życia dziecka (wywiad nr 8), a pozostałe cztery mamy między czwartym a piątym miesiącem życia. Jednej z mam wprowadzanie pokarmu po czwartym miesiącu życia zaleciła lekarka (wywiad nr 2). W przypadku picia z kubka sześć mam podało napój równoległe z wprowadzaniem stałych pokarmów w szóstym miesiącu życia.

Większość respondentek, bo aż dziesięć mam, wprowadziła stałe posiłki w wieku sześciu miesięcy. Jest to wiek zalecany przez Światową Organizację Zdrowia, która podaje, że w tym czasie zmienia się zapotrzebowanie dziecka na energię i składniki odżywcze, a dziecko jest rozwojowo gotowe na inne pokarmy [WHO, 2021]. Sytuacja kształtuje się nieco inaczej w przypadku picia z kubka. Część mam nie rozpoczęła wprowadzania picia z kubka otwartego – niektóre dzieci dopiero w wieku półtora roku/dwóch lat zaczęły pić z kubka otwartego, wcześniej były to bidon czy butelka ze słomką. Zebrane dane sugerują niedostateczną wiedzę na temat kolejności etapów nauki picia i implikacji stosowania poszczególnych akcesoriów. Potrzebne byłyby dalsze szczegółowe badania na temat etapów nauki picia, tego, jakie akcesoria do picia wybierają rodzice oraz determinantów tych wyborów.

Jednym z celów badania było uzyskanie odpowiedzi na pytanie, co determinuje rodziców do wyboru danego sposobu karmienia i rozszerzania diety dziecka.

Rozmówczynie zostały poproszone o opisanie sposobów i etapów wprowadzania stałych pokarmów. Niektóre odpowiedzi były bardziej szczegółowe, inne mniej. Każda mama rozpoczęła wprowadzanie stałych posiłków do diety dziecka za pomocą łyżeczki, były to luźne papki, rozdrobnione pokarmy. Dwie mamy stwierdziły, że stopniowo zaczęły wprowadzać posiłki metodą BLW.

Jedna z mam rozpoczęła rozszerzanie diety w szóstym miesiącu życia od kaszek, by dziecko nabyło umiejętność jedzenia z łyżeczki, następnie wprowadzono słoiczki – pokarmy o konsystencji rozdrobnionej, papkowatej – w siódmym miesiącu życia rozmówczyni zaczęła podawać kawałki jedzenia do rączki (ang. *finger food*). Mama ta zwróciła uwagę na swoje niedoświadczenie przy pierwszym dziecku (czyli tym, którego dotyczyło badanie): „przy drugim dziecku byłam już troszeczkę mądrzejsza i zaczęłam wprowadzać metodą BLW, także uważam, że jest to o wiele lepsza metoda”. Z jej obserwacji wynika, że dzięki stosowaniu metody BLW dziecko od początku uczy się jeść samodzielnie i ma lepszy apetyt (wywiad nr 3).

W odpowiedzi na pytanie o to, czym kierowały się rozmówczynie w trakcie wybierania sposobu rozszerzania diety, padały m.in. następujące argumenty: intuicja i własne przekonania; obserwacja innych i wyciąganie wniosków – świadomość konsekwencji, jakie niesie ze sobą brak podawania twardych pokarmów; lęk przed zachłyśnięciem, który zadecydował o wyborze produktów i metody bezpiecznych w ocenie mamy (wywiad nr 3); internet i doświadczenie zdobyte w trakcie rozszerzania diety pierwszego dziecka (wywiad nr 4); sugestie znajomych, polecane książki, podcasty, obserwowane profile w mediach społecznościowych – najcenniejsze było konto mamy-dietetyczki, sugerowała ona produkty, o jakie warto rozszerzać dietę, jak łączyć składniki oraz kiedy i jak zwiększać liczbę posiłków (wywiad nr 5); preferencje dziecka: „patrzyłam po prostu na dziecko, jak on się zachowuje, myśląc też, że nic na siłę [...], podejście bez napięcia, tak aby nie zniechęcać dziecka i niczego na nim nie wymuszać” (wywiad nr 7).

Następnie respondentki zostały poproszone o wymienienie akcesoriów, jakich używały w trakcie rozszerzania diety, oraz ustalenie ich hierarchii. Matki biorące udział w badaniu z akcesoriów do karmienia najczęściej wymieniały łyżeczkę (zazwyczaj plastikową) – każda z respondentek z niej korzystała. Jedynie dwie mamy podały konkretne cechy (poza tworzywem) tego produktu: płaska, głębsza, szeroka, wąska, miękka. To może sugerować, że owe mamy przykładały większą uwagę do tego, jaki ma to być produkt. Zostało to potwierdzone poprzez argumenty, jakie mamy podawały, czyli wybór łyżeczki, która ułatwi dziecku włożenie jej do buzi, lub takiej, by skupiała dziecko na jedzeniu, nie zraziła go, aby dziecko koncentrowało się na pokarmie i czynności, a nie na przedmiocie – mama miała wizję bardzo konkretnych cech opisywanego akcesorium. Następne w kolejności były miseczki, z których korzystało osiem matek, i talerzyki, których używało sześć rozmówczyń. Sporadycznie mamy wspominały także o akcesoriach takich jak śliniaki (cztery matki), krzeselko (trzy matki) oraz inne sztuczce. Jeżeli chodzi

o akcesoria do picia, respondentki najczęściej wybierały kubek z rurką – pojawił się w ośmiu rozmowach – z czego pięć rozmówczyń wspomniało o konkretnym produkcie, to jest o bidonie b.box. Niewiele mniej, bo siedem mam, wymieniło kubek otwarty, dwie z nich wymieniły konkretny produkt, czyli kubek Doidy. Cztery mamy korzystały z kubka niekapka. Dane te pokazują, że nie wszystkie dzieci korzystały z kubka otwartego lub nie rozpoczęły od niego nauki picia. Jak podaje Marta Wawrzynów [2020], bidon z rurką można podać dziecku dopiero, gdy osiągnie umiejętność picia z kubka otwartego. Picie z rurki nie rozwija wszystkich kompetencji orofacjalnych dzieci. W związku z tym dziecko w pierwszej kolejności powinno uczyć się pić z kubka otwartego.

Badaczki poszukiwały również odpowiedzi na pytanie, czym kierują się rodzice, kompletując akcesoria do rozszerzania diety. Czterokrotnie w odpowiedziach pojawiły się polecenia, zarówno od bliskich, jak i z internetu i mediów społecznościowych. Trzy respondentki nie kierowały się niczym w trakcie zakupów. Dwie mamy kierowały się w trakcie zakupów własną intuicją i rozsądkiem. Podczas rozmów dwukrotnie padła odpowiedź, że istotna przy wyborze była estetyka produktów. Dla dwóch respondentek ważna była funkcjonalność artykułów. W dwóch rozmowach pojawiła się kwestia wygody dziecka w trakcie korzystania z akcesoriów. Jedna z mam zwróciła uwagę na cenę gadżetów. Inna rozmówczyni skupiła się na tworzywie, z jakiego wykonane są produkty, a kolejna wymieniła ogólne bezpieczeństwo, zarówno dotyczące tworzywa, jak i kształtu akcesoriów.

Rozmówczynie zostały poproszone o wyrażenie opinii na temat tego, jak kształtuje się rynek akcesoriów do karmienia. Aby zobrazować aktualny stan rzeczy, badaczki posłużyły się stroną internetową jednej z sieci sklepów z artykułami dziecięcymi – babyland.pl5. Jeśli chodzi o akcesoria do karmienia, na stronie można znaleźć je w kategorii „Karmienie dzieci i niemowląt”, w następujących podkategoriach:

- 1) butelki – 221 produktów, zakres cenowy: 8,70–173,90 zł;
- 2) smoczki do butelek – 90 produktów, zakres cenowy: 4,90–97,00 zł;
- 3) sterylizatory do butelek – 37 produktów, zakres cenowy: 14,00–459,00 zł;
- 4) podgrzewacze do butelek – 25 produktów, zakres cenowy: 58,56–279,00 zł;
- 5) pojemniki na pokarm – 38 produktów, zakres cenowy: 11,90–139,00 zł;
- 6) termoopakowania i termosy – 50 produktów, zakres cenowy: 19,00–244,93 zł;
- 7) szczotki do butelek i smoczków – 31 produktów, zakres cenowy: 4,99–35,00 zł;
- 8) suszarki na smoczki i butelki – 17 produktów, zakres cenowy: 22,00–129,00 zł;
- 9) płyny do mycia butelek – 4 produkty, zakres cenowy: 15,67–24,99 zł;
- 10) kubki – 142 produkty, zakres cenowy: 10,00–129 zł; ustniki do wyboru: brak; miękki; niekapek; silikonowy; słomka; twardy; zawór 360°;
- 11) naczynia – 104 produkty, zakres cenowy: 9,99–180,00 zł;
- 12) sztucce – 65 produktów, zakres cenowy: 4,60–114,00 zł;
- 13) siateczki do pokarmów – 6 produktów, zakres cenowy: 7,00–44,00 zł;
- 14) śliniaki – 47 produktów, zakres cenowy: 7,40–85,00 zł;
- 15) akcesoria do kubków – 25 produktów, zakres cenowy: 3,30–50,00 zł.

Podsumowując, daje to łączną liczbę 902 produktów. Niektóre akcesoria znajdują się poza wymienionymi wyżej podkategoriami. Ceny wszystkich produktów w kategorii „Karmienie dzieci i niemowląt” zaczynają się od 3,30 zł, a kończą na 660,00 zł. Do tego dochodzą smoczki uspokajające i gryzaki, których na stronie można znaleźć około 400 w różnych przedziałach cenowych (<https://www.babyland.pl/>, dostęp: 22.05.2024).

W trakcie rozmów dwanaście mam powiedziało, że rynek akcesoriów do karmienia jest ogromny, a wybór bardzo duży. Trzy mamy miały co do tego stosunek neutralny, a trzy inne rozmówczynie pozytywny. W ich ocenie mnogość tych produktów pozwala dobrać każdemu coś dla siebie. Pozostałe respondentki – czyli sześć rozmówczyń – negatywnie wypowiedziały się na temat tak dużej liczby gadżetów do karmienia na rynku. Odniosły to do tego, że taki stan rzeczy powoduje zamieszanie w głowach rodziców. Wśród wad pojawiły się także kwestia naciągania na niepotrzebne wydatki i wysoki koszt niektórych akcesoriów oraz duży marketing.

Następnie mamy miały za zadanie opowiedzieć o tym, jak wspominają okres rozszerzania diety. Najwięcej mam – siedem – wspominało ten czas pozytywnie, sześć mam miało mieszane odczucia, a dla dwóch rozmówczyń ten czas wiązał się z negatywnymi wspomnieniami. Respondentki mówiły, że źle wspominają okres rozszerzania diety, jedna z nich powiedziała, że było to dla niej wręcz traumatyczne – planowanie posiłków, których dziecko nie zechciało jeść, było ciężkim procesem, ponieważ nie tolerowało ono wszystkich pokarmów. Co więcej, ten trud był pogłębiany przez okresy choroby, kiedy dziecko jeszcze gorzej jadło (wywiad nr 9). Druga rozmówczyni powiedziała, że było strasznie, było dużo bałaganu i przebiegania ubrań, owa mama również przywołała fakt nawału pracy przy przygotowywaniu posiłków, które nie zawsze dziecko chciało jeść, co było dla rozmówczyni uciążliwe (wywiad nr 15).

Dla autorek istotną kwestią było ustalenie tego, jaka jest świadomość rodziców na temat korelacji między sposobem rozszerzania diety a rozwojem mowy. Dodatkowo zapytano o wpływ akcesoriów używanych w tym okresie na rozwój mowy. Trzy mamy stwierdziły, że prawdopodobnie sposób wprowadzania stałych pokarmów do diety dziecka oraz akcesoria wpływają na rozwój mowy, ale nie mają wystarczającej wiedzy, by wskazać aspekty, na które oddziałują. Inna respondentka twierdziła, że mogą one wpływać na rozwój mowy, ale nie w dużym stopniu. Dwie rozmówczynie odniosły się do wpływu sposobu rozszerzania diety i akcesoriów na ogólny rozwój dziecka, przytaczając kwestie samodzielnego jedzenia, sprawnego manewrowanie przyrządami do jedzenia oraz rozwoju fizycznego. Mamy nie wiedziały, jak to odnosi się do rozwoju mowy, za to jedna z nich czytała na temat korelacji akcesoriów do picia z rozwojem mowy i uważała, że oddziałują one na ten proces. Dwie mamy odniosły się ogólnie do aspektu akcesoriów. Miały one świadomość możliwego ich wpływu na rozwój mowy – przytoczyły głównie przyrządy służące do picia, tj. butelkę ze smoczkiem, rurkę, kubek niekapek, kubek otwarty. Jedna z respondentek

uważała, że niektóre akcesoria mają wpływ, a niektóre nie, ale nie była przekonana do swojego stanowiska, inna mama natomiast nie uważała, żeby miały one szczególne znaczenie. Dwie mamy opowiedziały się za tym, że metoda wprowadzania stałych posiłków do diety dziecka i gadżety używane w tym czasie nie wpływają na rozwój mowy. Jedynie cztery mamy były przekonane co do tego, że sposób rozszerzania diety i akcesoria wpływają na rozwój mowy dziecka.

Zakończenie

Przedstawione badanie zostało przeprowadzone ze względu na istniejącą lukę badawczą w zakresie świadomości rodziców na temat zagadnienia powiązań między sposobem wprowadzania stałych posiłków do diety a rozwojem mowy. Zbadano przeżycia rodziców związane z okresem karmienia noworodków i niemowląt oraz czasem rozszerzania diety. Niewiele matek biorących udział w badaniu miało wiedzę na temat związków sposobów podawania dzieciom stałych pokarmów z wymową, zdecydowanie mniej respondentek uważało, że metoda rozszerzania diety oraz akcesoria wpływają na rozwój mowy dziecka. Niektóre rozmówczynie odniosły się wyłącznie do akcesoriów, szczególnie do przyrządów do picia. Inną kwestią było poznanie najchętniej wybieranej metody wprowadzania stałych pokarmów. Najczęściej wybierano tradycyjny sposób rozszerzania diety – każda z matek rozpoczęła podawanie stałych pokarmów łyżeczką. W wyborze tej metody mamy kierowały się własną intuicją, doświadczeniem, ale też wiedzą zdobytą z literatury, internetu i radami bliskich. Respondentki nie wskazały jednak, jakie konkretnie aspekty zdobytej wiedzy wpłynęły na wybór tej metody. Kilkakrotnie odniosły się także do lęku przed zakrztuszeniem się dziecka, podawanie pokarmu łyżeczką było dla mam bezpieczniejszą opcją i gwarantowało im komfort psychiczny. Jednak z czasem niektóre mamy wprowadzały pokarmy metodą BLW. Do wyboru tej techniki przyczyniły się świadomość konsekwencji niepodawania twardych pokarmów dla rozwoju mowy oraz bliższe zapoznanie z metodą i jej korzyściami, co przewyciężyło lęk przed rozszerzaniem diety.

Zbadano także, jakie akcesoria wybierały matki w trakcie kompletowania wyposażenia do rozszerzania diety. Zdecydowanie najpopularniejszym przyrządem okazała się łyżeczka, z której korzystała każda osoba biorąca udział w badaniu. Kolejnymi popularnymi artykułami były miseczki i talerzyki. Jeśli chodzi o przyrządy do picia, najczęściej były wybierane bidony oraz kubki otwarte.

Zgromadzone dane mogą okazać się pomocne dla logopedów, którzy tworzą materiały informacyjne z zakresu profilaktyki wad artykulacyjnych czy zaburzeń funkcjonalnych. Badanie ukazuje sfery związane z rozszerzaniem diety z perspektywy rozwoju mowy, które wymagają zwrócenia uwagi rodziców. Wzrost świadomości na temat sposobu wprowadzania stałych posiłków do diety oraz konsystencji

pokarmów i ich oddziaływania na rozwój mowy może zapobiec niektórym wadom wymowy lub dysfunkcjom aparatu artykulacyjnego, a także wskazać rodzicom, gdzie szukać pomocy w przypadku trudności w obrębie opisywanych sfer.

Literatura

- Baj-Lieder M., Ulman-Bogusławska R., 2020, *O rozwoju Mouthing*, Warszawa: Wydawnictwo Pestka i Ogryzek.
- Baj-Lieder M., Ulman-Bogusławska R., 2021, *Mouthing – autostymulacja czy baza do karmienia/jedzenia?*, [w:] M. Baj-Lieder, R. Ulman-Bogusławska (red.), *Trudności w karmieniu niemowląt i małych dzieci, czyli jedzenie to nie bułka z masłem*, Warszawa: Wydawnictwo Pestka i Ogryzek, s. 149–168.
- Bernatowicz-Łojko U., Bleszyński J.J., Studniczek A., Twardo M., Wesołowska A., 2018, *Karmienie naturalne jako element wsparcia matki/rodziny i rozwoju dziecka – znaczenie banku mleka kobiecego*, [w:] K. Kaczorowska-Bray, S. Milewski (red.), *Wczesna interwencja logopedyczna*, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia Universalis, s. 742–759.
- Brown M.J., 2018, *Weaning 101: Starting your baby on food*, <https://www.healthline.com/nutrition/weaning#start-date> (dostęp: 23.03.2024).
- Czajkowska M., Machoś M., 2018, *Sprawdź, czy jest gotowe do jedzenia. Karty obserwacyjne*, Zabrze: Wydawnictwo GooGoo.
- Czajkowska M., Machoś M., 2020, *Ssanie bez tajemnic*, Zabrze: Wydawnictwo GooGoo.
- Engel-Hoek L., Hulst K.C.M., Gerven M.H.J.C., Haaften L., Groot S.A.F. de, 2014, *Development of oral motor behavior related to the skill assisted spoon feeding*, „*Infant Behavior & Development*”, vol. 37, s. 187–191.
- Hamerlińska-Latecka A., 2016, *Logopedia a metodologia badań nauk społecznych*, [w:] I. Jaros, R. Gliwa (red.), *Problemy badawcze i diagnostyczne w logopedii*, Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, s. 19–34.
- Jackowska M., 2021, *Czy wielkość porcji i liczba kalorii są najważniejsze w czasie rozszerzania diety? Jak żywienie niemowlęcia wpływa na sposób odżywiania, nawyki żywieniowe i preferencje w dalszym życiu?*, [w:] M. Baj-Lieder, R. Ulman-Bogusławska (red.), *Trudności w karmieniu niemowląt i małych dzieci, czyli jedzenie to nie bułka z masłem*, Warszawa: Wydawnictwo Pestka i Ogryzek, s. 241–256.
- Kondraciuk A., Manias S., Misiuk E., Kraszewska A., Kosztyła-Hojna B., Szczepański M., Cybulski M., 2014, *Impact of the orofacial area reflexes on infant's speech development*, „*Progress in Health Sciences*”, vol. 4, s. 188–194.
- Le Révérend B.J.D., Edelson L.R., Loret Ch., 2013, *Anatomical, functional, physiological and behavioural aspects of the development of mastication in early childhood*, „*British Journal of Nutrition*”, vol. 111, s. 403–414.
- Marks K., 2015, *Infant and toddler nutrition*, „*Australian Family Physician*”, vol. 44, s. 886–889.
- Narbutytė I., Narbutytė A., Linkevičienė L., 2013, *Relationship between breastfeeding, bottle-feeding and development of malocclusion*, „*Stomatologija. Baltic Dental and Maxillofacial Journal*”, vol. 15, s. 67–72.
- Neiva F.C.B., Cattoni D.M., Ramos J.L.A., Issler G., 2003, *Early weaning: implications to oral motor development*, „*Jornal de Pediatria*”, vol. 79, s. 7–12.

- Pik-Jerszewska A., 2019, *Trudności w karmieniu u noworodków donoszonych i wcześniaków*, [w:] M. Baj-Lieder, R. Ulman-Bogusławska (red.), *Karmienie małego dziecka – wieloaspektowość w terapii. Podejście interdyscyplinarne*, Warszawa: Wydawnictwo Pestka i Ogryzek, s. 74–81.
- Pluta-Wojciechowska D., 2018, *Zaburzenia czynności prymarnych i artykulacji. Podstawy postępowania logopedycznego*, Bytom: Wydawnictwo Ergo-Sum.
- Przybyła O., 2015, *Postępowanie logopedyczne w przypadku noworodków i niemowląt*, [w:] S. Grabias, J. Panasiuk, T. Woźniak (red.), *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, s. 555–599.
- Regner A., 2018, *Wczesna interwencja logopedyczna zapobiegająca zaburzeniom ustno-twarzowym*, [w:] K. Kaczorowska-Bray, S. Milewski (red.), *Wczesna interwencja logopedyczna*, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia Universalis, s. 286–299.
- Rządзка M., 2019, *Odruchy oralne u noworodków i niemowląt. Diagnostyka i stymulacja*, Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Sampallo-Pedroza R.M., Cardona-López L.F., Ramírez-Gómez K.E., 2014, *Description of oral-motor development from birth to six years of age*, „Revista de la Facultad de Medicina”, vol. 62, s. 593–604.
- Sawicki K., 2012, *Propozycja aplikacji metody fenomenologiczno-hermeneutycznej w pedagogicznych badaniach rzeczywistości wychowawczej*, „Scripta Philosophica. Zeszyty Naukowe Doktorantów Wydziału Filozofii KUL”, nr 1, s. 75–91.
- Siebert A., Kamińska B., 2018, *Wczesne uwarunkowania rozwoju twarzoczaszki i narządu żucia*, [w:] K. Kaczorowska-Bray, S. Milewski (red.), *Wczesna interwencja logopedyczna*, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia Universalis, s. 118–140.
- Skrzek J., 2018, *Diagnostyka i terapia funkcji pokarmowych w obrębie okolicy orofacjalnej – polykania, gryzienia i żucia*, [w:] K. Kaczorowska-Bray, S. Milewski (red.), *Wczesna interwencja logopedyczna*, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia Universalis, s. 337–355.
- Smith D.W., 2013, *Phenomenology*, [w:] *Stanford Encyclopedia of Philosophy*, <https://plato.stanford.edu/entries/phenomenology/#pagetopright> (dostęp: 12.05.2024).
- Stobnicka-Stolarska P., 2021, *Czy to już czas na zmiany? O trudnej sztuce jedzenia łyżką, picia z kubka i ze słomki*, [w:] M. Baj-Lieder, R. Ulman-Bogusławska (red.), *Trudności w karmieniu niemowląt i małych dzieci, czyli jedzenie to nie bułka z masłem*, Warszawa: Wydawnictwo Pestka i Ogryzek, s. 121–131.
- Szajewska H., Socha P., Horvath A., Rybak A., Zalewski B.M., Nehring-Gugulska M., Mojska H., Czerwionka-Szaflarska M., Gajewska D., Helwich E., Jackowska T., Książczyk J., Lauterbach R., Olczak-Kowalczyk D., Weker H., 2021, *Zasady żywienia zdrowych niemowląt. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci*, „Przegląd Pediatryczny”, t. 18, s. 805–822.
- Wawrzynów M., 2020, *Najpierw kubek, potem bidon*, <https://alaantkowebw.pl/najpierw-kubek-potem-bidon> (dostęp: 20.11.2024).
- WHO, 2021, *Infant and young child feeding*, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding> (dostęp: 3.10.2025).
- Wiśniewska B., 2010, *Rola logopedy w terapii dzieci z zaburzeniami karmienia*, „Rewalidacja”, nr 2, s. 95–99.
- Wright Ch.M., Cameron K., Tsiaka M., Parkinson K.N., 2011, *Is baby-led weaning feasible? When do babies first reach out for and eat finger foods?*, „Maternal & Child Nutrition”, vol. 7, s. 27–33.

Danuta Pluta-Wojciechowska  <https://orcid.org/0000-0003-0425-6006>

Uniwersytet Łódzki, Wydział Filologiczny, Instytut Filologii Polskiej i Logopedii, Zakład Dialektologii Polskiej i Logopedii,
ul. Pomorska 171/173, 90-236 Łódź, e-mail: danuta.pluta@uni.lodz.pl

Mowa osób z rozszczepem wargi i/lub podniebienia w świetle wybranych polskich publikacji naukowych XXI wieku

Speech of People with Cleft Lip and/or Palate in the Light of Selected Polish Scientific Publications of the 21st Century

Słowa kluczowe: mowa osób z rozszczepem podniebienia, diagnoza i terapia logopedyczna osób z rozszczepem, dyslalia rozszczepowa, alalia rozszczepowa

Keywords: speech of people with cleft palate, diagnosis and speech therapy of people with cleft palate, cleft dyslalia, cleft alalia

Streszczenie

Autorka przedstawia analizę wybranych polskojęzycznych publikacji naukowych podejmujących problematykę mowy osób z rozszczepem wargi i/lub podniebienia, jakie ukazały się w XXI wieku. Badania objęły 10 czasopism, w których poszukiwano artykułów uwzględniających tematykę zaburzeń mowy u osób z wadą w obrębie środkowej części twarzoczaszki. Prowadzona kwerenda umożliwiła określenie liczby publikacji na temat mowy osób z rozszczepem, ich rodzajów oraz problematyki. Podjęte analizy umożliwiają określenie podstawowych problemów, jakie stały się przedmiotem badań naukowych opisanych przez autorów publikacji.

Abstract

The author presents an analysis of selected Polish-language scientific publications that address the issue of speech in people with cleft lip and/or palate, which were published in the 21st century. The analysis included ten journals in which the author sought articles that included

Funding information: Uniwersytet Łódzki, Wydział Filologiczny, Instytut Filologii Polskiej i Logopedii, Zakład Dialektologii Polskiej i Logopedii.

Declaration regarding the use of GAI tools: Not used.

Conflicts of interests: None.

Ethical considerations: The Author assures of no violations of publication ethics and takes full responsibility for the content of the publication.

Received: 2025.04.24, Accepted: 2025.07.04.



© by the Author, licensee Łódź University – Łódź University Press, Łódź, Poland. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution license CC-BY-NC-ND 4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

the subject of speech disorders in people with defects in the midface of the cranium. The conducted query allowed her to determine the number of publications on the subject of speech in people with cleft lip, their types and issues. The analyses undertaken make it possible to determine the basic problems that became the subject of scientific research described by the authors of the publications in question.

Wprowadzenie

Celem artykułu jest przedstawienie wyników badań dotyczących liczby i jakości naukowych publikacji polskojęzycznych podejmujących problematykę mowy osób z rozszczepem wargi i podniebienia, jakie ukazały się w wybranych czasopismach logopedycznych i lingwistycznych w pierwszym 25-leciu XXI wieku w Polsce. Pierwsza część przygotowanej publikacji jest krótkim wprowadzeniem do problematyki wady rozszczepowej, co istotne – nie tylko w kontekście możliwych skutków deformacji anatomicznych w obrębie środkowej części twarzoczaszki dla tworzenia dźwięków mowy. W tej części opracowania przedstawiam również najważniejsze wątki dotyczące logopedycznej refleksji na temat zaburzeń mowy występujących u osób z rozszczepem, jaka była obecna w logopedii schyłku XX wieku. Kolejne części są poświęcone omówieniu założeń metodologicznych prowadzonej kwerendy oraz prezentacji ich wyników, jak również sformułowaniu wniosków.

Inspiracją do podjęcia opisanego w artykule problematyki i jej formy stało się moje wystąpienie z Lilianną Konopską podczas konferencji Zespołu Rozwoju i Zaburzeń Mowy Rady Języka Polskiego PAN „Logopedia jako nauka. Terminologia logopedyczna – typologie i klasyfikacje zaburzeń mowy”, która odbyła się w dniach 30 września – 1 października 2024 roku oraz przygotowany do druku artykuł [Konopska, Pluta-Wojciechowska, 2025].

Rozszczep wargi i/lub podniebienia w refleksji logopedycznej schyłku XX wieku. Wybór zagadnień

Warto przypomnieć, że wada rozszczepowa w obrębie środkowej części twarzoczaszki zmienia nie tylko morfologiczny rozwój obszarów objętych rozszczepem, ale także – co oczywiste – progresję funkcji odbywających się w przestrzeniach dotkniętych wadą, takich jak oddychanie, przyjmowanie pokarmów, a także mowy, w szczególności w jej aspekcie artykulacyjnym, ale nie tylko. Aby orzekać o stanie refleksji logopedycznej odnoszącej się do mowy osób z rozszczepem, odzwierciedlonej w wybranych czasopismach pierwszego 25-lecia XXI wieku i określić jej miejsce w rozwoju logopedycznej myśli na temat mowy osób z rozszczepem, należałoby przeprowadzić kwerendę uwzględniającą publikacje, jakie ukazały się w XX wieku na wskazany temat. Ponieważ takie analizy znacznie wykraczają poza wyznaczony w referowanych badaniach zakres, poniżej przedstawię ujęcie problematyki zaburzeń mowy u osób z rozszczepem,

jakie znalazło się w dwóch najważniejszych podręcznikach logopedycznych wydanych w XX wieku [Styczek, 1981; Gałkowski, Jastrzębowska, 1999].

Publikacji logopedycznych na temat wady rozszczepowej w drugiej połowie XX wieku było stosunkowo niewiele [np. Łyżyczka, 1978; Pluta-Wojciechowska, 1999], w literaturze przedmiotu przeważały opracowania medyczne prezentujące foniatryczną strategię opisu mowy osób z rozszczepem [np. Hołejko, 1965; Mitrinowicz-Modrzejewska, Pałowski, Tłuchowski, 1965; Tronczyńska, 1967; Zaleski, Czaja, 1969; Hortis-Dzierzbicka, 1999]. Irena Styczek w podręczniku *Logopedia* [1981] uwzględniła problematykę zaburzeń mowy osób z rozszczepem w rozdziale pt. *Zaburzenia mowy spowodowane nieprawidłową budową anatomiczną narządów mowy – dysglosja*. Analizowała ona zaburzenia mowy występujące w tej grupie osób, wykorzystując badania Ferdynanda Antkowskiego opisane w dwóch ważnych opracowaniach, a mianowicie: *Patologia mowy w przypadkach „palatoschisis”* [Antkowski, 1957] oraz *Uwagi o rehabilitacji (retranspozycji) mowy* [Antkowski, 1960]. Autor ten w 1957 roku przedstawił opis systemu fonicznego osób z rozszczepem (termin używany niego) i uporządkował głoski od najbardziej do najmniej podatnych na różnorodne deformacje. Efektem jego analiz są opisy jakościowe głosek. Warto jednak zaznaczyć, że sformułowane wnioski autor opiera na ocenie mowy osób przed operacją podniebienia, między operacjami lub bezpośrednio po ostatecznej operacji, przyjmując, że uzyskane wyniki analiz dotyczą wymowy osób przed operacją podniebienia. Mimo że nie ma dokładnych danych na temat frekwencji głosek wadliwych, to zasługi F. Antkowskiego, jako prekursora badań mowy rozszczepowej w Polsce, są znaczne. W jego ujęciu opis artykulacyjny głoski wadliwej to obraz fonetyczny. Wśród tych opisów znajdujemy następujące:

[p] – zastępowane jest w przeważającej części przypadków przez silne lub słabsze zwarcie krtani; często występuje jako tylne, gardłowe [k], ewentualnie nie istnieje (zwłaszcza w wygłosie) [...],

[k] – położenie języka na ogół zupełnie płaskie; tylna jego część obniża się w sposób widoczny i przesuwa ku tylnej ścianie gardła, gdzie następuje zwarcie; bardzo często zastępowane jest przez samo zwarcie krtani [Antkowski, 1960, s. 33].

Omawiając zaburzenia mowy osób z rozszczepem, I. Styczek korzystała z analiz F. Antkowskiego i wymieniała następujące kategorie wymowy wadliwej w tej grupie osób: zmiana barwy samogłosek, nosowe brzmienie spółgłosek, zmiana miejsc artykulacji spółgłosek, polegająca „na cofnięciu ich powstawania w głąb jamy ustnej do przestrzeni znajdujących się przed rozszczepem, a więc do krtani i jamy gardłowej” [Styczek, 1981, s. 356–357], wytwarzanie dźwięków w postaci szczelin i eksplozji nosowych, opuszczanie spółgłosek, a także lepszą jakość spółgłosek dźwięcznych w porównaniu do odpowiednich bezdźwięcznych. Autorka wskazała również, że najlepiej artykułowane są spółgłoski nosowe, a największe zaburzenia obserwuje się w przypadku spółgłosek zwarto-szczelinowych i szczelinowych. Kolejne części

jej opracowania poświęcone są opisowi różnych sposobów nienormatywnej artykulacji spółgłosek zwarto-wybuchowych, zwarto-szczelinowych, szczelinowych i zwarto-otwartych, np.:

Spółgłoski zwarto-szczelinowe i szczelinowe ulegają największym zniekształceniom: [s, z, c, dz, sz, ż, cz, dż, ś, ź, ć, dź] – bywają zastępowane przez nosowy szmer, rzadziej przez szmer gardłowy lub krtaniowy albo może ich w ogóle nie być; wytwarzane w krtani mają brzmienie ostre, przenikliwe i nieprzyjemne; powstają wtedy na skutek tarcia powietrza o brzegi napiętych więzadeł głosowych;
[w, f] – mogą być wymawiane dwuwargowo, bywają też zastępowane przez zwarcie krtaniowe, rzadziej gardłowe lub nosowe;
[h] – zastępowane bywa dźwiękiem szczelinowym gardłowym lub krtaniowym [Styczek, 1981, s. 358].

Autorka podręcznika logopedycznego wskazuje także na obecność współruchów mimicznych oraz zaburzeń fonacji u niektórych osób z rozszczepem podniebienia. Zwróćmy jednak uwagę, że opisane przez I. Styczek wadliwe artykulacje dotyczą najprawdopodobniej stanu przed operacją rozszczepu podniebienia lub bezpośrednio po niej, podobnie jak w przypadku badań F. Antkowskiego. W podręczniku brakuje danych prezentujących jakość artykulacji, jaką obserwujemy u osób z rozszczepem w różnym wieku, w różnym czasie od zabiegu operacyjnego zamknięcia szczeliny rozszczepu, z uwzględnieniem różnych typów rozszczepu oraz zastosowanej strategii leczenia chirurgicznego (np. operacje jedno-, dwuetapowe). Odnajdujemy w nim uwagi na temat terapii logopedycznej osób z rozszczepem, w tym językoznawczą analizę kolejności terapii głosek wadliwych, jaką przedstawił F. Antkowski. Odnosnie do tego tematu wypowiedziały się także Irena Łyżyczka [1978] oraz Danuta Pluta-Wojciechowska [1997].

W podręczniku *Logopedia. Pytania i odpowiedzi* pod redakcją Tadeusza Gałkowskiego i Grażyny Jastrzębowskiej znajdują się dwa rozdziały odnoszące się do mowy osób z rozszczepem. Pierwszy z nich, zatytułowany *Zaburzenia mowy dzieci z rozszczepem podniebienia*, prezentuje podstawowe informacje o wadzie w obrębie środkowej części twarzoczaszki, jej etiologię, typy rozszczepów, analizę mechanizmu zaburzeń mowy. W kolejnym rozdziale pt. *Diagnoza i terapia palatolalii* autorzy omawiają problemy diagnozy i terapii logopedycznej. Opisując zaburzenia mowy u osób z rozszczepem, wykorzystują takie terminy, jak „palatolalia”, „dyslalia wieloraka złożona”, „rynolalia”, a komentując specyficzne cechy mowy osób z rozszczepem, wymieniają następujące charakterystyki: rynolalia otwarta, dyslalia złożona, rynofonia, palatofonia, spowolniony rozwój słownictwa [Jastrzębowska, Kukuła, 1999b, s. 485]. Analizując sposób kategoryzacji zaburzeń realizacji fonemów zaprezentowany w podręczniku, skonstruować można, że jest to ujęcie foniatryczne, co wybrzmiewa w używaniu zwrotu „nosowanie otwarte oraz różnorodne zaburzenia artykulacji” [Jastrzębowska, Kukuła, 1999b, s. 763; zob. analizy foniatrycznego

i logopedycznego ujęcia zaburzeń realizacji fonemów: Pluta-Wojciechowska, 2002a; 2013]. Z kolei zapoznając się z wykazem literatury wykorzystanym w podręczniku, zauważyć można, że są to głównie opracowania medyczne.

Założenia teoretyczne i metodologiczne

Omówienie teoretycznych podstaw pracy rozpoczynam od przywołania stanowiska Stanisława Grabiasa, który od lat postuluje, że logopedia to nauka o „biologicznych uwarunkowaniach języka i zachowań językowych” [Grabias, 2019, s. 282]. Definicję badacza proponuję dopełnić następująco:

[...] logopedia to nauka o biologicznych i dodajmy emocjonalnych uwarunkowaniach języka i zachowań językowych rozpoznawanych w toku diagnozy objawowo-przyczynowej, wykorzystywanej do programowania i prowadzenia terapii nastawionej na likwidację zaburzeń lub obniżenie ich intensywności [Pluta-Wojciechowska, 2024, s. 13].

Grabias wskazuje również, że logopedia, realizując cele naukowe, posługuje się narzędziami poznawczymi (procedurami, pojęciami i narzędziami badawczymi) pozwalającymi na sprostanie potrzebom diagnozy i terapii logopedycznej. Oznacza to, że można dzięki nim:

1. Oceniać i objaśniać relacje zachodzące między stanami języka i stanami zachowań językowych, a przebiegiem centralnych oraz obwodowych procesów warunkujących właśnie język i zachowania językowe [...].
2. Budować teorię i praktykę postępowania prowadzącego do zmiany stanów niepożądanych, ewentualnie do podtrzymywania lub doskonalenia stanów zgodnych z biologiczną normą [Grabias, 2019, s. 285].

Przywołanie współczesnej wizji logopedii jest celowym zabiegiem, gdyż w analizach publikacji podejmujących problem mowy osób z rozszczepem wargi i/lub podniebienia będę wykorzystywała perspektywę związaną z pytaniem, czy, a jeśli tak, to w jaki sposób autor przedstawia problematykę mowy osób z rozszczepem, biorąc pod uwagę procedury postępowania logopedycznego.

Cel poznawczy prowadzonej kwerendy można określić jako rozpoznanie liczby publikacji na temat wady rozszczepowej w wybranych polskich czasopismach logopedycznych i językoznawczych uwzględniających problematykę logopedyczną, jak również ich tematykę i rodzaj. Z kolei cel praktyczny odnosi się do sporządzenia zestawienia bibliograficznego, które może stać się zaczątkiem znacznie szerszych badań uwzględniających również inne czasopisma niż objęte prezentowaną kwerendą, a także monografie autorskie i wieloautorskie oraz periodyki medyczne. Główny problem

badawczy sformułowałam w następujący sposób: „Ile jest prac naukowo-badawczych poświęconych mowie osób z wadą rozszczepową, jakie ukazały się w pierwszym ćwierćwieczu XXI wieku w wybranych czasopismach logopedycznych i lingwistycznych? Jaki jest ich rodzaj i jakiej problematyki dotyczą?”

Dla realizacji postawionego problemu badawczego wybrałam tradycyjny przegląd literatury. Kwerendy odnoszące się do sporządzania różnego rodzaju przeglądów literatury ze względu na określone kryterium są popularną procedurą w nauce. Naukowiec zainteresowany jakimś tematem poprzedza własne badania poszukiwaniem opracowań, w których autorzy podejmowali podobny lub tożsamy problem badawczy, co oznacza rozpoznanie dotychczasowej wiedzy na dany temat. Przegląd literatury może mieć również inny cel, a mianowicie ustalenie dokładnego zakresu i poziomu refleksji naukowej na dany temat, co wiąże się z możliwością identyfikacji potencjalnych luk badawczych [Paré i in., 2015]. Co interesujące, sam przegląd literatury, przeprowadzony w odpowiedni sposób, może stać się odrębną metodą badawczą [Czakon, 2011; Paré i in., 2015; Snyder, 2019; Paul, Criado, 2020; Fan i in., 2022].

Do badań wybrałam, podobnie jak L. Konopska i D. Pluta-Wojciechowska, następujące czasopisma naukowe: „Audiofonologia”, „Forum Logopedyczne”, „Logopaedica Lodziensia”, „Logopedia”, „Logopedia Silesiana”, „Nowa Audiofonologia”, „Poradnik Językowy”, „Prace Filologiczne”, „Prace Językoznawcze”, „Studia Pragmalingwistyczne”. Są one wydawane przez wydawnictwa naukowe wyższych uczelni lub towarzystwa naukowe. Przegląd czasopism obejmuje lata 2000–2025.

Wyniki badań

Liczba i rodzaj artykułów poddanych dalszej analizie

W wyniku analiz wymienionych powyżej czasopism z uwzględnieniem publikacji w latach 2000–2025 ustaliłam listę autorów, liczbę i rodzaj oraz tematykę prac podejmujących problematykę mowy osób z rozszczepem wargi i/lub podniebienia. Przegląd wybranych periodyków został zakończony 27 marca 2025 r., co oznacza, że przedstawione analizy nie uwzględniają prac, które ukazały się po tym terminie.

Opracowania na wskazany temat nie są często podejmowaną problematyką, gdyż w analizowanych periodykach odnalazłam 22 artykuły spełniające przyjęte kryterium analizy (tab. 1). Wyodrębnione do dalszych analiz prace były opublikowane w następujących czasopismach: „Forum Logopedyczne” (1), „Logopaedica Lodziensia” (2), „Logopedia” (12), „Logopedia Silesiana” (1), „Nowa Audiofonologia” (1), „Poradnik Językowy” (3), „Studia Pragmalingwistyczne” (2). Nie odnalazłam publikacji na temat zaburzeń mowy u osób z rozszczepem w periodykach: „Audiofonologia”, „Prace Filologiczne”, „Prace Językoznawcze”. Najwięcej publikacji na temat mowy osób z rozszczepem odnalazłam w „Logopedii”, najstarszym czasopiśmie logopedycznym,

co oznacza, że jest to dla logopedów najważniejszy periodyk, w którym autorzy chcą prezentować prace na temat zaburzeń mowy.

Tabela 1. Artykuły na temat mowy osób z rozszczepem wargi i/lub podniebienia w analizowanych czasopiśmie: autor/autorzy, tytuł, rodzaj artykułu i główna tematyka

Lp.	Opis bibliograficzny	Typ artykułu	Główna tematyka
1	A. Banaszekwicz, 2011, <i>Stan opieki logopedycznej nad dziećmi z rozszczepami podniebienia i/lub wargi na terenie województwa pomorskiego i okolic</i>	BG	Opieka logopedyczna dzieci z rozszczepem
2	A. Banaszekwicz, 2019, <i>Terapia logopedyczna mowy rozszczepowej oraz ocena podjętych działań na podstawie studium przypadku obejmującego dziewięć lat życia dziecka</i>	BK	Analiza przypadku
3	M. Hortis-Dzierzbicka, 2010, <i>Rozszczep podśluzówkowy podniebienia. Rozpoznawanie i leczenie</i>	T	Postępowanie w przypadku rozszczepu podśluzówkowego podniebienia
4	M. Hortis-Dzierzbicka, E. Radkowska, 2012, <i>Rola endoskopii w ocenie traktu głosowego i możliwości nabywania prawidłowej mowy u dzieci z rozszczepem podniebienia</i>	T	Wykorzystanie endoskopu w ocenie traktu głosowego dzieci z rozszczepem
5	M. Hortis-Dzierzbicka, E. Radkowska, W. Gonet, 2012, <i>Wizualne cechy mowy „rozszczepowej”</i>	T	Analiza tzw. mowy rozszczepowej
6	M. Hortis-Dzierzbicka, 2019, <i>Interdyscyplinarne leczenie rozszczepów wargi i/lub podniebienia – aktualny stan wiedzy</i>	T	Założenia interdyscyplinarnego leczenia osób z rozszczepem
7	M. Hortis-Dzierzbicka, E. Stecko, 2002, <i>Ocena strukturalna i czynnościowa aparatu mowy w wadzie rozszczepowej twarzy</i>	T	Ocena warunków anatomiczno-strukturalnych mowy, poszukiwanie przyczyn zaburzeń realizacji fonemów
8	D. Pluta-Wojciechowska, 2002, <i>Realizacja fonemów języka polskiego u osób z rozszczepem podniebienia pierwotnego i/lub wtórnego – przegląd wybranych problemów, stanowisk, propozycji</i>	T	Zaburzenia realizacji fonemów w logopedii i foniatryi. Analiza porównawcza
9	D. Pluta-Wojciechowska, 2002, <i>Realizacja fonemu /t/ ze względu na miejsce artykulacji u osób z rozszczepem podniebienia pierwotnego i/lub wtórnego</i>	BG	Analiza wyników badań realizacji fonemu /t/ ze względu na miejsce artykulacji u osób z rozszczepem
10	D. Pluta-Wojciechowska, 2006, <i>Rola i miejsce logopedy w wielospecjalistycznym leczeniu dziecka z rozszczepem</i>	T	Logopeda w zespole interdyscyplinarnym zajmującym się leczeniem dzieci z rozszczepem

Lp.	Opis bibliograficzny	Typ artykułu	Główna tematyka
11	D. Pluta-Wojciechowska, 2006, „Urodzę dziecko z rozszczepem”, czyli o filozofii wczesnej interwencji logopedycznej w przypadku wady rozszczepowej	T	Kategorie i istota wczesnej interwencji logopedycznej w przypadku narodzonego i nienarodzonego dziecka z rozszczepem
12	D. Pluta-Wojciechowska, 2008, <i>Standard postępowania logopedycznego w przypadku osób z rozszczepem wargi i podniebienia</i>	T	Kategorie i istota postępowania logopedycznego w przypadku dziecka z rozszczepem
13	D. Pluta-Wojciechowska, 2010/2011, <i>O stylu komunikacji dzieci z rozszczepem wargi i podniebienia</i>	BG	Analiza wyników badań stylu komunikacji dzieci z rozszczepem
14	D. Pluta-Wojciechowska, 2021, <i>Przygotowanie logopedy do pracy z dzieckiem z rozszczepem wargi i/lub podniebienia. Projekt modelu kształcenia</i>	T	Założenia projektu modelu kształcenia logopedycznego w przypadku wady rozszczepowej
15	E. Radkowska, 2015, <i>Wczesna opieka logopedyczna nad dzieckiem z rozszczepem wargi i podniebienia. Standard postępowania logopedycznego przyjęty w Instytucie Matki i Dziecka w Warszawie</i>	T	Kategorie i istota wczesnej opieki logopedycznej w przypadku dziecka z rozszczepem
16	N. Siudzińska, 2009, <i>Kształtowanie się mowy dziecka z rozszczepem podniebienia i wargi (studium przypadku)</i>	BK	Analiza mowy dziecka z rozszczepem wargi i podniebienia
17	N. Siudzińska, 2009, <i>Usprawnianie mowy dziecka z rozszczepem wargi i podniebienia (studium przypadku)</i>	BK	Postępowanie logopedyczne w przypadku dziecka z rozszczepem
18	N. Siudzińska, 2017, <i>Zasady postępowania logopedycznego w wypadku dzieci z rozszczepem podniebienia i wargi</i>	T	Podstawy i zasady postępowania logopedycznego w przypadku dzieci z rozszczepem
19	N. Siudzińska, 2019, <i>Planowanie terapii logopedycznej dziecka z nosowaniem otwartym</i>	T	Zasady pracy logopedycznej w przypadku nosowania otwartego
20	N. Siudzińska, E. Radkowska, 2016, <i>Terapia logopedyczna dzieci po zabiegu faryngoplastyki</i>	T	Zasady pracy logopedycznej po faryngoplastyce
21	M. Solarz, B. Jarzemska, D. Gabrowska, J. Mierzwiński, 2023, <i>Narzędzia diagnostyczne i decyzje terapeutyczne w leczeniu dysfunkcji podniebienna-gardłowej u dzieci</i>	T	Diagnoza i terapia w przypadku dysfunkcji podniebienna-gardłowej
22	A. Szkiełkowska, P. Krasnodębska, B. Miaśkiewicz, 2024, <i>Palpacyjna i funkcjonalna ocena podniebienia w izolowanych wadach podniebienia miękkiego</i>	T	Ocena podniebienia w przypadku wad podniebienia miękkiego

T – artykuł o charakterze teoretycznym, BG – artykuł przedstawiający badania naukowe z uwzględnieniem grup badawczych, BK – artykuł przedstawiający badania naukowe z uwzględnieniem analizy kazuistycznej.

Źródło: opracowanie własne.

Biorąc pod uwagę kategorie artykułów wyodrębnione ze względu na sposób eksplorowania problemu, można stwierdzić, że w porównaniu do prac referujących kwereudy z uwzględnieniem grup badawczych (3) czy analizy przypadku (3) w analizowanym zbiorze tekstów przeważają opracowania o charakterze teoretycznym (16). Przy tym pisząc „prace o charakterze teoretycznym”, mam na myśli zarówno opracowania prezentujące rozważania teoretyczne, jak i studia przeglądowe.

Autorami 15 publikacji są logopedzi, a pozostałe zostały przygotowane przez lekarzy lub lekarza i logopedę. Obecność lekarzy wśród autorów analizowanych publikacji jest konsekwencją specyfiki wady w obrębie środkowej części twarzoczaszki, a także dysfunkcji podniebieno-gardłowej o innej niż rozszczep etiologii (tematyka związana z tym tematem została włączona do przedstawionej kwereudy). W znaczącej liczbie publikacje są opracowane przez jednego autora (16), tylko 6 prac ma charakter współautorski.

Tematyka artykułów

Omówienie tematyki artykułów wymaga odniesienia się do przyjętych kryteriów, jakie wykorzystałam, porządkując analizowane teksty. Oczywiście kategorią analizy jest uwzględnienie z jednej strony przedmiotu logopedii oraz wyodrębnionych procedur postępowania logopedycznego w postaci diagnozy i terapii, z drugiej zaś specyfiki zaburzeń mowy osób z wadą w obrębie środkowej części twarzoczaszki. Była o tym mowa w części *Założenia teoretyczne i metodologiczne*.

Rozszczep wargi i/lub podniebienia, objawiający się przerwaniem ciągłości anatomicznej w obrębie wargi, wyrostka zębodołowego i podniebienia (w zależności od miejsca wady), może być przyczyną nie tylko wadliwej wymowy w obrębie jednej lub kilku kategorii fonetycznych. Obecność wady – w rozmaity i czasem nieprzewidywalny sposób – może modyfikować rozwój mowy w innych niż sprawność fonetyczna obszarach, co odpowiednio nazywamy dyslalią rozszczepową lub alalią rozszczepową [Pluta-Wojciechowska, 2011]. Szczególną konsekwencją wady w obrębie środkowej części twarzoczaszki jest zmiana rozwoju anatomiczno-czynnościowego przestrzeni orofacjalnej w postaci np. zaburzeń czynności prymarnych czy trudności o charakterze emocjonalno-społecznym, konstytuujących się na tle zmienionego rozszczepem wyglądu twarzy i niezrozumiałości mowy (mogą one, ale nie muszą wystąpić u pacjenta).

Prowadzone analizy pozwalają na wyłonienie szczegółowych zagadnień podejmowanych przez badaczy analizowanych publikacji, takich jak:

- 1) stan opieki logopedycznej dzieci z rozszczepem – tematyka: określenie stanu opieki na podstawie badań grupowych w odniesieniu do województwa pomorskiego i okolic [Banaszkiewicz, 2011];
- 2) wczesna interwencja logopedyczna – tematyka: wczesna opieka logopedyczna dziecka z rozszczepem [Pluta-Wojciechowska, 2006b];

- 3) diagnoza logopedyczna i porządkowanie zaburzeń – tematyka: jakość realizacji fonemów u osób z dyslalią rozszczepową [Pluta-Wojciechowska, 2002a; 2002b; Hortis-Dzierzbicka, Radkowska, Gonet, 2012]; kategorie tzw. mowy rozszczepowej [Hortis-Dzierzbicka, Radkowska, Gonet, 2012]; ocena warunków anatomiczno-czynnościowych mowy [Hortis-Dzierzbicka, Stecko, 2002]; rozwój mowy dziecka z wadą rozszczepową, w tym styl komunikacji dziecka z rozszczepem [Siudzińska, 2009a; Pluta-Wojciechowska, 2010/2011];
- 4) terapia logopedyczna, w tym standard postępowania, interdyscyplinarność – tematyka: standard postępowania logopedycznego w przypadku dyslalii rozszczepowej, w tym wczesna interwencja [Pluta-Wojciechowska, 2008; Radkowska, 2015]; metodyka terapii osób z rozszczepem wargi i podniebienia [Siudzińska, 2009b; 2017; Banaszekiewicz, 2019]; interdyscyplinarność postępowania [Pluta-Wojciechowska, 2006a; Hortis-Dzierzbicka, 2019]; dysfunkcja podniebienno-gardłowa – diagnoza i terapia [Hortis-Dzierzbicka, 2010; Hortis-Dzierzbicka, Radkowska, 2012; Siudzińska, Radkowska, 2016; Siudzińska, 2019; Solarz i in., 2023; Szkiełkowska, Krasnodębska, Miałkiewicz, 2024];
- 5) kształcenie logopedów – tematyka: przygotowanie logopedów do pracy z dzieckiem z rozszczepem, projekt modelu kształcenia [Pluta-Wojciechowska, 2021].

Uwagę zwracają publikacje przygotowane przez logopedów i lekarzy, co jest szczególnie istotne w przypadku pacjentów z wadą rozszczepową, a także z dysfunkcją podniebienno-gardłową, która może być warunkowana innymi przyczynami niż rozszczep. W obliczu dominującego ujęcia foniatrycznego w odniesieniu do analizy mowy osób z rozszczepem, obecnego w publikacjach drugiej połowy XX wieku, warto zwrócić uwagę na prace logopedyczne, jakie znajdujemy w analizowanych czasopiśmie. Prezentują one odmienną od foniatrycznej metodę analizy zaburzeń realizacji fonemów u osób z rozszczepem, przedstawiają nową kategoryzację zaburzeń mowy w przypadku omawianej wady, a także wyznaczają logopedyczne standardy diagnozy i terapii pacjenta z anomaliami w obrębie środkowej części twarzoczaszki. Ma to istotne znaczenie w obliczu przewagi opracowań medycznych odnoszących się do pomocy osobom z rozszczepem, w szczególności u schyłku XX wieku. Merytoryczna zawartość analizowanych opracowań świadczy o uwzględnieniu w diagnozie i terapii osób z rozszczepem nie tylko medycznej, ale także logopedycznej perspektywy, o czym świadczy np. opracowanie logopedycznego standardu postępowania w przypadku pacjenta z wadą w obrębie środkowej części twarzoczaszki. Autorzy zwracają uwagę na konieczność współpracy interdyscyplinarnej w przypadku pracy z osobą z rozszczepem podniebienia, co należy uznać za szczególnie istotne w przypadku występowania np. nosowania otwartego¹.

1 Chociaż stan refleksji na temat kategoryzacji i istoty zaburzeń mowy osób z rozszczepem we współczesnych badaniach opisanych w monografiach autorskich nie jest przedmiotem opracowania, warto jednak zauważyć, że szeroko zakrojone badania logopedyczne dzieci z rozszczepem wargi i/lub

Podsumowanie i wnioski

Prezentowany artykuł przedstawia analizę publikacji na temat mowy osób z rozszczepem warg i/lub podniebienia, jakie ukazały się w wybranych periodykach w latach 2000–2025. Określone w opracowaniu wnioski nie mogą być odnoszone do ogółu publikacji na omawiany w opracowaniu temat, jakie ukazały się w innych czasopismach (np. medycznych) czy też w monografiach autorskich i wieloautorskich.

Artykuły na temat mowy osób z rozszczepem są rzadko przedmiotem publikacji w analizowanych periodykach, co wiąże przede wszystkim z niewielką liczbą osób zajmujących się tym zagadnieniem w logopedii. Prowadzenie badań empirycznych w tej grupie osób nie jest łatwe, gdyż w przeciętnej poradni logopedycznej pacjenci z rozszczepem są rzadkością, a liczba ośrodków leczenia osób z rozszczepem w Polsce jest niewielka. Zwróćmy uwagę, że badania empiryczne, w szczególności prowadzone z lekarzami, są bardzo istotne, gdyż pozwalają na lepsze poznanie mechanizmów konstituowania się zaburzeń mowy w tej grupie osób oraz ukazują skuteczność leczenia chirurgicznego, mając na względzie np. pracę podniebienia miękkiego czy ruchomość wargi górnej. Wśród 22 analizowanych publikacji odnotowałam tylko 6 uwzględniających badania empiryczne, w tym 3 to prace kazuistyczne.

W ślad za analizami L. Konopskiej i moimi, które – badając publikacje poświęcone dyslalicznym zaburzeniom mowy zamieszczone w wybranych czasopismach naukowych z pierwszego ćwierćwiecza XXI wieku w Polsce – wskazały na istniejące luki badawcze, niniejszy artykuł również podejmuje próbę zidentyfikowania obszarów wymagających dalszych eksploracji w przyszłych kwerendach.

W opracowaniach brakuje ustaleń w zakresie następujących zagadnień: warunki percepcyjne oraz anatomiczno-czynnościowe mowy (w tym wynikające

podniebienia przeprowadzone przeze mnie [Pluta-Wojciechowska, 2011] udokumentowały, iż forma zaburzeń mowy w badanej grupie dzieci od 4. miesiąca życia do 3. roku życia przyjmuje dwie postacie. Pierwszą z nich nazywam dyslalią rozszczepową, a drugą określam jako alalię rozszczepową [Pluta-Wojciechowska, 2011, s. 325–335, 362]. Dyslalia rozszczepowa definiowana jest jako zaburzenia realizacji fonemów, co oznacza, że nienormalność tworzonych dźwięków mowy może dotyczyć takich kategorii fonetycznych jak miejsce artykulacji, sposób artykulacji, udział rezonatora nosowego, udział wiązań głosowych. Nowa propozycja kategoryzacji zaburzeń mowy prezentuje ujęcie logopedyczne i jest odmienna niż dotychczasowe uporządkowanie zaburzeń mowy w przypadku rozszczepu wykorzystywane w foniatryi (a także we wczesnej fazie rozwoju logopedii), które oddaje zwrot zaburzenia artykulacji i nosowanie. Z kolei alalia rozszczepowa to opóźniony rozwój mowy, którego przyczyną są okoliczności wynikające z wady rozszczepowej. Należą do nich: choroby uszu i niedosłuch w pierwszych miesiącach życia, konieczność adaptacji do nowych warunków anatomicznych, jakie zostają stworzone podczas operacji chirurgicznej zamknięcia szczeliny rozszczepowej, zaburzenia emocjonalno-społeczne wynikające z okoliczności związanych z pobytem w szpitalu i czasem pooperacyjnym, a także spowodowane niezrozumiałością mowy i trudnościami w komunikacji z innymi, nieodpowiednia do stanu mowy i możliwości anatomiczno-czynnościowych stymulacja rozwoju mowy oraz nieadekwatna terapia logopedyczna [Pluta-Wojciechowska, 2011, s. 330–339].

nie tylko z deformacji w obrębie wargi i podniebienia, ale i związane z wadami szczękowo-zgryzowymi, ankyloglosją, jakością czynności biologicznych i stanem słuchu), a jakość realizacji fonemów, efektywność terapii logopedycznej osób z rozszczepem, przyczyny niepowodzeń w terapii logopedycznej, strategii terapii w zależności od rodzaju zaburzeń mowy w przypadku rozszczepu, zespołowe i interdyscyplinarne badania osób z rozszczepem, stan opieki logopedycznej dziecka z rozszczepem (w odniesieniu do różnych rejonów Polski), pomoc psychologiczna jako jeden z kierunków wielospecjalistycznej opieki nad dzieckiem z rozszczepem i jego rodziny.

Zakończenie

Celem opracowania była ilościowa i jakościowa analiza wybranych polskojęzycznych artykułów naukowych podejmujących problematykę mowy osób z rozszczepem wargi i/lub podniebienia, które ukazały się w XXI wieku w wybranych polskojęzycznych czasopismach. Przeprowadzona kwerenda pozwoliła na wyłonienie 22 prac opublikowanych w latach 2000–2025. Zostały one poddane kolejnej analizie, która prowadzi do następujących wniosków: przeważają prace o charakterze teoretycznym (16), następną grupę stanowią prace badawcze o charakterze empirycznym (6), znaczna liczba publikacji została przygotowana przez logopedów, przy czym w analizowanym zbiorze znalazło się kilka prac przygotowanych wspólnie przez lekarzy i logopedów. Uwagę zwraca mała liczba prac opisujących wyniki badań empirycznych prowadzonych w zespołach interdyscyplinarnych.

Podjęte analizy umożliwiają określenie podstawowych problemów podejmowanych przez badaczy. Wiążą się one przede wszystkim z diagnozą i terapią logopedyczną pacjentów z wadą rozszczepową. W analizowanym zbiorze prac odnotowałam tylko jeden artykuł na temat kształcenia logopedycznego w zakresie postępowania z pacjentem z omawianą wadą, jak również jeden tekst na temat stanu opieki logopedycznej dzieci urodzonych z wadą w obrębie środkowej części twarzoczaszki (dotyczy on jednego regionu Polski), co można potraktować jako pewną lukę badawczą. W porównaniu do zakresu logopedycznej refleksji na temat mowy osób z rozszczepem u schyłku XX wieku obserwujemy istotne zmiany. Dotyczą one przede wszystkim sposobu porządkowania zaburzeń mowy osób z wadą w obrębie środkowej części twarzoczaszki, uwzględniają perspektywę logopedyczną oraz wypracowanie standardu postępowania, czyli zasad i kategorii diagnozy oraz terapii logopedycznej w przypadku zaburzeń mowy osób z rozszczepem. To znaczące zmiany w obliczu dominującego ujęcia foniatrycznego obecnego w logopedii schyłku XX wieku.

Przygotowane opracowanie może stać się zaczątkiem kolejnych badań uwzględniających inne czasopisma, także medyczne, oraz monografie autorskie i wieloautorские, jak również może stać się inspiracją do pogłębionych analiz związanych z wyodrębnioną tematyką.

Literatura

- Antkowski F., 1957, *Patologia mowy w przypadkach „palatoschisis”*, „Biuletyn Fonograficzny”, nr 2, s. 27–45.
- Antkowski F., 1960, *Uwagi o rehabilitacji (retranspozycji) mowy*, „Biuletyn Fonograficzny”, nr 3, s. 59–65.
- Banaszkiewicz A., 2011, *Stan opieki logopedycznej nad dziećmi z rozszczepami podniebienia i/lub wargi na terenie województwa pomorskiego i okolic*, „Forum Logopedyczne”, nr 19, s. 53–57.
- Banaszkiewicz A., 2019, *Terapia logopedyczna mowy rozszczepowej oraz ocena podjętych działań na podstawie studium przypadku obejmującego dziewięć lat życia dziecka*, „Logopaedica Lodzienia”, nr 3, s. 9–20.
- Czakon W., 2011, *Metodyka systematycznego przeglądu literatury*, „Przegląd Organizacji”, nr 3, s. 57–61.
- Fan D., Breslin D., Callahan J.L., Iszatt-White M., 2022, *Advancing literature review methodology through rigour, generativity, scope and transparency*, „International Journal of Management Reviews”, vol. 24(2), s. 171–180.
- Gałkowski T., Jastrzębowska G. (red.), 1999, *Logopedia. Pytania i odpowiedzi – podręcznik akademicki*, Opole: Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego.
- Grabias S., 2019, *Język w zachowaniach społecznych: podstawy socjolingwistyki i logopedii*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Holejko M., 1965, *Metody rehabilitacji mowy w rozszczepach podniebienia*, „Otolaryngologia Polska”, t. 19, nr 4, s. 569–574.
- Hortis-Dzierzbicka M., 1999, *Rozszczep wargi i podniebienia – problematyka mowy rozszczepowej*, „Medycyna Wieku Rozwojowego”, t. 3, nr 3, s. 372–373.
- Hortis-Dzierzbicka M., 2010, *Rozszczep podśluzówkowy podniebienia. Rozpoznawanie i leczenie*, „Logopedia”, nr 39/40, s. 83–92.
- Hortis-Dzierzbicka M., 2019, *Interdyscyplinarne leczenie rozszczepów wargi i/lub podniebienia – aktualny stan wiedzy*, „Logopedia”, nr 48(1), s. 439–446.
- Hortis-Dzierzbicka M., Radkowska E., 2012, *Rola endoskopii w ocenie traktu głosowego i możliwości nabywania prawidłowej mowy u dzieci z rozszczepem podniebienia*, „Logopedia”, nr 41, s. 141–151.
- Hortis-Dzierzbicka M., Stecko E., 2002, *Ocena strukturalna i czynnościowa aparatu mowy w wadzie rozszczepowej twarzy*, „Logopedia”, nr 30, s. 87–90.
- Hortis-Dzierzbicka M., Radkowska E., Gonet W., 2012, *Wizualne cechy mowy „rozszczepowej”*, „Logopedia”, nr 41, s. 133–139.
- Jastrzębowska G., Kukuła M., 1999, *Zaburzenia mowy dzieci z rozszczepem podniebienia*, [w:] T. Gałkowski, G. Jastrzębowska (red.), *Logopedia. Pytania i odpowiedzi – podręcznik akademicki*, Opole: Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, s. 477–488.
- Konopska L., Pluta-Wojciechowska D., 2025, *Dyslalia w perspektywie naukowo-badawczej pierwszego 25-lecia trzeciego milenium. Część I. Teoretyczne i metodologiczne podstawy własnych badań*, „Prace Językoznawcze”, w druku.
- Łyżyczka I., 1978, *Metody rehabilitacji wymowy u dzieci z rozszczepem podniebienia*, „Logopedia”, nr 13, s. 53–57.
- Mitrinowicz-Modrzejewska A., Pawłowski Z., Tłuchowski W., 1965, *Wady rozwojowe podniebienia jako zaburzenia wieloukładowe*, „Rozprawy Wydziału Nauk Medycznych PAN”, R. X, t. 1, Warszawa, s. 33–123.
- Paré G., Trudel M.C., Jaana M., Kitsiou S., 2015, *Synthesizing information systems knowledge: A typology of literature reviews*, „Information & Management”, vol. 52(2), s. 183–199.

- Paul J., Criado A.R., 2020, *The art of writing literature review: What do we know and what do we need to know?*, „International Business Review”, vol. 29(4), 101717, s. 1–7.
- Snyder H., 2019, *Literature review as a research methodology: An overview and guidelines*, „Journal of Business Research”, vol. 104, s. 333–339.
- Pluta-Wojciechowska D., 1999, *Wybrane zagadnienia terapii mowy dzieci z rozszczepem podniebienia*, „Logopedia”, nr 26, s. 149–161.
- Pluta-Wojciechowska D., 2002a, *Realizacja fonemów języka polskiego u osób z rozszczepem podniebienia pierwotnego i/lub wtórnego – przegląd wybranych problemów, stanowisk, propozycji*, „Logopedia”, nr 31, s. 199–225.
- Pluta-Wojciechowska D., 2002b, *Realizacja fonemu /t/ ze względu na miejsce artykulacji u osób z rozszczepem podniebienia pierwotnego i/lub wtórnego*, „Logopedia”, nr 30, s. 115–130.
- Pluta-Wojciechowska D., 2006a, *Rola i miejsce logopedy w wielospecjalistycznym leczeniu dziecka z rozszczepem*, „Śląskie Wiadomości Logopedyczne”, nr 10, s. 18–21.
- Pluta-Wojciechowska D., 2006b, *„Urodzę dziecko z rozszczepem”, czyli o filozofii wczesnej interwencji logopedycznej w przypadku wady rozszczepowej*, „Logopedia”, nr 35, s. 125–142.
- Pluta-Wojciechowska D., 2008, *Standard postępowania logopedycznego w przypadku osób z rozszczepem wargi i podniebienia*, „Logopedia”, nr 37, s. 175–205.
- Pluta-Wojciechowska D., 2010/2011, *O stylu komunikacji dzieci z rozszczepem wargi i podniebienia*, „Logopedia”, nr 39–40, s. 93–120.
- Pluta-Wojciechowska D., 2011, *Mowa dzieci z rozszczepem wargi i podniebienia*, Kraków: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego.
- Pluta-Wojciechowska D., 2013, *Logopedyczne i foniatryczne ujęcie zakłóceń dźwięków mowy. Analiza kognitywna*, „Nowa Audiofonologia”, t. 2, nr 3, s. 9–15.
- Pluta-Wojciechowska D., 2021, *Przygotowanie logopedy do pracy z dzieckiem z rozszczepem wargi i/lub podniebienia. Projekt modelu kształcenia*, „Logopaedica Lodziensia”, nr 5, s. 171–183.
- Pluta-Wojciechowska D., 2024, *Transformacja logopedii czy logopedyczny butik, rabunek i błyskotki? Rekonesans zagadnień*, „Logopaedica Lodziensia”, nr 10, s. 11–23.
- Radkowska E., 2015, *Wczesna opieka logopedyczna nad dzieckiem z rozszczepem wargi i podniebienia. Standard postępowania logopedycznego przyjęty w Instytucie Matki i Dziecka w Warszawie*, „Logopedia Silesiana”, nr 4, s. 218–225.
- Siudzińska N., 2009a, *Kształtowanie się mowy dziecka z rozszczepem podniebienia i wargi (studium przypadku)*, „Studia Pragmalingwistyczne”, nr 1, s. 89–103.
- Siudzińska N., 2009b, *Usprawnianie mowy dziecka z rozszczepem wargi i podniebienia (studium przypadku)*, „Poradnik Językowy”, nr 8, s. 91–102.
- Siudzińska N., 2017, *Zasady postępowania logopedycznego w wypadku dzieci z rozszczepem podniebienia i wargi*, „Poradnik Językowy”, nr 6, s. 27–38.
- Siudzińska N., 2019, *Planowanie terapii logopedycznej dziecka z nosowaniem otwartym*, „Poradnik Językowy”, nr 2, s. 66–82.
- Siudzińska N., Radkowska E., 2016, *Terapia logopedyczna dzieci po zabiegu faryngoplastyki*, „Studia Pragmalingwistyczne”, nr 8, s. 63–72.
- Solarz M., Jarzemska B., Gabrowska D., Mierzwiński J., 2023, *Narzędzia diagnostyczne i decyzje terapeutyczne w leczeniu dysfunkcji podniebieno-gardłowej u dzieci*, „Logopedia”, nr 52(2), s. 151–171.
- Styczek I., 1981, *Logopedia*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Szkielkowska A., Krasnodębska P., Miałkiewicz B., 2024, *Palpacyjna i funkcjonalna ocena podniebienia w izolowanych wadach podniebienia miękkiego*, „Nowa Audiofonologia”, nr 13(1), s. 61–67.
- Tronczyńska J., 1967, *Leczenie foniatryczne rozszczepów podniebienia*, [w:] J. Bardach (red.), *Rozszczepy wargi górnej i podniebienia*, Warszawa: PZWL.
- Zaleski T., Czaja J., 1969, *Metoda oceny mowy dziecka dotkniętego rozszczepem podniebienia*, „Logopedia”, nr 8/9, s. 71–73.

Monika Schab  <https://orcid.org/0009-0004-6896-3513>

Fundacja Centrum Logopedyczne, ul. Bażantów 35–37, lok. 8, 40-668 Katowice, e-mail: mschab@fcl.org.pl

Monika Pakura  <https://orcid.org/0000-0002-8016-8158>

Uniwersytet Śląski w Katowicach, ul. Bankowa 12, 40-007 Katowice, e-mail: monika.pakura@us.edu.pl

Joanna Szymczakowska  <https://orcid.org/0009-0007-9293-321X>

Uniwersytet Śląski w Katowicach, ul. Bankowa 12, 40-007 Katowice, e-mail: joanna.szymczakowska@us.edu.pl

Katarzyna Węsierska  <https://orcid.org/0000-0001-6378-9350>

Uniwersytet Śląski w Katowicach, ul. Bankowa 12, 40-007 Katowice, e-mail: katarzyna.wesierska@us.edu.pl

Doświadczenia polskich rodziców z podejściem Palin PCI: wyniki Refleksyjnej Analizy Tematycznej

Polish Parents' Experiences with the Palin PCI Approach: Findings from a Reflexive Thematic Analysis

Słowa kluczowe: jękanie, Palin PCI – terapia interakcyjna rodzic–dziecko, Refleksyjna Analiza Tematyczna, doświadczenia rodziców

Keywords: stuttering, Palin Parent–Child Interaction Therapy (Palin PCI), Reflexive Thematic Analysis, parental experiences

Streszczenie

Celem przedstawionego badania było pogłębione zrozumienie doświadczeń rodziców dzieci jękających się, którzy uczestniczyli w terapii interakcyjnej rodzic–dziecko. W badaniu zastosowano metodę jakościową – częściowo ustrukturyzowane wywiady z rodzicami ($n = 10$), przeanalizowane za pomocą Refleksyjnej Analizy Tematycznej zgodnie z sześciostopniowym protokołem Braun i Clarke. Wyniki ujawniły trzy główne tematy odzwierciedlające proces transformacji rodziców: „Rodzice i dziecko przed terapią”, „Rodzina w terapii” oraz

Funding information: M.S. – Fundacja Centrum Logopedyczne; M.P. – Uniwersytet Śląski w Katowicach; J.S. – Uniwersytet Śląski w Katowicach; K.W. – Uniwersytet Śląski w Katowicach. The percentage share of the Authors in the preparation of the work is: M.S. – 25.00%, M.P. – 25.00%, J.S. – 25.00%, K.W. – 25.00%.

Declaration regarding the use of GAI tools: Not used.

Conflicts of interests: None.

Ethical considerations: The Authors assure of no violations of publication ethics and take full responsibility for the content of the publication.

Received: 2025.04.30. Accepted: 2025.06.02

„Rodzice po terapii”. Analiza pokazała, że terapia nie tylko wpłynęła na sposób postrzegania jąkania i relacje rodziców z dzieckiem, ale przyniosła również zmiany emocjonalne, poznawcze i komunikacyjne w całym systemie rodzinnym. Uczestnicy opisywali wzrost wiedzy i akceptacji, poprawę relacji rodzinnych, wzmocnienie więzi małżeńskich oraz zmianę stylu życia na bardziej świadomy i zharmonizowany. Wyniki badania podkreślają znaczenie włączania rodziców w proces terapeutyczny oraz konieczność upowszechniania terapii opartych na dowodach naukowych w praktyce logopedycznej w Polsce.

Abstract

This study aims to gain an in-depth understanding of parents' experiences of young stuttering children who participated in the Palin Parent-Child Interaction (Palin PCI) therapy. A qualitative approach was used, involving semi-structured interviews with parents ($n = 10$), analysed through Reflexive Thematic Analysis following Braun and Clarke's six-phase protocol. The results revealed three main themes that reflect the parents' transformational process: "Parents and Child Before Therapy," "Family in Therapy" and "Parents After Therapy." The analysis showed that the therapy influenced parents' perceptions of stuttering and their relationships with their children. It brought profound emotional, cognitive, and communicative changes within the family system. The participants pointed to increased knowledge and acceptance, improved family dynamics, strengthened marital bonds, and a shift toward a more conscious and harmonious lifestyle. These findings highlight the importance of involving parents in the therapeutic process and underscore the need to promote evidence-based interventions in speech and language therapy practice in Poland.

Wprowadzenie

Jąkanie jest zjawiskiem o charakterze wieloczynnikowym. W jego powstawanie i rozwój zaangażowane są czynniki neurofizjologiczne (w tym genetyka, różnice neuroanatomiczne i neurofizjologiczne), językowe oraz środowiskowe [Smith, Weber, 2017; Yairi, Ambrose, 2020]. Ze względu na złożoność tego fenomenu kluczowe znaczenie mają: jego wczesna identyfikacja i jak najszybsza interwencja. Jąkanie wpływa nie tylko na dziecko, ale również na funkcjonowanie całej jego rodziny. Jak wskazują badania, skuteczność terapii jąkania u małych dzieci wzrasta, gdy aktywnie zaangażowani są w nią rodzice [Eggers, Millard, Yaruss, 2023]. Ich rola w procesie terapeutycznym oraz reakcje na jąkanie dziecka mają istotne znaczenie dla powodzenia terapii. Wielu opiekunów doświadcza silnego niepokoju, poczucia winy oraz niepewności wobec sytuacji, z jaką mierzy się ich dziecko. Kluczowym aspektem terapii stają się zrozumienie i akceptacja jąkania, a także umiejętność skutecznego zarządzania własnymi reakcjami emocjonalnymi [Berquez, Kelman, 2018]. W odpowiedzi na potrzeby rodzin w terapii wykorzystuje się m.in. desensytyzację, czyli systematyczne osvajanie się z sytuacjami wywołującymi lęk. Proces ten sprzyja akceptacji epizodów jąkania

poprzez ich wielokrotne doświadczanie w bezpiecznym i wspierającym środowisku [Yaruss, Coleman, Quesal, 2012]. Programy terapeutyczne uwzględniające desensytyzację wymagają podejścia holistycznego oraz indywidualizacji zależnej od wieku dziecka, stopnia nasilenia jąkania, czasu jego trwania, postawy rodziny wobec zaburzenia, stylu komunikacji oraz poziomu wiedzy na temat jąkania [Berquez, Kelman, 2018]. Terapia interakcyjna rodzic–dziecko Palin PCI (ang. *Parent–Child Interaction Therapy*) to oparty na dowodach program terapii jąkania u dzieci poniżej siódmego roku życia, opracowany przez specjalistów z Michael Palin Centre for Stammering Children w Londynie [Millard, Nicholas, Cook, 2008; Millard, Edwards, Cook, 2009; Millard, Zebrowski, Kelman, 2018]. Palin PCI zakłada aktywne zaangażowanie rodziców w proces terapeutyczny. Centralnym założeniem tej terapii jest wzmacnianie poczucia sprawstwa u opiekunów, rozwijanie zdolności dziecka do skutecznego komunikowania się poprzez pracę nad jakością interakcji rodzic–dziecko oraz budowanie pozytywnej atmosfery komunikacyjnej w domu [Kelman, Nicholas, 2020]. Istotnym elementem terapii jest pogłębiona diagnoza, obejmująca m.in. wypełnienie przez opiekunów kwestionariusza Palin PRS (ang. *Palin Parent Rating Scale*) [Millard, Davis, 2016]. Narzędzie to pozwala ocenić poziom wiedzy na temat jąkania, postawy emocjonalne rodziców oraz wpływ tego zjawiska na funkcjonowanie całej rodziny. Na tej podstawie opracowywany jest indywidualny plan terapii, w którym stosuje się strategie interakcyjne, rodzinne lub ukierunkowane bezpośrednio na dziecko. Terapia Palin PCI koncentruje się nie tylko na poprawie jakości komunikacji dziecka, lecz przede wszystkim na wspieraniu jego rozwoju emocjonalnego i społecznego oraz budowaniu pewności siebie. Jej główne cele obejmują zwiększenie wiedzy rodziców i dzieci na temat jąkania, zmniejszenie jego wpływu na codzienne funkcjonowanie, a także wzmacnianie poczucia własnej wartości i kompetencji w radzeniu sobie z trudnościami [Kelman, Nicholas, 2020; Franken, Millard, Hearne, 2022; Eggers, Millard, Yaruss, 2023]. Podejście Palin PCI staje się coraz bardziej popularne w wielu krajach na świecie [Boroń, Węsierska, Agius, 2020]. Również polscy logopedzi mają możliwość szkolenia się w tej metodzie, korzystając z polskiej wersji podręcznika [Kelman, Nicholas, 2013]. Wraz z jej upowszechnianiem się w Polsce podejmowane są badania typu *case study* [Węsierska, 2013a; Deckert-Brzezińska, Brzeziński, 2022; Michalczyk, 2023]. Jak dotąd nie eksplorowano jednak doświadczeń rodziców związanych z uczestnictwem w terapii jąkania we wczesnym dzieciństwie metodą Palin PCI.

Celem przedstawionego badania było wypełnienie tej luki poprzez zidentyfikowanie wpływu terapii Palin PCI na rodziców poszukujących wsparcia dla swoich jąkających się dzieci. Pytanie badawcze brzmiało: „Jakie są doświadczenia i perspektywy rodziców, którzy uczestniczyli w terapii Palin PCI ze swoimi dziećmi?”.

Procedura badawcza i przebieg badania

W badaniu wzięło udział dziesięcioro rodziców (5 kobiet, 5 mężczyzn) w wieku od 33 do 47 lat, mających osobiste doświadczenia z terapią Palin PCI wraz ze swoimi dziećmi. Informacje demograficzne zostały przedstawione w tabeli 1.

Tabela 1. Dane demograficzne uczestników badania ($n = 10$)

Kod uczestnika	Płeć	Wiek*	Czas od zakończenia terapii**
P1	Kobieta	33	5
P2	Mężczyzna	37	5
P3	Kobieta	41	12
P4	Mężczyzna	47	12
P5	Kobieta	36	48
P6	Mężczyzna	39	48
P7	Kobieta	37	12
P8	Mężczyzna	40	12
P9	Kobieta	37	6
P10	Mężczyzna	39	6

* Wiek uczestników podano w latach.

** Czas od zakończenia terapii podano w miesiącach.

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania.

W celu poznania doświadczeń uczestników zastosowano metodę jakościową – częściowo ustrukturyzowane wywiady z rodzicami, którzy dzielili się swoimi doświadczeniami terapeutycznymi. Wywiady koncentrowały się na doświadczeniach związanych z pojawieniem się jąkania, poszukiwaniach pomocy oraz udziale w terapii Palin PCI. Częściowo ustrukturyzowany format zapewnił spójność wywiadów, a jednocześnie umożliwił eksplorację indywidualnych historii uczestników. Wywiady trwały od 55 do 90 minut i były nagrywane przez ZOOM. Pozyskane dane przeanalizowano przy użyciu Refleksyjnej Analizy Tematycznej, zgodnie z sześciostopniowym protokołem zaproponowanym przez Virginię Braun i Victorię Clarke [2006; 2018]. Analiza ta zakłada elastyczne podejście do kodowania i tworzenia tematów, skupiając się na interpretacji znaczeń oraz aktywnej roli badaczy w procesie analitycznym. Miała ona charakter refleksyjny – badaczki były świadome własnych założeń i doświadczeń oraz aktywnie uczestniczyły w interpretacji danych.

Proces analityczny przebiegał w następujących etapach:

- 1) zapoznanie się z danymi – pierwsza autorka dokonała transkrypcji nagrań, a następnie wielokrotnej, pogłębionej lektury materiału, co pozwoliło na wstępną identyfikację obszarów znaczeniowych;
- 2) generowanie kodów otwartych i skoncentrowanych – na tym etapie wdrożono kodowanie otwarte, a następnie skoncentrowane, wyodrębniając istotne

fragmenty tekstu; praca ta była realizowana w ścisłej współpracy pierwszej i czwartej autorki;

- 3) poszukiwanie tematów – na podstawie wzorców między kodami skoncentrowanymi sformułowano wstępne tematy; w tym etapie aktywnie uczestniczyły także pozostałe członkinie zespołu badawczego;
- 4) weryfikacja tematów – oceniano spójność i trafność tematów względem całości zebranego materiału, wprowadzając korekty;
- 5) definiowanie i nazywanie tematów – każdemu tematowi nadano nazwę oddającą jego treść oraz jasno określono granice znaczeniowe, przyporządkowując stosowne podtematy.

Wstępny raport z badania został zaprezentowany podczas konferencji International Conference on Stuttering (5. edycja) w Rzymie w październiku 2024 roku. W trakcie prezentacji autorki otrzymały konstruktywne informacje zwrotne od przedstawicielek ośrodka, w którym opracowano metodę Palin PCI – Elaine Kelman oraz dr Sharon Millard. W celu zwiększenia rzetelności i trafności interpretacji wyników pierwsza i czwarta autorka zorganizowały spotkanie walidacyjne. Odbyło się ono za pośrednictwem platformy ZOOM, a jego uczestnikami byli rodzice biorący udział w głównym etapie badania. Podczas spotkania uczestnicy zapoznali się ze szczegółowymi wynikami analizy tematycznej i zostali poproszeni o odniesienie się do zaprezentowanych treści. Ich reakcje były jednoznacznie pozytywne – podkreślali wysoką rozpoznawalność przedstawionych wniosków w kontekście własnych doświadczeń oraz fakt, że przytoczone cytaty odzwierciedlają ich przeżycia. Zwracali też uwagę na transformujący wpływ terapii, zarówno na postrzeganie jąkania, jak i na osobisty rozwój.

Wyniki Refleksyjnej Analizy Tematycznej

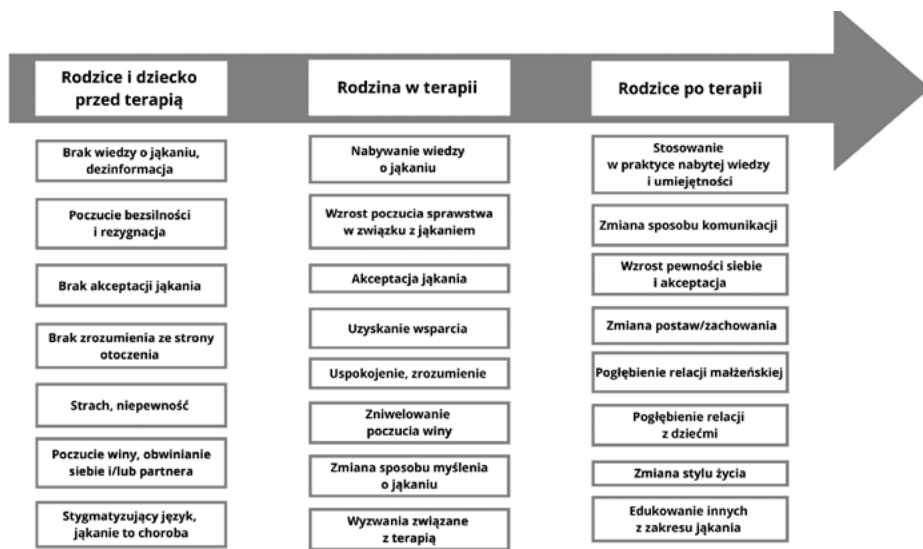
Refleksyjna Analiza Tematyczna pozwoliła na uchwycenie doświadczeń rodziców uczestniczących w terapii Palin PCI oraz na zidentyfikowanie procesów zmian zachodzących w czasie terapii. Analiza doprowadziła do wyłonienia trzech głównych tematów:

- 1) „Rodzice i dziecko przed terapią”;
- 2) „Rodzina w terapii”;
- 3) „Rodzice po terapii”.

Te tematy układają się w porządek linearny, który odzwierciedla drogę, jaką przeszły rodziny uczestniczące w terapii. Początkowo uwaga rodziców koncentrowała się niemal wyłącznie na dziecku – na jego trudnościach, potrzebie interwencji, poprawie mowy. Dzięki zaangażowaniu w terapię rodzice dostrzegli rolę całej rodziny, w tym siebie jako aktywnych uczestników zmiany. W końcowej fazie rodzice zauważyli też, że to oni stali się głównymi beneficjentami terapii, a zmiany, które zaszły w nich

samych, przyniosły korzyści również ich dzieciom. Wskazuje to na systemowy charakter terapii i jej transformujący potencjał.

Po ponownej analizie danych do trzech głównych tematów przyporządkowano 23 podtematy, przedstawione na wykresie 1.



Wykres 1. Tematy główne wraz z podtematami

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania.

Temat I: „Rodzice i dziecko przed terapią”

Przed rozpoczęciem terapii rodzice doświadczali silnego obciążenia emocjonalnego oraz poczucia izolacji, wynikających z braku rzetelnych informacji, lęku, poczucia winy i społecznej stygmatyzacji. Emocje te wpływały na funkcjonowanie całej rodziny, potęgując poczucie bezradności i zagubienia wobec trudnego do zrozumienia zjawiska. Wielu uczestników przyznawało, że początkowo postrzegało jąkanie jako poważne zaburzenie lub chorobę. Brak wiedzy prowadził do dezorientacji i poczucia bezsilności, a także trudności w udzielaniu dziecku odpowiedniego wsparcia. Niektórzy rodzice opisywali wewnętrzne napięcia w rodzinie, wynikające ze wzajemnych oskarżeń i poczucia winy, szczególnie w kontekście codziennych relacji i podziału obowiązków wychowawczych. Relacje te oraz wybrane przykłady przedstawione w tabeli 1 ukazują skalę emocjonalnych i poznawczych trudności, podkreślając potrzebę wsparcia oraz jasnych, rzetelnych informacji na temat jąkania i sposobów reagowania na nie.

Tabela 2. Temat główny I: „Rodzice i dziecko przed terapią”

Podtematy	Wybrane przykładowe wypowiedzi uczestników
Brak wiedzy o jękananiu, dezinformacja	„ Nie wiedziałam nic o jękananiu. Informacje, które gdzieś znajdowałam [...] były zupełnie różne.”
Poczucie bezsilności i rezygnacji	„ Czułam bezsilność, nie wiedziałam [...] gdzie szukać pomocy.”
Brak akceptacji jękania	„ Kompletnie tego nie akceptowaliśmy. Jak synek zaczął się jąkać, to od razu zaczęliśmy go poprawiać, dokańczaliśmy za niego zdania, mówiliśmy, żeby się uspokoił, wziął oddech. [...] im więcej zaczęliśmy to robić, on bardziej zamykał się w sobie.”
Brak zrozumienia ze strony otoczenia	„Moi rodzice nie rozumieli, czemu syn tak mówi. Nie rozumieli jękania, nie wiedzieli, co robić, ciągle mu przerywali, poprawiali, albo mówili, że powinien się uspokoić.”
Strach i niepewność	„ Czuliśmy ogromny strach i niepewność na pewno. Powiem nawet, że takie przerażenie. Byliśmy wrogo nastawieni do jękania.”
Poczucie winy, obwinianie siebie i/lub partnera	„ Ja obwinałam męża, później siebie, on obwinił mnie i też siebie i tak w kółko. Ciągle myśleliśmy, że to jest moja albo jego wina. Szczególnie ja tak myślałam [...], bo spędzam z dziećmi więcej czasu [...].”
Stygmatyzujący język, jękanie to choroba	„Dla nas to był taki, można powiedzieć, horror, że on inaczej mówi, że on będzie chory. ”

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania.

Doświadczenia rodziców przed terapią były czasem dezorientacji, silnych emocji i braku dostępu do rzetelnych informacji o jękananiu. Ich wypowiedzi ukazują rodzicielską potrzebę działania i jednoczesną bezsilność wynikającą z nieznamościami zjawiska jękania.

Emocjonalny ciężar tych przeżyć skłaniał ich do zaangażowania w terapię.

Temat II: „Rodzina w terapii”

Drugi główny temat odzwierciedla przemiany, jakie zaszły u rodziców w trakcie procesu terapeutycznego. Terapia przyniosła rodzicom rzetelną wiedzę o jękananiu, zwiększając ich pewność siebie, poczucie sprawstwa i umiejętność wspierania dziecka na co dzień. Kluczowa była zmiana nastawienia – od chęci „naprawienia” jękania do akceptacji i budowania pewności siebie dziecka. Dzięki lepszemu rozumieniu i otrzymywaniu spójnych informacji wielu rodziców zaczęło stopniowo uwalniać się od poczucia winy, które wcześniej było dominującym doświadczeniem. W wypowiedziach pojawiał się także silny akcent dotyczący znaczenia relacji z terapeutami oraz wsparcia emocjonalnego – pozwoliły im one uwolnić się od poczucia winy i postrzegać jękanie nie jako deficyt, a jako element tożsamości dziecka, który nie definiuje go w całości. W efekcie terapia była nie tylko źródłem wiedzy, ale też przestrzenią do emocjonalnej przemiany i rozwoju umiejętności wychowawczych.

Przykłady przytoczone w tabeli 3 ilustrują, jak głęboka była ta zmiana – zarówno w postrzeganiu jękania, jak i w relacjach rodzinnych oraz codziennym funkcjonowaniu rodziców.

Tabela 3. Temat główny II: „Rodzina w terapii”

Podtematy	Wybrane przykładowe wypowiedzi uczestników
Nabywanie wiedzy o jękananiu	„Dowiedzieliśmy się, czym tak naprawdę jest jękanie, jak mamy sobie z nim radzić, jak możemy pomóc swojemu dziecku, że jękanie to nie jest żadna choroba, można z nim żyć i że to jest normalny człowiek, tylko to jest inny styl mówienia.”
Wzrost poczucia sprawstwa w związku jękananiem	„Najważniejsze jest dla mnie to, że już wiem, co robić. Wiem, jak pomóc swojemu dziecku, nie muszę już działać po omacku, a to daje mi spokój i siłę.”
Akceptacja jękania	„Terapia uświadomiła nam, że najważniejsza jest akceptacja siebie, swojego dziecka.”
Uzyskanie wsparcia	„Na terapii pierwszy raz poczułam się zrozumiana i wysłuchana. Mogłam powiedzieć, co czuję i o wszystko zapytać, to było dla mnie bardzo ważne. Potrzebowałam tego.”
Uspokojenie i zrozumienie	„Duży spokój na pewno w naszym domu zapanował po tych spotkaniach. Zaczęliśmy rozumieć, o co chodzi w jękananiu, wszystko, co wynieśliśmy po każdym spotkaniu, zdecydowanie nas uspokaja. Ten spokój pomaga, jest podstawą wszystkiego [...]”
Zniwelowanie poczucia winy	„Nie obwinialiśmy się już wspólnie z mężem, czy to jest moja wina, czy to jest jego wina. Zrozumieliśmy, że to nie jest nasza wina, tylko że po prostu synek się taki urodził i trzeba go zaakceptować. I że to nie jest choroba, tylko trzeba z tym po prostu żyć.”
Zmiana sposobu myślenia o jękananiu	„Terapia tak, bardzo nam pomogła, otworzyła nam oczy, co to tak naprawdę jest jękanie, jak mamy sobie z nim radzić, jak możemy pomóc swojemu dziecku, że jękanie to nie jest żadna choroba, można z nim żyć i że to jest normalny człowiek, tylko ma inny styl mówienia.”
Wyzwania związane z terapią	„Pierwsze spotkanie było trudne, bo cały czas miałam nadzieję, że może to całe jękanie mu przejdzie, a tam uświadomiono mi, że wcale tak nie musi być. Zobaczyłam też, jak wiele jeszcze jest pracy przed nami, jak wiele powinnam zmienić w naszym życiu.”

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania.

Wypowiedzi rodziców świadczą o przemianie z pozycji biernych odbiorców porad udzielanych przez specjalistów w aktywnych uczestników procesu terapeutycznego. Ich narracje wskazują na to, że centralnym doświadczeniem terapii była zmiana sposobu myślenia – nie tylko o jękananiu, ale i o sobie jako rodzicu, o relacji z dzieckiem oraz o potrzebie akceptacji.

Temat III: „Rodzice po terapii”

Jednym z kluczowych efektów terapii było wykorzystanie przez rodziców zdobytej wiedzy i umiejętności w codziennym życiu oraz zmiana stylu komunikacji z nastawieniem na bardziej otwarte i empatyczne relacje. Zyskali pewność siebie, samoakceptację oraz większą odporność na wyzwania, co pogłębiło więzi rodzinne. Pozytywne zmiany zauważono także w relacjach z krewnymi i przyjaciółmi, którzy zaczęli kłaść większy nacisk na interakcje pełne akceptacji i życzliwości. Niektóre rodziny zmieniły styl

życia, dążąc do większej harmonii i uporządkowania, a inne zaangażowały się w edukację społeczeństwa na temat jąkania, przeciwdziałając stereotypom w swoim otoczeniu. Efekty terapii wykroczyły poza jej formalny czas. Wypowiedzi rodziców pokazują trwałą zmianę w ich stylu życia, komunikacji i relacjach rodzinnych, a także poczucie osobistego rozwoju i sprawczości.

Przykłady wypowiedzi zamieszczone w tabeli 4 podkreślają dalekosiężne korzyści płynące z terapii, wskazując, że miała ona znacznie szerszy wpływ niż tylko na kwestie związane z jąkaniem.

Tabela 4. Temat główny III: „Rodzice po terapii”

Podtematy	Wybrane przykładowe wypowiedzi uczestników
Stosowanie w praktyce nabytej wiedzy i umiejętności	„Tak naprawdę nauczylśmy się siebie nawzajem, dziecko–rodzic i rodzic–dziecko, tak żeby nam się dobrze współpracowało i żyło.”
Zmiana sposobu komunikacji	„[...] to zmieniliśmy styl komunikacji w naszej rodzinie, między mną a mężem, między mną a dziećmi. Fajnie nam się teraz współpracuje, bo wsłuchujemy się w siebie, co kto chce powiedzieć, jakie ma emocje. Słuchamy jeden drugiego, nie przekrzykujemy się, jak to było wcześniej [...]”
Wzrost pewności siebie i akceptacja	„Terapia zmieniła moje myślenie o samej sobie, zaakceptowałam siebie, zrozumiałam siebie, przez co i moje zachowanie się zmieniło. Wszystko się polepszyło.”
Zmiana postaw/zachowania	„Postawa, jaką zrozumiałem i staram się stosować najczęściej, jak się da, to pozwolić zagrać w zasady gry dzieci. Czasem one są po prostu nieracjonalne, pozbawione sensu, ale właśnie tam, gdzie tego racjonalizmu ja szukam albo dorosły szuka, czasami nie powinno się tego robić, tylko być tu i teraz.”
Pogłębienie relacji małżeńskiej	„Zaczęliśmy chodzić na randki! Zrozumiałam, że my też jesteśmy ważni i musimy o siebie dbać, bo te nasze maluchy kiedyś się wyprowadzą, a my zostaniemy. Musimy pielęgnować naszą miłość. Zaczęłam ładniej mówić do męża.”
Pogłębienie relacji z dziećmi	„Myślę, że gdyby każda mama i tata poznali chociaż część tego, co my podczas terapii, to świat byłby bogatszy o wiele szczęśliwych rodzin.”
Zmiana stylu życia	„Zmieniliśmy nasze życie, wszystko stało się spokojniejsze, wprowadziliśmy harmonię, rytm dnia i zwolniliśmy. [...] i nagle okazało się, że prawie wszystko staje się łatwiejsze.”
Edukowanie innych z zakresu jąkania	„Cała nasza rodzina się zmieniła. Zaczęliśmy ze sobą rozmawiać, słuchać się nawzajem i to nie tylko w naszym wąskim gronie, dotyczy to też dziadków, wujostwa, naszych przyjaciół.”

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania.

Rodzice nie tylko zintegrowali zdobytą wiedzę i narzędzia w swojej codzienności, ale również stali się ambasadorami zmiany – niektórzy z nich wyrażali gotowość do edukowania innych i dzielenia się swoimi doświadczeniami, co świadczy o ich wewnętrznej przemianie oraz poczuciu kompetencji i siły.

Trzy wyodrębnione tematy ukazują spójny proces zmiany: od niepokoju i bezradności, przez zrozumienie, po transformację osobistą i rodzinną. Choć początkowo terapia miała pomóc przede wszystkim dziecku, największą zmianę odczuli sami rodzice – jako ludzie i partnerzy.

Dyskusja

Uzyskane wyniki są spójne z doniesieniami innych badaczy i potwierdzają, że terapia Palin PCI wpływa nie tylko na dzieci, ale przede wszystkim na rodziców i rodzinę. Uczestnicy badania zyskali wiedzę, która pozwala im zmienić sposób postrzegania jąkania, zrozumieć i zaakceptować je jako naturalny, choć wymagający, element życia dziecka, co zredukowało lęk, poczucie winy i wzmocniło ich kompetencje. Dzięki terapii rodzice działają bardziej świadomie, wspierając akceptację dziecka zamiast prób „naprawiania” jego mowy. Wyniki te są zgodne z doniesieniami z badań Sharon Millard i współpracowników [2008; 2009], które podkreślają pozytywny wpływ terapii Palin PCI na wzmacnianie kompetencji rodzicielskich, zwiększenie poczucia sprawstwa oraz tworzenie sprzyjających warunków komunikacyjnych w domu. Jednocześnie zmniejsza ona poczucie winy, które często towarzyszy opiekunom jękających się dzieci. Również badania Ali Berquez i Elaine Kelman [2018] potwierdziły, że dostęp do profesjonalnych konsultacji i rzetelnych informacji pomaga rodzicom lepiej radzić sobie z lękiem oraz niepewnością. Z kolei wyniki badania Sharon Millard, Patricii Zebrowski i Elaine Kelman [2018] pokazały, że terapia ta wzmacnia ich pewność w pracy nad jękaniem i zmniejsza niepokój związany z mową dziecka. Rodzice podkreślali nie tylko przemiany w relacji z dzieckiem, ale również w całym systemie rodzinnym, w tym poprawę komunikacji, więzi małżeńskich i relacji z otoczeniem. Terapia wpłynęła także na ich styl życia, czyniąc go bardziej harmonijnym i spokojnym. Wyniki tego badania pokazują, że rodzice są istotnymi uczestnikami, współtwórcami terapii, a skuteczna interwencja powinna uwzględniać także ich potrzeby emocjonalne, poznawcze i relacyjne, które wpływają na dobrostan dziecka.

Wyniki niniejszego badania wskazują na długofalowy wpływ terapii Palin PCI, który wykracza poza aspekt mowy. Rodzice zyskują narzędzia wspierania dziecka oraz przechodzą osobistą i relacyjną transformację, wzmacniając swoje role rodzicielskie, partnerskie i rodzinne. Ich zaangażowanie przynosi wymierne i trwałe korzyści dla całego systemu rodzinnego. Jąkanie, jako zjawisko dynamiczne i złożone, wymaga podejścia opartego na relacjach, elastyczności i zrozumieniu. Terapia Palin PCI wydaje się odpowiadać na te potrzeby w sposób kompleksowy, oferując stabilne wsparcie w przyszłości, niezależnie od dalszego przebiegu jąkania. Badanie zachęca do kontynuowania refleksji nad systemowym, relacyjnym i transformacyjnym potencjałem terapii z aktywnym udziałem rodziny.

Implikacje dla praktyki

Ustalenia z tego badania wskazują na potrzebę zmian w edukacji i praktyce logopedycznej w Polsce, szczególnie w zakresie upowszechniania terapii opartych na dowodach naukowych [Krzeszewska, 2021]. Wielu logopedów i edukatorów nie zna podejść takich jak Palin PCI, co ogranicza wsparcie dla dzieci jąkających się i ich rodzin [Węsierska, 2012]. Również rodzice mają utrudniony dostęp do rzetelnych informacji o jąkaniu, co pogłębia ich poczucie zagubienia i bezradności [Węsierska, 2013b]. Udoskonalenie programów kształcenia logopedów oraz promowanie podejść terapeutycznych opartych na dowodach może poprawić jakość wsparcia. Istotne jest również zapewnienie rodzicom łatwiejszego dostępu do zasobów edukacyjnych – warsztatów, grup wsparcia i materiałów psychoedukacyjnych, które zmniejszają poczucie izolacji. Badanie podkreśla kluczowe znaczenie włączania rodziców w proces terapeutyczny – ich zaangażowanie wpływa pozytywnie nie tylko na rozwój dziecka, ale również na poprawę funkcjonowania całej rodziny. Terapie skoncentrowane na rodzinie, takie jak Palin PCI, mają potencjał do przynoszenia trwałych korzyści w zakresie komunikacji, relacji emocjonalnych oraz ogólnego dobrostanu wszystkich członków rodziny. W świetle uzyskanych danych warto promować model wczesnej interwencji oraz integracji komponentów edukacyjnych i systemowych w procesie terapeutycznym. Takie podejście może przyczynić się do poprawy długoterminowych efektów wsparcia, zarówno dla dzieci jąkających się, jak i ich bliskich. Budowanie świadomości, wzmacnianie kompetencji rodzicielskich i tworzenie przestrzeni do otwartej komunikacji stanowią fundamenty skutecznej i trwałej pomocy.

Literatura

- Berquez A., Kelman E., 2018, *Methods in stuttering therapy for desensitizing parents of children who stutter*, „American Journal of Speech-Language Pathology”, vol. 27(3S), s. 1124–1138.
- Boroń A., Węsierska K., Agius J., 2020, *Wczesna interwencja w jąkaniu na świecie w świetle wyników międzynarodowego sondażu diagnostycznego*, [w:] K. Węsierska, M. Witkowski (red.), *Zaburzenia płynności mowy – teoria i praktyka*, t. 2, Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, s. 133–151.
- Braun V., Clarke V., 2006, *Using thematic analysis in psychology*, „Qualitative Research in Psychology”, vol. 3(2), s. 77–101.
- Braun V., Clarke V., 2018, *Using thematic analysis in counselling and psychotherapy research: A critical reflection*, „Counselling and Psychotherapy Research”, vol. 18(2), s. 107–110.
- Deckert-Brzezińska A., Brzeziński K., 2022, *Palin PCI – terapia interakcyjna rodzic-dziecko dla jąkających się dzieci w praktyce – studium przypadku*, „Forum Lingwistyczne”, nr 10, s. 1–19.
- Eggers K., Millard S., Yaruss S., 2023, *Considering commonalities in stuttering treatment*, [w:] K. Eggers, M. Leahy (red.), *Clinical Cases in Fluency Disorders*, London: Routledge, s. 21–31.

- Franken M.-C., Millard S., Hearne A., 2022, *Treatment of Stuttering: Preschool-Age Children*, [w:] P.M. Zebrowski, J.D. Anderson, E.G. Conture (red.), *Stuttering and Related Disorders of Fluency*, New York: Thieme, s. 153–173.
- Kelman E., Nicholas A., 2013, *Praktyczna interwencja w jąkaniu wczesnodziecięcym*, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia.
- Kelman E., Nicholas A., 2020, *Practical Intervention for Early Childhood Stammering: Palin PCI Approach*, London: Speechmark Publishing Ltd.
- Krzyszewska P., 2021, *Praktyka oparta na dowodach w postępowaniu logopedycznym*, „Logopedia”, t. 49, nr 2, s. 233–248.
- Michalczyk A., 2023, *Studium przypadku czteroletniego chłopca z jąkaniem*, „Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis. Studia Logopaedica”, t. 7(389), s. 71–85.
- Millard S.K., Davis S., 2016, *The Palin Parent Rating Scales: Measuring stuttering from parents' perspectives*, „Journal of Speech, Language and Hearing Research”, vol. 59(5), s. 950–963.
- Millard S.K., Edwards S., Cook F., 2009, *Parent-child interaction therapy: Adding to the evidence*, „International Journal of Speech & Language Pathology”, vol. 11(1), s. 61–76.
- Millard S.K., Nicholas A., Cook F.M., 2008, *Is Parent-Child Interaction Therapy Effective in Reducing Stuttering?*, „Journal of Speech, Language and Hearing Research”, vol. 51(3), s. 636–650.
- Millard S.K., Zebrowski P., Kelman E., 2018, *Palin Parent-Child Interaction Therapy: The Bigger Picture*, „American Journal of Speech-Language Pathology”, vol. 27(3S), s. 1211–1223.
- Smith A., Weber C., 2017, *How stuttering develops: The multifactorial dynamic pathways theory*, „Journal of Speech, Language, and Hearing Research”, vol. 60(9), s. 2483–2505.
- Węsierska K., 2012, *Logopedzi wobec diagnozy i terapii jąkania wczesnodziecięcego*, [w:] A. Podstolec, K. Węsierska (red.), *W świecie logopedii. Materiały dydaktyczne*, t. 1, Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego – Agencja Artystyczna PARA, s. 211–236.
- Węsierska K., 2013a, *Badanie wpływu zastosowania podejścia Palin PCI w terapii jąkania u polskojęzycznego dziecka – studium indywidualnego przypadku*, [w:] M. Michalik, A. Siudak, H. Pawłowska-Jaroń (red.), *Interakcyjne uwarunkowania rozwoju i zaburzeń mowy. Nowa Logopedia*, t. 4, Kraków: Collegium Columbinum, s. 295–316.
- Węsierska K., 2013b, *Udział rodziców w procesie interwencji logopedycznej w jąkaniu u małych dzieci*, [w:] A. Sobczak, D. Müller (red.), *Rozwój i jego wspieranie w perspektywie rehabilitacji i resocjalizacji*, Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, s. 11–21.
- Yairi E., Ambrose N.G., 2020, *Epidemiologia jąkania – postępy w badaniach naukowych w XXI wieku*, [w:] K. Węsierska, M. Witkowski (red.), *Zaburzenia płynności mowy – teoria i praktyka*, t. 2, Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, s. 51–98.
- Yaruss J.S., Coleman C.E., Quesal R.W., 2012, *Stuttering in school-age children: A comprehensive approach to treatment*, „Language, Speech, and Hearing Services in Schools”, vol. 43(4), s. 536–548.

Anna Starczewska  <https://orcid.org/0009-0000-2477-8157>

Fundacja Centrum Logopedyczne, ul. Bażantów 35–37, 40–668 Katowice, e-mail: astarczewska@fcl.org.pl

Kamila Kuros-Kowalska  <https://orcid.org/0000-0002-3618-4927>

Uniwersytet Śląski, ul. Uniwersytecka 4, 40-007 Katowice, e-mail: kamila.kuros-kowalska@us.edu.pl

Wpływ Europejskiej Specjalizacji Jąkania (ESS) na kompetencje terapeutyczne logopedy na podstawie opinii polskich uczestniczek kursu

The Impact of the European Stuttering Specialization (ESS) on the Therapeutic Competences of Speech Language Therapists Based on the Opinions of Polish Course Participants

Słowa kluczowe: Europejska Specjalizacja Jąkania (ESS), kompetencje terapeutyczne, terapia osób jękających się

Keywords: European Stuttering Specialization (ESS), therapeutic skills, stuttering therapy

Streszczenie

W artykule poddano analizie wpływ Europejskiej Specjalizacji Jąkania (*European Stuttering Specialization* – ESS) na rozwój kompetencji logopedów w terapii jąkania. Celem badania było określenie, w jaki sposób specjalistyczne kursy, takie jak ESS, wpływają na przygotowanie logopedów do pracy z osobami doświadczającymi jąkania, zarówno w zakresie wiedzy teoretycznej, jak i praktycznych umiejętności terapeutycznych. W badaniu zastosowano metodę jakościową – częściowo skategoryzowane wywiady, przeprowadzone z sześcioma polskimi uczestniczkami kursu ESS, które miały zróżnicowane doświadczenie zawodowe. Wywiady koncentrowały się na doświadczeniach respondentek związanych z kształceniem oraz na ich postrzeganiu skuteczności zdobytych kompetencji w praktyce zawodowej. Wyniki

Funding information: A.S. – Fundacja Centrum Logopedyczne, Katowice; K.K.-K. – Uniwersytet Śląski w Katowicach.

The percentage share of the Authors in the preparation of the work is: A.S. – 50.00%, K.K.-K. – 50.00%.

Declaration regarding the use of GAI tools: Not used.

Conflicts of interests: None.

Ethical considerations: The Authors assure of no violations of publication ethics and take full responsibility for the content of the publication.

Received: 2025.02.14. Accepted: 2025.04.24.

analiz opinii wskazują, że uczestnictwo w kursie ESS znacząco podnosi umiejętności diagnostyczne i terapeutyczne logopedów, szczególnie w obszarze indywidualizacji terapii oraz pracy z osobami i rodzinami o różnych potrzebach.

Abstract

The article analyses the impact of the European Stuttering Specialization (ESS) on the development of speech therapists' competencies in stuttering therapy. The aim of the study was to determine how specialised courses, such as ESS, enhance the preparation of speech therapists for working with individuals experiencing stuttering, both in terms of theoretical knowledge and practical therapeutic skills. The study employed a qualitative method – a partially categorized interview – conducted with six Polish participants of the ESS course, who had diverse professional experience. The interviews focused on the respondents' experiences related to education and their perception of the effectiveness of the acquired competences in professional practice. Outcomes of opinion analysis indicate that participation in the ESS course significantly improves the diagnostic and therapeutic skills of speech therapists, especially in the area of individualization of therapy and working with individuals and families with different needs.

Wprowadzenie

Badania nad terapią jąkania potwierdzają jej ogólną skuteczność, ale wskazują również, że nie istnieje jedno podejście, które byłoby wyraźnie lepsze od innych [Herder i in., 2006; De Sonnevile-Koedoot i in., 2015]. Zjawisko to, znane w psychologii jako „efekt ptaka dodo”, sugeruje, że różne terapie dają podobne wyniki, a ich skuteczność zależy bardziej od wspólnych elementów niż od specyficznych technik [Tallman, Bohart, 2004]. Istotnymi czynnikami wspólnymi w terapii jąkania są relacja terapeutyczna, sojusz terapeutyczny oraz indywidualne podejście do osoby doświadczającej jąkania [Zebrowski, 2007]. Wprowadzenie modelu czynników wspólnych podkreśla znaczenie relacji klient–terapeuta w procesie terapeutycznym, co stanowi podstawę skutecznej pracy balbutologopedy. Z kolei Laura W. Plexico, Walter H. Manning i Anthony DiLollo [2010] zauważyli, że w udanych interakcjach terapeutycznych kluczowe były: zrozumienie doświadczenia jąkania, pozytywny sojusz terapeutyczny i wiedza na temat jąkania. Te obserwacje wsparły przejście od modelu medycznego, skupionego na technikach terapeutycznych, do modelu czynników wspólnych, który podkreśla znaczenie relacji klient–terapeuta oraz struktury terapii [Wampold, 2010]. W modelu kontekstualnym dodatkowo integruje się relacyjne i specyficzne elementy terapii, takie jak cele i działania terapeutyczne [Budge, Wampold, 2015; Wampold, Imel, 2015].

Dostosowywanie terapii do indywidualnych potrzeb osoby doświadczającej jąkania jest jednym z największych wyzwań stojących przed balbutologopedą, ale zarazem warunkiem koniecznym do osiągnięcia satysfakcjonujących wyników terapii [Yaruss, 2003].

Logopedzi często koncentrują się na tym, czego im brakuje lub czego nie potrafią, nie przykładając uwagi do umiejętności, które już posiadają. Powoduje to niechęć do podejmowania pracy z osobami doświadczającymi jąkania. Okazuje się, że cechy osobowe terapeuty czy jakość relacji terapeutycznej mogą determinować skuteczność terapii nawet do 22% [Wampold, 2001]. W nawiązaniu i utrzymaniu relacji terapeutycznej wskazane są takie umiejętności, jak: uważna obserwacja, aktywne słuchanie, parafraza, klaryfikacja, odpowiednie stawianie pytań, umiejętność znajdowania i nazywania mocnych stron u siebie i osoby szukającej pomocy, udzielanie konstruktywnych informacji zwrotnych [Solecka-Głodek, 2020].

Zintegrowanie praktyki opartej na dowodach wraz z rozwijaniem umiejętności krytycznego myślenia jest podstawą stawania się efektywnym specjalistą [Eggers, 2021]. Wymaga to intensywnej analizy i autorefleksji nad własnym schematem postępowania terapeutycznego oraz w niektórych przypadkach przyznania, że coś, co uznaliśmy początkowo za skuteczne, może nie być odpowiednim wyborem. Krytyczny terapeuta stale poddaje ocenie swoje przekonania i praktyki. Możliwą formą pomocy w ocenie własnej pracy specjalistów, w tym logopedów, jest superwizja. Stanowi ona formę profesjonalnego wsparcia oraz nadzoru własnej pracy, co umożliwia doskonalenie kompetencji specjalistów poprzez systematyczne konsultacje [Mańkowska, 2020]. Otrzymywanie informacji zwrotnych na temat podejmowanych działań diagnostycznych i terapeutycznych to istotny element doskonalenia pracy balbuto-logopedy. Krytyczne podejście do własnej praktyki terapeutycznej wiąże się z nieustannym poszerzaniem wiedzy i doskonaleniem umiejętności zawodowych, m.in. poprzez udział w szkoleniach, warsztatach czy konferencjach logopedycznych, lekturę aktualnych badań naukowych i konsultacje z innymi terapeutami.

Europejska Specjalizacja Jąkania

Europejska Specjalizacja Jąkania (*European Stuttering Specialization – ESS*), dawniej Europejska Kliniczna Specjalizacja Zaburzeń Płynności Mowy (*The European Clinical Specialization on Fluency Disorders – ECSF*)¹, jest od 2008 roku corocznie realizowanym projektem, którego zamierzeniem jest wypracowanie harmonijnych standardów kształcenia europejskich logopedów – specjalistów w tej dziedzinie [Eggers, Leahy, 2011]. Ten roczny kurs specjalizacyjny przeznaczony jest dla logopedów zarówno z Unii Europejskiej, jak i spoza niej. Jego uczestnikami mogą być dyplomowani logopedzi zajmujący się w swojej praktyce logopedycznej terapią jąkania. Kurs ten składa się z dwóch głównych komponentów nauczania – zdobywania wiedzy teoretycznej oraz doskonalenia umiejętności praktycznych. Nauczanie i uczenie

1 W roku 2023 nastąpiła zmiana nazwy, zgodnie z ogólnościowym trendem. Coraz częściej kwestionowane jest bowiem używanie terminów jak „płynność” czy „zaburzenie płynności” [Tichenor, Constantino, Yaruss, 2022].

się treści kursu jest zorganizowane tak, aby studenci zdobywali wiedzę poprzez tradycyjne wykłady, dyskusje w małych grupach, pracę projektową, zadania pisemne, indywidualny coaching oraz indywidualną naukę i refleksję.

Program ESS (zob. tab. 1) składa się z dwóch intensywnych tygodni wykładowo-warsztatowych w dwóch różnych europejskich ośrodkach akademickich – pierwszy odbywa się na początku kursu, we wrześniu, a kolejny w drugiej połowie roku. Nauczanie połączone jest z czterema spotkaniami konsultacyjnymi z coachem wyznaczonym przez ESS, który pomaga uczestnikom w rozwijaniu i wzmacnianiu kompetencji autorefleksji oraz udziela porad i wskazówek w procesie tworzenia portfolio. Studenci po pierwszym intensywnym tygodniu w kraju swojego pochodzenia mają również możliwość indywidualnych superwizji z mentorem (zaaprobowanym przez ESS starszym specjalistą jåkania). Integralną częścią nauczania są lektury, prace domowe oraz dostęp do platformy e-learningowej. Kolejną formą kształcenia jest praktyka logopedyczna nadzorowana przez superwizora w minimalnym wymiarze 120 godzin, odbywana w dowolnie wybranym przez studenta miejscu [Leahy i in., 2014; Węsierska, 2015; Eggers, 2021].

Tabela 1. Przegląd programu Europejskiej Specjalizacji Jåkania

Faza	Komponenty		Miejsce odbywania zajęć
Faza 0	Zapisy studentów, ewaluacja wiedzy poprzez test wielokrotnego wyboru oraz zalecaną literaturę		Kraj pochodzenia uczestnika
Faza 1	Przygotowująca lektura i zadania domowe przed intensywnym tygodniem 1		Jeden z ośrodków partnerskich ESS Consortium
	Intensywny tydzień 1 (wrzesień): kombinacja wykładów, warsztatów, odgrywania ról, prezentacji przypadków, dyskusji		
Faza 2	Zadania domowe: lektura teoretyczna, raportowanie, praca grupowa	Praktyka logopedyczna 1	Kraj pochodzenia uczestnika
	Coaching 1 i 2: krytyczna refleksja nt. wymaganych kompetencji		
Faza 3	Przygotowująca lektura i zadania domowe przed intensywnym tygodniem 2		
	Intensywny tydzień 2: kombinacja wykładów, warsztatów, odgrywania ról, prezentacji przypadków, dyskusji		Belgia
Faza 4	Zadania domowe: lektura teoretyczna, raportowanie, praca grupowa	Praktyka logopedyczna 2	Kraj pochodzenia uczestnika
	Coaching 3 i 4: krytyczna refleksja nt. wymaganych kompetencji		
Faza 5	Prezentacja przypadku, ewaluacja portfolio (maj/czerwiec) Drugi termin (sierpień/wrzesień)		

Źródło: Eggers, 2021.

Dotychczasowe badania dotyczące terapii jąkania skupiały się przede wszystkim na ocenie efektywności poszczególnych metod terapeutycznych, natomiast w niewystarczającym stopniu podejmowały zagadnienia związane z kompetencjami logopedów oraz znaczeniem specjalistycznych kursów doskonalących w kontekście ich rozwoju zawodowego. Brak szczegółowych analiz w tym obszarze sprawia, że wciąż niewiele wiadomo na temat realnego oddziaływania programów, takich jak Europejska Specjalizacja Jąkania, na przygotowanie logopedów do pracy z osobami się jąkającymi. Opisane w artykule badanie ma na celu wypełnienie tej luki w polskojęzycznej literaturze.

Przebieg badania

Celem badania było eksplorowanie oraz analizowanie doświadczeń uczestniczek na temat tego, w jaki sposób specjalistyczne kursy, takie jak ESS, wpływają na przygotowanie logopedów do pracy z osobami doświadczającymi jąkania, zarówno w zakresie wiedzy teoretycznej, jak i praktycznych umiejętności terapeutycznych. Zastosowano metodę częściowo skategoryzowanego wywiadu jakościowego, przeprowadzonego z sześcioma polskimi uczestnikami Europejskiej Specjalizacji Jąkania. W celu zebrania opinii oraz osobistych doświadczeń badanych skonstruowano kwestionariusz wywiadu składający się z 18 pytań. Pytania miały charakter otwarty, a ich kolejność oraz forma były dostosowywane do przebiegu rozmowy z każdym z respondentów.

Grupę badawczą stanowiły logopedki aktywnie zajmujące się diagnozą i terapią jąkania. Wszystkie respondentki (zob. tab. 2) ukończyły kurs Europejskiej Specjalizacji Jąkania lub były w trakcie jego realizacji. W ramach badania przeprowadzono wywiady z trzema absolwentkami programu z lat 2016, 2019 i 2021 oraz z jedną absolwentką polskiego pochodzenia mieszkającą w Stanach Zjednoczonych, która ukończyła kurs w 2021 roku. Dwie pozostałe uczestniczki były w trakcie specjalizacji w momencie przeprowadzania badania. Wywiady dostarczyły informacji na temat przebiegu kształcenia, zdobytych kompetencji oraz subiektywnych odczuć związanych z udziałem w kursie ESS.

Pięć wywiadów przeprowadzono indywidualnie za pośrednictwem platformy Google Meet. Jedna z uczestniczek wypełniła kwestionariusz wywiadu w formie pisemnej ze względu na brak możliwości udziału w bezpośrednim spotkaniu. Formularz, który otrzymała, zawierał dokładnie ten sam zestaw pytań, jakie zostały wykorzystane podczas pozostałych wywiadów przeprowadzanych w formie ustnej. Aby dokonać analizy wpływu Europejskiej Specjalizacji Jąkania na rozwój kompetencji terapeutycznych specjalistów, poniżej wyodrębniono kilka istotnych części, z których każda odpowiada głównym zagadnieniom poruszonym w wywiadach z uczestnikami kursu.

Tabela 2. Grupa badawcza

Respondentka	Rok ukończenia ESS	Wykształcenie
R1	W trakcie	Filolog polski, neurologopeda
R2	2021	Filolog polski, rosyjski, neurologopeda, surdologopeda
R3	2019	Filolog polski, logopeda
R4	2016	Logopeda, neurologopeda
R5	W trakcie	Logopeda, neurologopeda, surdologopeda, pedagog specjalny
R6	2021	Logopeda

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań.

Kluczowe aspekty terapii jąkania

W odpowiedzi na pytanie dotyczące najważniejszych aspektów terapii tzw. zaburzeń płynności mowy, czyli jąkania i gielkotu, a także innych nie płynności, uczestniczki podkreślały, że decydujące znaczenie ma budowanie relacji terapeutycznej oraz zapewnienie bezpiecznej atmosfery podczas sesji. Jak zauważyła jedna z respondentek: „Najbardziej efektywne jest to, że my po prostu jesteśmy dla kogoś w tym gabinecie. Jesteśmy całkowicie skupieni na tym człowieku i to, że go słuchamy, bo wydaje mi się, że wtedy też zaangażowanie w terapię wzrasta”. Badane sygnalizowały konieczność indywidualnego podejścia do każdego klienta oraz aktywnego słuchania. Jedna z terapeutek dodała: „Trzeba być trochę takim przezroczystym, kameleonem. Zawsze trochę inaczej rozmawiam i się zachowuję w stosunku do każdego dziecka czy dorosłego. Staram się dostosować do jego potrzeb, a także zainteresowań”.

Realizacja celów klienta

W procesie terapeutycznym podstawą jest uwzględnienie celów określonych przez klienta. Respondentki zauważyły, że terapeuta powinien kierować się realistycznym podejściem i spokojem w wyborze działań terapeutycznych: „Kiedy dzwoni do nas klient i mówi, że się jąka, my od razu mamy milion pomysłów w głowie, co z nim zrobimy, a czego nie. Taka umiejętność, żeby dać sobie czas, zanim podejmie się jakąś decyzję diagnostyczną czy terapeutyczną, jest kluczowa”. Autentyczność terapeuty została wskazana jako jeden z czynników pomagających w budowaniu relacji: „Myślę, że może pomóc bycie autentycznym. To na pewno pomaga w tworzeniu relacji, jeśli terapeuta jest uczciwy, ma wyznaczone ramy w swojej pracy”. Jedna z respondentek dodała: „W pracy z klientem zawsze staram się podkreślać jego mocne strony i wspólnie ustalać realistyczne cele terapii”.

Najważniejsze cechy i umiejętności terapeuty

Respondentki wskazały zestaw cech interpersonalnych ważnych w pracy terapeutycznej, takich jak empatia, ciepło, otwartość i gotowość do pomocy. Jedna z uczestniczek stwierdziła: „Osoba, która zamierza się zajmować terapią zaburzeń płynności mowy, powinna być otwarta na ludzi. [...] Ludzie są naprawdę różni, mają różne doświadczenia, różny sposób funkcjonowania. Taka otwartość i akceptacja są naprawdę ważne”. Kolejna respondentka powiedziała: „Posiadanie takiego zaawansowanego zestawu umiejętności interpersonalnych, wycucie tego, co myślą i co czują inne osoby. Okazywanie im ciepła i akceptacji”. Wskazano także na to, że terapeuta: „Powinien być otwarty i kontaktowy, gdyż są to osoby często mocno skrzywdzone. Logopeda nie może być taki przezroczysty, pozbawiony emocji, nie może to być osoba, która nie potrafi zareagować emocjonalnie”. Empatia i ciepło były często wymieniane jako główne cechy terapeuty: „Jeśli ktoś przychodzi z jakąś trudnością, problemem, to on chciałby widzieć ciepłego, przyjaznego człowieka”. Inna badana zwróciła uwagę na znaczenie aktywnego słuchania: „Bardzo dużo trzeba też słuchać, być reaktywnym na to, co dziecko mówi i opowiada. Kiedy np. widzę, że zaczyna rozmawiać o czymś przykrym, to ja wchodzę w te emocje i staram mu się pokazać, że mnie też to zasmuciło”.

Istotne dla respondentek było też to, aby balbutologopeda nieustannie rozwijał swoje kompetencje i pogłębiał wiedzę z tej dziedziny, aby udzielić skutecznej pomocy, dopasowanej do potrzeb klienta. Powinien być refleksyjny wobec swoich działań i charakteryzować się krytycznym myśleniem: „U logopedy, który chce specjalizować się w zaburzeniach płynności mowy, niezbędna jest chęć ciągłego uczenia się i zdobywania wiedzy zarówno teoretycznej, jak i praktycznej. Niezwykle istotne jest to, aby terapeuta znał różne metody terapeutyczne i umiał dopasować je do potrzeb klienta”. Kolejna badana powiedziała: „To, co również jest ważne, czego sama uczę się całe życie i zawsze będę, to umiejętność takiego refleksyjnego myślenia, analiza samego siebie, swojej pracy i swoich umiejętności. To, żebyśmy umieli przyznać, że to nie była dobra droga albo mądra decyzja. Ale za to była dobra na tamten moment, albo bardziej na możliwości i umiejętności, jakie mieliśmy na dany moment – podejmujemy takie decyzje terapeutyczne, jakie potrafimy w danym momencie. Ale nie oznacza to, że powinniśmy trwać przy nich wiecznie”.

Badane osoby zwracały uwagę na to, jak ważne jest postawienie osoby jąkającej się w roli eksperta, uwzględnianie jej uczuć, potrzeb i emocji w związku z różnymi sytuacjami oraz udzielenie w tej kwestii wsparcia: „Zejsście z piedestału, to nie ja – terapeuta wiem najlepiej albo jestem ekspertem od wszystkiego. Nie jest to łatwe, w sytuacji, gdzie wiem, że powinnam zrobić to i to, ale osoba, która jest po drugiej stronie, mówi »nie« i chce zrobić coś innego. Mimo że wiem, że nam to nie wyjdzie, bo nie mamy tego i tamtego. To jest trudne. Ale czasem musi tak być. Nie ma miejsca na własne ego”. Kolejna uczestniczka również zgodnie powiedziała: „Ja nigdy nie mówię, że jestem ekspertem, bo się nie jąkam. Unikam 'toxic positivity', że »wszystko będzie dobrze«, bo ja się nigdy nie jąkałam i nie wiem, jak to jest, mogę sobie jedynie wyobrazić”.

Znaczenie superwizji

Poruszane wcześniej krytyczne myślenie i refleksyjność u balbutologopedy są kluczowymi umiejętnościami. Ocena własnej pracy zawodowej oraz umiejętność auto-refleksji nad słabszymi stronami logopedy, a następnie wprowadzenie zmian i próbowanie nowych rzeczy umożliwiają doskonalenie kompetencji specjalistów. Daje to szansę na zaoferowanie profesjonalnego wsparcia i pomocy klientowi. Jednym ze sposobów oceny własnej pracy dla terapeuty jest superwizja. Większość badanych wskazywała, że regularnie korzystała z superwizji: „Jestem wielką fanką superwizji, takich spotkań. Mam szczęście od dłuższego czasu, jeszcze przed ECSF-em, brałam udziału w czymś w rodzaju koleżeńskiego mentoringu, superwizji/interwizji. Jest to taka grupa dla terapeutów jąkania, spotykamy się już chyba ponad 2 lata. Są to spotkania w obrębie zaburzeń płynności mowy”. Następna rozmówczyni wspomniała: „Regularnie korzystam z superwizji, głównie w nurcie TSR. Jest to dla mnie bardzo pomocne, aby szerzej spojrzeć na mojego pacjenta. Jednocześnie regularnie spotykam się z moimi koleżankami, które mają duże doświadczenie w pracy z pacjentami z zaburzeniami płynności mówienia, gdzie wspólnie dzielimy się swoim doświadczeniem, sukcesami, ale również trudnościami”.

Natomiast część z badanych po raz pierwszy spotkała się z taką formą pomocy podczas kursu ESS, co skłoniło je do korzystania z takich spotkań. Uczestniczki badania superwizję oceniały bardzo pozytywnie, sugerowały nawet, że powinna być ona obowiązkowa dla wszystkich terapeutów: „Uważam, że powinno to być nawet obowiązkowe dla wszystkich terapeutów, nie tylko logopedów i nie tylko dla terapeutów jąkania, tylko w ogóle dla jakichkolwiek trudności”.

Wpływ ESS

Badanych zapytano, skąd pojawił się pomysł studiowania ESS. Respondentki zgodnie odpowiadały, że o kursie dowiedziały się od innych specjalistów jąkania. Wskazywały także na poszukiwanie czegoś, co pozwoli im rozwinąć się w tej dziedzinie i poszerzyć horyzonty, dzięki czemu zdecydowały się na tę specjalizację.

W odpowiedzi na pytanie, czy dzięki specjalizacji ESS postrzeganie przez nich zaburzeń płynności mowy w jakiś sposób się zmieniło, większość terapeutek sugerowała, że posiadała już sporą wiedzę na temat tego zaburzenia. Jednakże kurs utwierdził badane w przekonaniu, że ich podejście jest właściwe i jest to droga, którą chcą podążać.

Jedna z badanych wskazała, że podczas studiów logopedycznych skupiano się na technicznych aspektach jąkania, takich jak kontrolowanie i zmniejszanie liczby momentów zająknięć. Natomiast kurs ESS pokazał jej inną perspektywę terapeutyczną tego zaburzenia i całkowicie zmieniła swoje postrzeganie: „Na studiach

uczono nas liczenia zająknięć. A na ECSF-ie nauczyłam się, że naprawdę nie trzeba, że nie jest to ważne. Najważniejsze jest to, jak ta osoba podejdzie do życia z jąkaniem, jaki ma to na co dzień wpływ na ich życie. Zmieniło to moje postrzeganie w głowie, że nie jest to takie techniczne”. Inna uczestniczka podzielała powyższe przemyślenia na temat wcześniejszego studiowania, stwierdzając, że kurs ESS całkowicie zmienił jej dotychczasową wiedzę o jąkaniu i postrzeganie tego zaburzenia: „Całkowicie zmieniłam swoją wiedzę na temat jąkania. Zrewidowałam w swojej głowie w ogóle pojęcie jąkania, co było dla mnie super, bo nagle po tych 5–6 dniach kursu, wyjechałam z większą wiedzą niż po 2–3 latach studiów logopedycznych. To było ciekawe, a z drugiej strony smutne”.

Respondentki w odpowiedzi na jedno z pytań opisywały, czym według nich powinien charakteryzować się specjalista jąkania. W związku z tym zapytano o to, czy kurs ESS pomógł im stać się bardziej pewnym, kompetentnym specjalistą. Odpowiedzi na to pytanie były podzielone. Część badanych twierdziła, iż to nie kurs sprawia, że osoba, która go ukończy, staje się skutecznym terapeutą: „Myślę, że aby stać się skutecznym specjalistą zaburzeń płynności mowy, nie wystarczy ukończyć kurs ECSF. Są to lata zdobywania wiedzy, doświadczenia, pracy własnej, superwizji. ECSF jest jednym z kroków na drodze ku byciu dobrym specjalistą zaburzeń płynności mowy, które można wykonać, by zdobyć wiedzę i doświadczenie w pracy z pacjentem”. W opinii niektórych badanych kurs ten był zapewnieniem, że są pewnymi i kompetentnymi specjalistami oraz utwierdził je w przekonaniu, że działania przez nie podejmowane są zgodne z aktualnymi badaniami naukowymi: „Kurs ECSF upewnił mnie, że mam wiedzę i jestem pewnym, kompetentnym specjalistą od zaburzeń płynności mowy. Baza wiedzy i doświadczenie terapeutyczne, które miałam, pozwoliło mi na głębsze spojrzenie i dokładne przyjrzenie się działaniom terapeutycznym prezentowanym przez wykładowców”. Inna badana powiedziała: „Bardzo ważne było dla mnie prezentowanie przypadków moich pacjentów, tak zwane case study, na forum i uzyskanie informacji zwrotnych od innych terapeutów. Upewniłam się, że działania, które podejmuję z moimi pacjentami, są zgodne z EBP i najnowszą wiedzą”.

Jedna z terapeutek wspomniała również, że proces kształtowania się kompetentnego specjalisty w zakresie terapii jąkania wymaga systematycznego przekraczania własnej strefy komfortu oraz krytycznej refleksji nad podejmowanymi działaniami, co w trakcie kursu ESS podczas spotkań z mentorem i coachem było nieustannie rozwijane: „Stawanie się takim specjalistą zaburzeń płynności mowy to jest nieustannie wychodzenie ze strefy własnego komfortu, to jest trudne. Niektóre z zajęć na ECSF-ie były ciężkie i były pewnego rodzaju wychodzeniem ze strefy komfortu, bo jest tam dużo praktycznych rzeczy, co jest też pomocne w budowaniu tych cech potrzebnych w byciu terapeutą [...] jest tam dużo takich zadań, różnych ćwiczeń, podczas których dostaje się feedback odnośnie do tego, co wychodzi nam dobrze, a co

jeszcze można by było zrobić inaczej. Nie jest to łatwe emocjonalnie. Budzi to pewne emocje u każdego z uczestników, ale też po to to jest. Tak samo jak terapia budzi emocje wobec naszych klientów”.

Uczestniczki wskazały również na to, co najistotniejszego wyniosły z kursu ESS. Ważne były: zdobycie wiedzy zgodnej z aktualnymi badaniami naukowymi oraz przede wszystkim praktycznych umiejętności pracy z klientem i krytyczne, refleksyjne spojrzenie na własną pracę oraz podejmowane przez siebie działania terapeutyczne: „Najistotniejsza była dla mnie praca osobista. Wszystko sobie uporządkowałam, mogłam się bardziej przyjrzeć swoim błędom, temu, co jeszcze w terapii chciałabym zmienić. W moim doświadczeniu zawodowym był to najistotniejszy moment, w którym mogłam dostrzec swoje słabe i mocne strony, ale także doceniłam samą siebie”. Równie istotne dla badanych było zapoznanie się z różnymi perspektywami i metodami terapeutycznymi wykładowców: „Duże wrażenie wywarli na mnie też wykładowcy, osoby, które bezpośrednio były zaangażowane w przekazywanie nam informacji, wiedzy. Ogrom wiedzy, doświadczenia, że ktoś faktycznie zajmował się tym jękaniem przez całe życie, a nie wstydzi się przyznać, że nie wie wszystkiego, że pewne sytuacje po ludzku go pokonały. Pokazało mi to, że jest to tak potężna dziedzina, potężny zakres wiedzy. Dobrze jest stawiać sobie poprzeczki, ale nie za wszelką cenę, bo nie da się wiedzieć wszystkiego”. Następna rozmówczyni podzieliła się cenną opinią na temat tego, co było dla niej wartościowe: „To, co jest fajne w ECSF-ie, tam są osoby z bardzo różnym doświadczeniem i podejściem do pracy. To, że można zobaczyć terapię zaburzeń płynności mowy w kontekście bardzo różnych podejść właśnie, czy też teorii i procedur, to jest najbardziej chyba wartościowe dla mnie. Fajnie jest zobaczyć w jednym miejscu terapeutów różnych metod. I terapeutów, i uczestników, którzy opowiadają o tym samym w różny sposób, gdyż jednak każda metoda jest trochę ukierunkowana na coś innego, dzięki temu też można coś wybrać, dobrać, mieć taki worek, z którego można potem skorzystać”.

Kurs ESS umożliwił także nawiązanie nowych kontaktów z innymi specjalistami jękania, zarówno z innymi studentami, jak i wykładowcami. Podczas kursu cenne było wspólne wykonywanie zadań grupowych czy przygotowywanie prezentacji i wystąpień. Dało to terapeutkom możliwość wymiany doświadczeń z osobami z różnych krajów, mającymi zróżnicowane podejście terapeutyczne. W 2009 roku projekt ESS został zrecenzowany między innymi przez uczestników kursu, którzy docenili kurs, poziom organizacji, treści i zaangażowanie prowadzących [Eggers, Leahy 2011].

Podsumowanie

Wyniki analiz opinii wskazują, że udział w kursie ESS przyczynia się do istotnego wzrostu kompetencji diagnostycznych i terapeutycznych logopedów. Szczególny nacisk położono na:

- 1) rozwój umiejętności praktycznych – respondentki wielokrotnie podkreślały znaczenie intensywnego treningu praktycznego, jaki zapewnia kurs ESS; udział w warsztatach, ćwiczeniach z odgrywaniem ról oraz prezentacja przypadków umożliwiły im nie tylko nabycie konkretnych technik terapeutycznych, ale także zwiększyły pewność siebie w pracy z osobami doświadczającymi jąkania;
- 2) rozwój krytycznego myślenia i refleksyjności – kurs ESS stworzył przestrzeń do systematycznego rozwijania autorefleksji i oceny własnych działań terapeutycznych; w tym celu uczestnicy korzystali z coachingu, mentoringu oraz superwizji – zarówno indywidualnej, jak i grupowej.

Respondentki podkreślały znaczenie relacji terapeutycznej opartej na zaufaniu, empatii i indywidualnym podejściu, co jest podstawą skutecznej terapii jąkania. Kurs ESS umożliwił zapoznanie się z różnorodnymi metodami terapeutycznymi i ugruntowanie podejścia opartego na dowodach naukowych (*Evidence-Based Practice* – EBP). Wnioski z badań sugerują, że programy takie jak ESS mają zasadnicze znaczenie dla podnoszenia jakości terapii jąkania, oferując kompleksowe wsparcie w rozwijaniu wiedzy teoretycznej i praktycznych umiejętności. Jednocześnie podkreślono potrzebę dalszego rozwoju zawodowego, w tym korzystania z superwizji i pracy nad indywidualnym stylem terapeutycznym. Wyniki analiz opinii mogą stanowić podstawę do ulepszania programów szkoleniowych i podkreślają istotę holistycznego podejścia w terapii jąkania.

Literatura

- Budge S.L., Wampold B.E., 2015, *The Relationship: How It Works*, [in:] O.C.G. Gelo, A. Pritz, B. Rieken (red.), *Psychotherapy Research: Foundations, Process, and Outcome*, Wien: Springer-Verlag, s. 213–228, https://doi.org/10.1007/978-3-7091-1382-0_11
- De Sonnevile-Koedoot C., Stolk E., Rietveld T., Franken M.C., 2015, *Direct versus Indirect Treatment for Preschool Children who Stutter: The RESTART Randomized Trial*, „PLoS ONE”, vol. 10(7), e0133758, s. 1–17, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0133758>
- Eggers K., 2021, *Stawanie się efektywnym logopedą specjalizującym się w zaburzeniach płynności mowy*, [w:] K. Węsierska, H. Sonsterud (red.), *Dialog bez barier – kompleksowa interwencja logopedyczna w jąkaniu*, Chorzów: Wydawnictwo Agere Aude, s. 64–84.
- Eggers K., Leahy M., 2011, *The European clinical specialization on fluency disorders (ECSF)*, „Journal of Fluency Disorders”, vol. 36(2), s. 296–301.
- Herder C., Howard C., Nye C., Vanryckeghem M., 2006, *Effectiveness of behavioral stuttering treatment: A systematic review and meta-analysis*, „Contemporary Issues in Communication Science and Disorders”, vol. 33, s. 61–73.
- Leahy M., Agius J., Hylebos C., De Nil L., Eggers K., 2014, *European Clinical Specialization in Fluency Disorders (ECSF): Participants Review the First Four Years*, „American Speech-Language-Hearing Association”, vol. 24(1), s. 26–32, <https://doi.org/10.1044/ffd24.1.26>
- Mańkowska B., 2020, *Superwizja. Jak chronić się przed wypaleniem zawodowym i utratą zdrowia*, Warszawa: Wolters Kluwer.

- Plexico L.W., Manning W.H., DiLollo A., 2010, *Client perceptions of effective and ineffective therapeutic alliances during treatment for stuttering*, „Journal of Fluency Disorders”, vol. 35(4), s. 333–354, <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2010.07.001>
- Solecka-Głodek J., 2020, *Budowanie relacji terapeutycznej w terapii jąkania – kompetencje i umiejętności balbutologopedy*, [w:] K. Węsierska, M. Witkowski (red.), *Zaburzenia płynności mowy: teoria i praktyka*, t. 2, Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, s. 267–274.
- Tallman K., Bohart A.C., 2004, *The client as a common factor: Clients as self-healers*, [w:] M.A. Hubble, B.L. Duncan, S.D. Miller (red.), *The heart and soul of change: What works in therapy*, Washington: American Psychological Association, s. 91–131, <https://doi.org/10.1037/11132-003>
- Tichenor S.E., Constantino C., Yaruss J.S., 2022, *A point of view about fluency*, „Journal of Speech, Language, and Hearing Research”, vol. 65(2), s. 645–652.
- Wampold B.E., 2001, *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*, New York: Lawrence Erlbaum Associates.
- Wampold B.E., 2010, *The research evidence for the common factors models: A historically situated perspective*, [w:] B.L. Duncan, S.D. Miller, B.E. Wampold, M.A. Hubble (red.), *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy*, Washington: American Psychological Association, s. 49–81.
- Wampold B.E., Imel Z.E., 2015, *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work*, New York–London: Routledge.
- Węsierska K., 2015, *Logopeda jako specjalista w dziedzinie zaburzeń płynności mowy*, [w:] K. Węsierska (red.), *Zaburzenia płynności mowy: teoria i praktyka*, t. 1, Katowice: Wydawnictwo Komlogo, s. 101–114.
- Yaruss J.S., 2003, *One Size Does Not Fit All: Special Topics in Stuttering Therapy*, „Seminars in Speech and Language”, vol. 24, s. 3–6, <https://doi.org/10.1055/s-2003-37381>
- Zebrowski P.M., 2007, *Treatment factors that influence therapy outcomes of children who stutter*, [w:] E.G. Conture, R.F. Curlee (red.), *Stuttering and related disorders of fluency*, New York: Thieme Medical, s. 23–38.

Joanna Stempień  <https://orcid.org/0000-0003-4246-4906>

Uniwersytet Warszawski, Wydział Polonistyki, Szkoła Doktorska Nauk Humanistycznych, Krakowskie Przedmieście 26/28, 00-927 Warszawa, e-mail: j.stempien@uw.edu.pl

Feminizacja głosu u transpłciowych kobiet i osób różnorodnych płciowo, czyli skuteczność logopedycznej „protezy”

Voice Feminization in Transgender Women and Gender Diverse Individuals: The Effectiveness of Speech Therapy Prostheses

Słowa kluczowe: skuteczność terapii, feminizacja głosu, transpłciowość, terapia głosu

Keywords: therapy effectiveness, voice feminization, transgender, voice therapy

Streszczenie

Artykuł prezentuje stan badań i wnioski z najważniejszych światowych publikacji dotyczących efektywności feminizacji głosu u transpłciowych kobiet i korzyści z niej płynących. Pierwsze artykuły dotyczące feminizacji głosu ukazały się w Stanach Zjednoczonych już w latach siedemdziesiątych ubiegłego wieku. W opracowaniu przedstawiono wyniki dotyczące podwyższenia częstotliwości podstawowej, wyniki badań audytywnych z udziałem niezależnych słuchaczy oraz wyniki badań jakościowych dowodzących pozytywnego wpływu terapii na stan psychoemocjonalny pacjentek. Feminizacja głosu może skutecznie i trwale poprawić funkcjonowanie społeczne transpłciowych kobiet. Niezbędne jest poszerzenie wiedzy logopedek w Polsce na ten temat.

Abstract

The publication presents the state of research and conclusions from the most important international publications on the effectiveness and benefits of voice feminization in transgender women. The first articles on voice feminization were published in the United States in the 1970s.

Funding Information: Uniwersytet Warszawski, Wydział Polonistyki, Szkoła Doktorska Nauk Humanistycznych.

Declaration regarding the use of GAI tools: Not used.

Conflicts of interests: None.

Ethical considerations: The Author assures of no violations of publication ethics and takes full responsibility for the content of the publication.

Received: 2025.05.06. Accepted: 2025.06.04.



© by the Author, licensee Łódź University – Łódź University Press, Łódź, Poland. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution license CC-BY-NC-ND 4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

The paper presents the results in terms of raising the fundamental frequency, the results of auditive studies with the participation of independent listeners, and the results of qualitative studies proving the positive impact of therapy on the psycho-emotional state of patients. Voice feminization can effectively and permanently improve the social functioning of transgender women. Expanding the knowledge of speech pathology therapists in Poland on this subject is urgently needed.

Wprowadzenie

Choć w Polsce brakuje badań dotyczących afirmującej terapii głosu¹, a polskie logopedki² dopiero zaczynają rozpoznawać potrzeby społeczności LGBTQ+, pierwsze angielskojęzyczne publikacje na ten temat zaczęły ukazywać się już kilkadziesiąt lat temu [Kalra, 1977; Bralley i in., 1978; Oates, Dacakis, 1983; Mount, Salmon, 1988]. Badania przeprowadzone w Stanach Zjednoczonych, Australii oraz Europie Zachodniej jednoznacznie potwierdzają, że – po pierwsze – spośród osób LGBTQ+ grupą najczęściej potrzebującą pomocy logopedycznej są transpłciowe kobiety (osoby, którym przy urodzeniu przypisano płeć męską, ale których identyfikowana tożsamość płciowa jest kobieca)³, po drugie – specjalistyczny trening logopedyczny może przyczynić się do oczekiwanej akustycznej i audytywnej zmiany głosu oraz po trzecie – lepsze dopasowanie brzmienia głosu do odczuwanej tożsamości płciowej poprawia stan psychofizyczny pacjentek.

Niniejsza publikacja przybliży wnioski z najważniejszych światowych publikacji dotyczących skuteczności i korzyści płynących z feminizacji głosu u transpłciowych kobiet. Feminizacja głosu obejmuje podwyższenie częstotliwości podstawowej, wzmocnienie rezonansu głowowego, modyfikację prozodii oraz cech komunikacji pozawerbalnej w celu uzyskania percepcyjnie bardziej „kobiecego” brzmienia⁴. Z omówionych badań jasno wynika, że trening logopedyczny, choć nie zawsze prowadzi do pełnego zadowolenia transpłciowej pacjentki, jest sprawdzoną, efektywną i trwałą metodą feminizacji głosu, przynoszącą także długofalową poprawę jakości życia.

1 Celem takiej terapii jest osiągnięcie brzmienia głosu, które jest spójne z odczuwaną tożsamością płciową pacjenta/-ki oraz jednocześnie zapewnia swobodną komunikację i jest osiągnięte w fizjologicznie bezpieczny sposób.

2 Autorka zdaje sobie sprawę z tego, że ten zawód jest wykonywany również przez mężczyzn. Przez dziesięciolecia w publikacjach naukowych oraz w języku potocznym stosowano właściwie wyłącznie formę męską nazwy zawodu „logopeda”, gdy jednocześnie był i nadal jest on wykonywany w przeważającej większości przez kobiety. Z tego powodu, by językowo „oddać sprawiedliwość” kobietom-logopedkom, autorka zdecydowała się stosować w publikacjach jedynie formy żeńskie: „logopedka” oraz „terapeutka”.

3 Po okresie dojrzewania płciowego i mutacji głosu, nawet mimo stosowania estrogenowej terapii hormonalnej oraz supresji androgenowej, u transpłciowych kobiet nie dojdzie do zmniejszenia krtani i skrócenia fałdów głosowych, a tym samym do podwyższenia brzmienia głosu. Feminizację głosu można osiągnąć za pomocą specjalistycznego treningu logopedycznego bądź zabiegów fonochirurgicznych na fałdach lub chrząstkach krtaniowych.

4 Więcej na temat przebiegu afirmującej terapii oraz stosowanych technik por. Lorenc, Stempień, 2023b oraz Stempień, 2024.

Feminizacja głosu – podwyższenie częstotliwości podstawowej

W przypadku transpłciowych kobiet, które zakończyły okres dojrzewania płciowego, przyjmowanie estrogenowej terapii hormonalnej oraz supresji androgenowej nie doprowadzi do podwyższenia głosu. Z tego powodu jedynymi dostępnymi metodami feminizacji brzmienia jest specjalistyczny trening głosu bądź zabieg fonochirurgiczny uzupełniony o pooperacyjną opiekę logopedyczną. Obecnie fonochirurdzy wykonują dwa rodzaje zabiegów w obrębie krtani, których efektem jest podwyższenie częstotliwości podstawowej. Glottoplastyka Wendlera polega na częściowym zszyciu (skróceniu) fałdów głosowych [Kim, 2020; Rogalska i in., 2024], natomiast tyreoplastyka typu IV, czyli zbliżenie za pomocą szwów chrząstki tarczowatej do chrząstki pierścieniowatej, skutkuje trwałym rozciągnięciem fałdów głosowych bez konieczności utrzymywania stałego napięcia mięśnia pierścienno-tarczowego [Isshiki i in., 1974; Bąk i in., 2014].

Celem feminizującej terapii logopedycznej jest percepcyjna zmiana brzmienia głosu na bardziej „kobiecy”, uzyskana poprzez świadome działania pacjentki⁵, a nie poprzez chirurgiczną modyfikację warunków anatomicznych. Podczas treningu i specjalnych ćwiczeń fonacyjnych pacjentka uczy się na przykład, jak zwiększać napięcie fałdów głosowych czy skracać tor głosowy. Ponieważ na percepcję głosu wpływają m.in. normy społeczno-kulturowe [Azul, 2013], terapia powinna także wprowadzać ćwiczenia zwiększające fonację przydechową, ćwiczenia artykulacyjne i intonacyjne czy z zakresu komunikacji pozawerbalnej [Lorenc, Stempień, 2023b].

Czynnikiem, który w największym stopniu decyduje o tym, czy głos mówcy zostanie odebrany jako „kobiecy” bądź jako „męski”, jest częstotliwość podstawowa. Właśnie dlatego logopedki pracujące z transpłciowymi kobietami koncentrują wysiłki terapeutyczne na jej podwyższeniu [Leung, Oates, Chan, 2018; Kent i in., 2023].

W 1978 roku w „Journal of Communication Disorders” ukazał się artykuł *Evaluation of vocal pitch in male transsexuals (Ocena wysokości głosu u transseksualistów⁶)*, w którym naukowcy z Uniwersytetu Wirginii zrelacjonowali przebieg terapii głosu u transpłciowej kobiety [Bralley i in., 1978]. Choć w latach siedemdziesiątych ubiegłego wieku nie wypracowano jeszcze żadnych standardów postępowania dotyczących afirmującej terapii głosu, a na ten temat ukazały się jedynie pojedyncze publikacje, eksperci z Wirginii rozumieli, że głos powinien być dopasowany do kobiecej tożsamości płciowej. Ponieważ na co dzień pacjentka funkcjonowała jako kobieta, zgłaszane przez nią potrzeby głosowe uznano za zasadne. Skupiono się przede wszystkim na podwyższeniu częstotliwości podstawowej, ale, jak podkreślono, w ten sposób, aby zmiana fonacji nie doprowadziła do uszkodzenia fałdów

5 Elementem treningu powinna być również automatyzacja zachowań głosowych, tak aby pacjentka nie musiała koncentrować na nich całej uwagi. Nabranie dużej wprawy w kontrolowaniu głosu umożliwia utrzymanie wysokiego brzmienia na przykład także w sytuacjach dużego wzburzenia emocjonalnego.

6 Wszystkie przekłady z języka angielskiego zostały wykonane przez autorkę tekstu.

głosowych. Przed rozpoczęciem terapii logopedycznej średnia częstotliwość podstawowa wynosiła 145 Hz (pacjentka podejmowała wcześniej samodzielne próby modulacji głosu). Terapia objęła 7 godzinnych spotkań. Podczas ostatniej sesji średnia częstotliwość podstawowa wyniosła 165 Hz, pacjentka była zadowolona z efektów i wypowiadała się z większą pewnością siebie. W konkluzjach stwierdzono, że uzyskana częstotliwość podstawowa nadal znajduje się poniżej typowo „kobięcych” wartości. Zaproponowano wprowadzenie ćwiczeń modyfikujących zachowania językowe, składnię i intonację.

Takie były początki afirmującej terapii logopedycznej. Prowadzone w kolejnych dziesięcioleciach badania potwierdziły przypuszczenia naukowców z Wirginii, że odpowiednia zmiana prozodii czy komunikacji pozawerbalnej pomaga uzyskać bardziej „kobięce” brzmienie [Dacakis, Oates, Douglas, 2012; Leung, Oates, Chan, 2018]. Systemowy przegląd badań akustycznych z udziałem transpłciowych kobiet i osób różnorodnych płciowo został przeprowadzony przez grupę ekspertów z Gandawy⁷ [Leyns i in., 2021]. Przyjrzyli się oni 14 publikacjom z lat 1978–2016, które opisywały efekty afirmującej terapii logopedycznej. Analizowane przez Belgów działania terapeutyczne były prowadzone w różnych ośrodkach, z różną intensywnością (od jednego do 90 spotkań) i częstotliwością, a pacjentki korzystające z terapii logopedycznej miały odmienne uwarunkowania anatomiczne i wykonywały różne ćwiczenia. Wszędzie jednak działania terapeutyczne były nakierowane przede wszystkim na skrócenie toru głosowego, podwyższenie formantów i wzmocnienie rezonansu głowowego. Niezależnie od różnic, po zakończeniu interwencji we wszystkich przypadkach zaobserwowano podwyższenie częstotliwości podstawowej. W przypadku fonacji pojedynczej głoski f_0 wzrosło o od 4 Hz do 100 Hz, a w przypadku mowy swobodnej f_0 wzrosło o od 1 Hz do 59 Hz. Zaobserwowano też pozytywną korelację między liczbą spotkań a wzrostem częstotliwości podstawowej.

Dotychczas największe i najbardziej kompleksowe badanie podłużne dotyczące feminizacji głosu zostało przeprowadzone wspólnie przez naukowców z La Trobe University w Melbourne oraz Instytutu Karolinska pod Sztokholmem [Oates i in., 2023; Södersten i in., 2024]. Zaprosili oni do udziału 74 transpłciowe kobiety (43 w Australii, 31 w Szwecji). Każda z nich wzięła udział w od 8 do 12 zajęć z logopedką specjalizującą się w feminizującej terapii głosu. Wszystkie spotkania trwały 45 minut, miały podobny przebieg i w ich trakcie zastosowano podobne techniki feminizujące. Tuż przed rozpoczęciem interwencji logopedycznej, a także zaraz po jej zakończeniu i po upływie kolejnych trzech miesięcy głosy pacjentek zostały zarejestrowane i przeanalizowane m.in. pod kątem częstotliwości podstawowej. W tabeli 1 zestawiono wyniki otrzymane przez badaczy w La Trobe University oraz w Instytucie Karolinska.

⁷ Uniwersytet Gandawski jest jednym z najważniejszych ośrodków na świecie, w którym prowadzone są badania związane z opieką medyczną nad osobami transpłciowymi i różnorodnymi płciowo, w tym również badania dotyczące afirmującej terapii głosu.

Tabela 1. Uśredniona wartość (*group-level statistics*) średniej częstotliwości podstawowej (*average fundamental frequency*) u uczestniczek badania w La Trobe University oraz w Instytucie Karolinska (dane w Hz)

Czas przeprowadzenia badania	La Trobe University, Australia (43 pacjentki)	Instytut Karolinska, Szwecja (31 pacjentek)
Tuż przed rozpoczęciem terapii	130	134
Tuż po zakończeniu terapii	162	187
3 miesiące po zakończeniu terapii	156	177

Źródło: Södersten i in., 2024.

Z wyników otrzymanych przez Australijczyków i Szwedów można wyciągnąć kilka wniosków. Po pierwsze, w obu ośrodkach zastosowana terapia głosu przyniosła znaczący wzrost f_0 . Po drugie, choć ujednolicono sposób prowadzenia interwencji logopedycznej oraz metody rejestracji dźwięku, to w Instytucie Karolinska uzyskano widocznie lepsze rezultaty. Skąd te różnice? Sami autorzy badania przypuszczają, że przyczyna leży w dostępie do powszechnej edukacji muzycznej. W Szwecji zarówno logopedki, jak i ich pacjentki są umuzykalnione, często potrafią grać na instrumentach i mają szkolone głosy. Logopedki z Australii nie miały wykształcenia muzycznego (nawet podstawowego), z większą niepewnością prezentowały ćwiczenia, stawiały swoim pacjentkom niższe wymagania i mniej restrykcyjnie wymagały efektów (przede wszystkim osiągnięcia częstotliwości podstawowej 220 Hz). Po trzecie, w przypadku pacjentek z obu ośrodków wraz z upływem czasu doszło do obniżenia f_0 , choć nie do poziomu sprzed rozpoczęcia interwencji. To jedno z wyzwań, na które badacze pracujący z transpłciowymi pacjentkami od dawna zwracają uwagę.

W publikacji z 1977 roku Myrle Kalra opisała przebieg terapii logopedycznej u 27-letniej transpłciowej pacjentki [Kalra, 1977]. Spotkania odbywały się co tydzień i trwały 45 minut. Po trzech miesiącach średnia częstotliwość podstawowa wzrosła ze 150 Hz do 200 Hz. Pacjentka była bardzo zadowolona z efektów, także dlatego, że jej głos był odbierany jako „kobięcy” przez nieznanne osoby, np. podczas rozmów przez telefon. Dwa lata po zakończeniu terapii pacjentce udało się utrzymać f_0 w mowie swobodnej na niezmiennym poziomie. Opisane przez M. Kalrę tak dobre efekty stanowią jednak wyjątek. Zazwyczaj po zaprzestaniu spotkań z logopedką dochodzi do obniżenia głosu – choć u różnych osób dzieje się to w różnym stopniu. Wykazała to Georgia Dacakis, która przeanalizowała zmiany w wysokości częstotliwości podstawowej u 10 transpłciowych pacjentek [Dacakis, 2000]. Każda z nich odbyła od 10 do 90 sesji z logopedką, a G. Dacakis badała ich głosy w okresie od roku do 9 lat po zakończeniu terapii. U wszystkich osób doszło z czasem do obniżenia częstotliwości podstawowej – u czterech głos wrócił do parametrów sprzed rozpoczęcia interwencji lub trwała zmiana nie przekroczyła 3 Hz (pacjentki nr 2, 4, 7, 10). U trzech osób wartości f_0 spadły, ale i tak pozostały wyraźnie lepsze niż przed rozpoczęciem terapii (pacjentki nr 1, 3, 8). U kolejnych trzech osób wartość

częstotliwości podstawowej wzrosła lub tylko nieznacznie się obniżyła (pacjentki nr 5, 6, 9). W tabeli 2 przedstawiono wyniki zebrane przez G. Dacakis.

Tabela 2. Średnia częstotliwość podstawowa u pacjentek przed rozpoczęciem feminizującej terapii głosu, tuż po jej zakończeniu i w dłuższym okresie po zakończeniu terapii (dane w Hz)

Nr pacjentki	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Liczba spotkań	21	18	10	23	27	90	18	32	16	12
f_0 początkowe	134	128	110	162	108	102	155	110	118	128
f_0 tuż po zakończeniu terapii	180	176	154	188	135	165	190	188	167	138
f_0 w dłuższym okresie po zakończeniu terapii	161	128	122	162	137	163	157	148	156	131

Źródło: Dacakis, 2000.

Długoterminowe efekty terapeutyczne mogą zależeć przede wszystkim od różnic w budowie anatomicznej pacjentek (rozmiaru krtani i fałdów głosowych) czy ich indywidualnych predyspozycji (np. wada słuchu wpływająca na umiejętność wykonania zadań). Kluczowa jest motywacja pacjentki – to, czy regularnie powtarza zalecane ćwiczenia oraz stosuje przyswojone podczas terapii techniki feminizujące. Ze swoich badań G. Dacakis wysnuła też wniosek, że większa liczba spotkań z logopedką sprzyja utrzymaniu lepszego efektu przez dłuższy czas.

Trwająca kilka miesięcy terapia u zdecydowanej większości pacjentek skutkuje podwyższeniem częstotliwości podstawowej. Jednakże ze względu na różnice w czasie trwania i sposobie prowadzenia terapii (m.in. długość spotkań, wyznaczone cele) nie sposób stwierdzić, ile dokładnie wynosi w hercach średnia zmiana. Pacjentki mają różną budowę anatomiczną, a więc różna jest też średnia częstotliwość podstawowa, z którą rozpoczynają terapię⁸. Zgłaszają też odmienne oczekiwania dotyczące spodziewanych efektów. Między innymi z tych powodów w najnowszych badaniach dotyczących feminizacji głosu coraz częściej odchodzi się od postrzegania wzrostu częstotliwości podstawowej jako ostatecznego czy też jedyne go wyznacznika skuteczności prowadzonych działań terapeutycznych [Oates i in., 2023]. Nawet osiągnięcie typowo „kobiecego” zakresu f_0 nie gwarantuje, że postronni słuchacze będą odbierać głos właśnie jako „kobiecy”, a nie jako „męski” czy „androgeniczny”. Percepcyjna *pleć głosu*⁹ jest determinowana nie tylko przez częstotliwość podstawową, ale też przez wiele innych, również zewnętrznych czynników (na przykład przez relację słuchacza z mówcą czy warunki fizyczne panujące w miejscu prowadzenia rozmowy, takie jak np. głośność). Coraz większą wagę zaczęto więc przykładac do tego, jak same pacjentki postrzegają swoje brzmienie oraz jak odbierają je rozmówcy.

8 John Laver podaje, że zakres średniej częstotliwości podstawowej u mężczyzn wynosi od 50 do 250 Hz, a u kobiet od 120 do 480 Hz [Laver, 1994, s. 194].

9 *Pleć głosu* rozumiana jest jako identyfikowanie brzmienia jako „kobiecego”, „męskiego” bądź „neutralnego płciowo”.

Badania audytywne – ocena słuchaczy

Transpłciowe pacjentki zgłaszające się do logopedki chcą najczęściej, żeby ich głos brzmiał bardziej „kobieco” – zarówno w ocenie ich samych, jak i w ocenie ich rozmówców (osób znajomych – rodziny czy przyjaciół i/lub osób nieznanymi). Jest to dla nich ważne, bo ma bezpośredni wpływ na stan emocjonalno-psychiczny oraz na funkcjonowanie społeczne¹⁰. Dlatego jedną z najważniejszych miar skuteczności terapii feminizującej stały się wyniki badań audytywnych z udziałem niezależnych słuchaczy, którzy oceniają głosy na osi „kobiecy” – „męski”. Niezależnie od rodzaju ocenianych prób dźwiękowych (długość i warunki nagrania, rodzaj wypowiedzi), ich liczby czy charakteru nagrań kontrolnych (próby głosu osób transpłciowych zazwyczaj są przemieszane i prezentowane do oceny razem z próbami głosu osób cisplciowych¹¹) podstawowy wniosek z badań audytywnych jest jeden: im wyższa średnia częstotliwość podstawowa, tym większe prawdopodobieństwo, że głos zostanie odebrany przez słuchaczy jako kobiecy [Gelfer, Schofield, 2000; McNeill i in., 2008; Owen, Hancock, 2010; Leung i in., 2021; Södersten i in., 2024].

Efektywność terapii feminizującej w kontekście oceny słuchaczy wykazały m.in. Marylou Pausewang Gelfer i Ruthanne Tice [2013]. Głosy pięciu transpłciowych kobiet zostały zarejestrowane przed rozpoczęciem terapii, zaraz po jej zakończeniu (spotkania odbywały się dwa razy w tygodniu przez 8 tygodni) oraz 15 miesięcy później. Nagrania zostały zaprezentowane 52 niezależnym słuchaczom, którzy oceniali je jako „kobiecy” bądź „męskie”. Przed terapią tylko w 1,9% przypadków słuchacze ocenili nagrane głosy jako „kobiecy”. Tuż po zakończeniu terapii ten wskaźnik wzrósł do 50,8% wskazań, a 15 miesięcy po zakończeniu terapii głosy zostały ocenione jako „kobiecy” w 33,1% wskazań.

Dużo bardziej szczegółowe badania wykonały wspomniane już wcześniej zespoły z La Trobe University i Instytutu Karolinska [Oates i in., 2023; Södersten i in., 2024]. Choć próba była znacząco większa, to wyniki okazały się podobne. Zostały one podsumowane w tabeli 3.

Wśród naukowców zajmujących się feminizacją głosu nie ma zgody co do tego, jaka wartość częstotliwości podstawowej gwarantuje postrzeganie głosu przez słuchaczy jako „kobiecy”, choć w przypadku transpłciowych kobiet f_0 powinno wynieść co najmniej 150–185 Hz [Gorham-Rowan, Morris, 2006; Adler, Hirsch, Pickering, 2019]. Zespoły z Melbourne i Sztokholmu zwracają uwagę na to, że choć u 39% uczestniczek badania (28 na 74) średnia częstotliwość podstawowa wyniosła 170 Hz lub więcej, to i tak nie u wszystkich głos został oceniony jako „kobiecy” [Oates i in., 2023; Södersten i in., 2024]. Ponadto nawet głosy o tej samej wartości

¹⁰ Oddziaływanie brzmienia głosu na stan emocjonalny pacjentek i ich funkcjonowanie zostało omówione w kolejnym podrozdziale artykułu.

¹¹ Osoby cisplciowe odczuwają zgodność między płcią przypisaną przy urodzeniu a tożsamością płciową. Osoby cisplciowe to osoby nietranspłciowe.

f_0 były przez słuchaczy charakteryzowane w różny sposób („bardzo kobiece”, „dość kobiece” lub „neutralne płciowo”).

Tabela 3. Odsetek głosów uczestniczek badania ocenionych przez subiektywnych słuchaczy jako „męskie”, „neutralne płciowo” oraz „kobiece” tuż przed rozpoczęciem terapii feminizującej oraz po jej zakończeniu (w nawiasach liczba uczestniczek)

Ocena $\geq 75\%$ słuchaczy	Przed rozpoczęciem terapii	Tuż po zakończeniu terapii
Męski	69% (51/74)	19% (14/74)
Neutralny płciowo	30% (22/74)	50% (37/74)
Kobiecey	1% (1/74)	31% (23/74)

Źródło: Oates i in., 2023; Södersten i in., 2024.

Wcześniej korelację między f_0 a oceną słuchaczy analizowali naukowcy w Edmonton [Hardy i in., 2018]. W serii badań audytywnych głosy 20 transpłciowych kobiet, 10 cisplciowych mężczyzn i 10 cisplciowych kobiet zaprezentowano niezależnym odbiorcom, którzy mieli je ocenić, wybierając jedną z trzech możliwych odpowiedzi: „męski”, „kobiecey”, „neutralny płciowo (trudno powiedzieć)”. W tabeli 4 przedstawiono zakresy średniej częstotliwości podstawowej głosów przypisanych do poszczególnych kategorii. Analiza tych wyników pozwala zauważyć, że średnie minimalne i maksymalne wartości f_0 głosów ocenionych jako „kobiece” są tylko niewiele wyższe niż średnie minimalne i maksymalne wartości f_0 głosów ocenionych jako „neutralne płciowo”. W kontekście feminizacji głosu szczególnie ważny jest fakt, że minimalna wartość średniego f_0 , która zapewniła identyfikację głosu jako „kobiecey”, wyniosła 150 Hz, czyli tylko 4 Hz więcej niż w przypadku głosów „neutralnych płciowo”.

Tabela 4. Częstotliwość podstawowa głosów ocenionych przez słuchaczy jako „męskie”, „kobiece” bądź „neutralne płciowo” (wartość uśredniona f_0 oraz średnia minimalna i maksymalna wartość f_0 w danej kategorii (dane w Hz)

		Głosy ocenione jako męskie (25/40)		Głosy ocenione jako kobiece (11/40)		Głosy ocenione jako neutralne płciowo (4/40)	
f_0	Uśredniona wartość f_0	Średnia min. i średnia maks. wartość f_0	Uśredniona wartość f_0	Średnia min. i średnia maks. wartość f_0	Uśredniona wartość f_0	Średnia min. i średnia maks. wartość f_0	
	122,9	96,2–196,2	194,6	150,4–230,5	173,8	146–227,9	

Źródło: Hardy i in., 2018.

Przytoczone powyżej wyniki ponownie potwierdzają, że „kobiecą” charakterystykę głosu można osiągnąć na szerokiej skali częstotliwości podstawowej. O odbiorze *płci głosu* decyduje nie tylko f_0 , ale wiele dodatkowych czynników, dlatego podczas terapii pacjentki ćwiczą również tempo mówienia, intonację, precyzję artykulacji (por. Lorenc, Stempień, 2023b). Tak więc nawet jeśli pacjentce nie udaje się znacząco

podwyższyć częstotliwości podstawowej, to logopedka wciąż może z nią pracować nad zmianą percepcyjnej *płci głosu*.

Wpływ na stan emocjonalny

Właściwie na całym świecie osoby transpłciowe należą do jednej z najbardziej wykluczonych grup społecznych – są narażone na werbalne i fizyczne akty agresji oraz powszechną dyskryminację i transfobię. Dotyczy to również Polski – trudną sytuację osób transpłciowych potwierdzają między innymi raporty Rzecznika Praw Człowieka oraz organizacji pozarządowych wspierających środowiska LGBTQ+ [Mazurczak, Mrowicki, Adamczewska-Stachura, 2019; Winiewski, Świder, 2021]. Transpłciowość nie jest chorobą psychiczną¹², ale u osób transpłciowych i różnorodnych płciowo dużo częściej niż u ogółu populacji występują zaburzenia depresyjne, niepokój oraz myśli i zachowania samobójcze [Bouman i in., 2017; Witcomb i in., 2018; Herman, Brown, Haas, 2019; Branstrom i in., 2022; WPATH, 2022]. Z badań prowadzonych w amerykańskim stanie Michigan wynika, że aż u 72% mieszkających tam osób transpłciowych zdiagnozowano depresję, 26,3% dokonywało samookaleczeń, a 7,7% próbowało popełnić samobójstwo [Kattari i in., 2020]. Najskuteczniejszą metodą łagodzenia cierpienia psychicznego (dysforii płciowej) jest afirmująca opieka zdrowotna respektująca tożsamość płciową pacjenta(-tki). Terapia hormonalna czy leczenie chirurgiczne w zdecydowanej większości przypadków prowadzą do zmniejszenia dysforii, a w konsekwencji do trwałej poprawy kondycji psychicznej i lepszego funkcjonowania społecznego [Reisner i in., 2016; van de Grift i in., 2017; Aldridge i in., 2021; Park i in., 2022].

Ważną rolę oprócz lekarzy i psychologów mają tu do odegrania również logopedki. Głos jest jednym z elementów tożsamości, do którego pacjentki mają często, choć nie zawsze świadomie, bardzo emocjonalny stosunek. Wynika to między innymi z tego, że głos silnie konotuje płeć mówcy. W przypadku gdy głos nie jest dopasowany do identyfikowanej tożsamości płciowej, pojawiają się cierpienie, wycofanie społeczne, a nawet mutyzm [Nygren i in., 2019; Novais Valente Junior, Mesquita de Medeiros, 2022]. Dlatego skutecznie prowadzona feminizująca terapia głosu nie tylko usprawnia komunikację, ale w dłuższej perspektywie przyczynia się do poprawy jakości życia.

Związek między samozadowoleniem z głosu, w tym przede wszystkim z jego „kobiecego” brzmienia, a jakością życia (*quality of life*) wykazały Adrienne B. Hancock,

12 W najnowszej wersji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób Światowej Organizacji Zdrowia ICD-11 *transpłciowość* została zastąpiona terminem *niezgodność płciowa* (*gender incongruence*) i wpisana do rozdziału 17 *Stany związane ze zdrowiem seksualnym* (*Conditions related to sexual health*). Organizacja ta definiuje niezgodność płciową jako wyraźną i trwałą niezgodność między doświadczaną płcią a płcią przypisaną [World Health Organization, 2019].

Julianne Krissinger i Kelly Owen. Z ich badań wynika też, że w przypadku transpłciowych pacjentek większe znaczenie dla dobrostanu psychicznego ma ich własne postrzeganie swojego głosu niż ocena słuchaczy [Hancock, Krissinger, Owen, 2011]. Wyniki uzyskane przez amerykańskie badaczki uzasadniają stosowanie w terapii feminizującej podejścia zorientowanego na pacjentkę (*patient/person-centered therapy*). To pacjentka odczuwa dyskomfort związany z brzmieniem głosu¹³ i to ona wyznacza cele interwencji logopedycznej, a rolą logopedki jest udzielenie pomocy w osiągnięciu tych celów w fizjologicznie zdrowy sposób. Takie empatyczne podejście w pełni respektujące odczucia pacjentki jest zgodne z zaleceniami Światowego Stowarzyszenia Specjalistów(-tek) do spraw Zdrowia Osób Transpłciowych [WPATH, 2022].

Specjalistycznym narzędziem diagnostycznym stworzonym na potrzeby feminizującej terapii głosu jest Kwestionariusz Samooceny Głosu dla Transpłciowych Kobiet (*The Trans Women Voice Questionnaire – TWVQ* [Dacakis, Davies, 2012]). Umożliwia on subiektywną samoocenę głosu, której pacjentka dokonuje przed rozpoczęciem interwencji logopedycznej. Kwestionariusz składa się z 30 zdań oznajmujących dotyczących funkcjonowania głosowego (np. nr 6: „Mój głos przeszkadza mi w byciu postrzeganą jako kobieta”; nr 26: „Czuję się skrępowana tym, jak obce osoby odbierają mój głos”). Do wyboru są cztery odpowiedzi określające częstotliwość doświadczanych sytuacji: 1 = nigdy lub rzadko, 2 = czasami, 3 = często, 4 = zazwyczaj lub zawsze. Udzielone odpowiedzi są sumowane (można uzyskać od 30 do 120 punktów), im niższa zatem punktacja, tym lepsze funkcjonowanie głosowe (szczegółowy opis adaptacji narzędzia na język polski zob. Lorenc, Stempień, 2023a).

Kwestionariusz TWVQ został użyty m.in. przez amerykańskich laryngologów badających satysfakcję z efektów feminizującej terapii logopedycznej [Rapoport i in., 2023]. W tabeli 5 pokazano wyniki uzyskane z TWVQ od 15 transpłciowych pacjentek przed rozpoczęciem terapii, tuż po jej zakończeniu (od 5 do 9 spotkań) oraz co najmniej pół roku później. Uwagę zwraca bardzo duży wzrost samooceny, który utrzymał się na prawie niezmiennym poziomie w dłuższej perspektywie czasowej.

Poprawę stanu emocjonalnego wykazały także badania jakościowe w formie wywiadów prowadzonych po zakończeniu terapii. Pacjentki relacjonowały, że osiągnięcie bardziej „kobiecego” brzmienia głosu miało trwałe wpływy na ich życie społeczne i emocjonalne, w tym na przykład na większe poczucie szczęścia, rzadsze występowanie epizodów depresyjnych, częstszą socjalizację czy nowe oferty pracy [Leyns i in., 2022]. Te pozytywne efekty są odczuwane także wtedy, gdy nie wszystkie cele terapii zostały osiągnięte, a brzmienie głosu nadal odbiega od wymarzonego [Quinn,

13 Ten dyskomfort ma indywidualny i subiektywny charakter. W wymiarze fizjologicznym aparat mowy transpłciowej pacjentki może być „zdrowy” – bez zmian chorobowych. Nawet jeśli zmiany patomorfologiczne bądź na przykład nienormalna artykulacja zostaną zdiagnozowane, to nie one są źródłem cierpienia.

Swain, 2018; Stempień, 2024]. Nawet niewielki postęp w stronę oczekiwanej ekspresji płciowej może dać pacjentce poczucie satysfakcji i sprawczości.

Tabela 5. Średnia liczba punktów uzyskanych z TWWQ przed rozpoczęciem feminizującej terapii logopedycznej, tuż po jej zakończeniu oraz co najmniej pół roku po jej zakończeniu (punkcja 30–120, gdzie mniejsza liczba punktów oznacza lepsze funkcjonowanie głosowe)

	Przed terapią	Tuż po zakończeniu terapii	Co najmniej pół roku po zakończeniu terapii
Liczba punktów w TWWQ	88,9 (zakres: 57–111)	56,8 (zakres: 33–100)	57,4 (zakres: 31–97)

Źródło: Rapoport i in., 2023.

Uwagi końcowe

Feminizująca terapia logopedyczna składa się z wielu elementów. To nie tylko ćwiczenia emisyjne nakierowane na podwyższenie głosu, ale także praca nad zmienionym sposobem komunikowania się i nad akceptacją nowego brzmienia głosu. Terapia powinna być dopasowana do indywidualnych potrzeb pacjentki, w tym na przykład do wykonywanego zawodu czy najczęstszych rozmówców. Jest tańszym i mniej inwazyjnym rozwiązaniem niż zabieg fonochirurgiczny, który też wymaga pooperycyjnych konsultacji logopedycznych i wdrożenia do mówienia ze zmodyfikowaną anatomią krtani.

Dlatego tak ważne jest poszerzenie wiedzy logopedek o informacje na temat feminizującej terapii głosu i włączenie jej do programu studiów logopedycznych. W skali całego kraju transpłciowym kobietom pomagają pojedyncze terapeutki głosu. Brakuje standardu opieki, szkoleń, wymiany wiedzy i doświadczeń, by jak najlepiej dostosować terapię do potrzeb pacjentek i by stała się ona bardziej dostępna.

Feminizujący trening głosu jest „protezą”, bo morfologicznie zdrowy organizm trzeba nauczyć wydobywać głos w nowy, mniej domyślny sposób. Większość pacjentek nie uzyska pełnej automatyzacji i będzie musiała utrzymać świadomą kontrolę brzmienia głosu. Nauka unoszenia krtani czy wzmacniania rezonansu głowowego nie jest prosta, a w chwilach silnego wzburzenia emocjonalnego techniki feminizujące mogą być zawodne. Jaka jest jednak alternatywa? Transpłciowa pacjentka może nie podjąć pracy nad zmianą brzmienia i mieć upośledzony sposób komunikowania się. Może też, wobec odczuwanego cierpienia, rozpocząć samodzielne próby, ryzykując przeciążeniem mięśni barków i szyi lub wystąpieniem guzów na fałdach głosowych. Logopedyczna terapia feminizująca jest bezpiecznym i skutecznym sposobem na trwałe uzyskanie bardziej „kobiecego” brzmienia głosu, a to z kolei poprawia funkcjonowanie społeczne i stan emocjonalny pacjentek.

Literatura

- Adler R., Hirsch S., Pickering J. (red.), 2019, *Voice and Communication Therapy for the Transgender/ Gender Diverse Client. A Comprehensive Clinical Guide*, San Diego: Plural Publishing.
- Aldridge Z., Patel S., Guo B., Nixon E., Bouman W.P., Witcomb G., Arcelus J., 2021, *Long-term effect of gender-affirming hormone treatment on depression and anxiety symptoms in transgender people: A prospective cohort study*, „*Andrology*”, vol. 9(6), s. 1808–1816.
- Azul D., 2013, *How Do Voices Become Gendered? A Critical Examination of Everyday and Medical Constructions of the Relationship Between Voice, Sex, and Gender Identity*, [w:] M. Ah-King (red.), *Challenging Popular Myths of Sex, Gender and Biology*, Cham: Springer, s. 77–88.
- Bąk I., Domeracka-Kołodziej A., Majszyk D., Bruzgielewicz A., Niemczyk K., 2014, *Tyreoplastyka typu IV w leczeniu głosu u transseksualisty typu M/K*, „*Polish Otorhinolaryngology Review*”, vol. 3(2), s. 102–107.
- Bouman W.P., Claes L., Brewin N., Crawford J.R., Millet N., Fernandez-Aranda F., Arcelus J., 2017, *Transgender and anxiety: A comparative study between transgender people and the general population*, „*International Journal of Transgenderism*”, vol. 18(1), s. 16–26.
- Bralley R., Bull G., Gore C., Edgerton M., 1978, *Evaluation of vocal pitch in male transsexuals*, „*Journal of Communication Disorders*”, vol. 11(5), s. 443–449.
- Branstrom R., Stormbom I., Bergendal M., Pachanakis J., 2022, *Transgender-based disparities in suicidality: A population-based study of key predictions from four theoretical models*, „*Suicide and Life-Threatening Behavior*”, vol. 52, s. 401–412.
- Dacakis G., 2000, *Long-term maintenance of fundamental frequency increases in male-to-female transsexuals*, „*Journal of Voice*”, vol. 14, s. 549–556.
- Dacakis G., Davies S., 2012, *Trans Woman Voice Questionnaire*, Melbourne–Vancouver: La Trobe University, University of British Columbia.
- Dacakis G., Oates J., Douglas J., 2012, *Beyond voice: perceptions of gender in male-to-female transsexuals*, „*Current Opinion in Otolaryngology & Head and Neck Surgery*”, vol. 20(3), s. 165–170.
- Gelfer M.P., Schofield K.J., 2000, *Comparison of acoustic and perceptual measures of voice in male-to-female transsexuals perceived as female versus those perceived as male*, „*Journal of Voice*”, vol. 14(1), s. 22–33.
- Gelfer M.P., Tice R.M., 2013, *Perceptual and acoustic outcomes of voice therapy for male-to-female transgender individuals immediately after therapy and 15 months later*, „*Journal of Voice*”, vol. 27(3), s. 335–347.
- Gorham-Rowan M., Morris R., 2006, *Aerodynamic analysis of male-to-female transgender voice*, „*Journal of Voice*”, vol. 20, s. 251–262.
- Grift T. van de, Elaut E., Cerwenka S., Cohen-Kettenis P., De Cuypere G., Richter-Appelt H., Kreukels B., 2017, *Effects of Medical Interventions on Gender Dysphoria and Body Image: A Follow-Up Study*, „*Psychosomatic Medicine*”, vol. 79, s. 815–823.
- Hancock A., Krissinger J., Owen K., 2011, *Voice Perceptions and Quality of Life of Transgender People*, „*Journal of Voice*”, vol. 25(5), s. 553–558.
- Hardy T., Rieger J., Wells K., Boliek C., 2018, *Acoustic Predictors of Gender Attribution, Masculinity–Femininity, and Vocal Naturalness Ratings Amongst Transgender and Cisgender Speakers*, „*Journal of Voice*”, vol. 34(2), s. 300.e11–300.e26.
- Herman J.L., Brown T.N.T., Haas A.P., 2019, *Suicide thoughts and attempts among transgender adults. Findings from the 2015 US Transgender Survey*, Williams: Institute UCLA School of Law.
- Isshiki N., Morita H., Okamura H., Hiramoto M., 1974, *Thyroplasty as a New Phonosurgical Technique*, „*Acta Otolaryngologica*”, vol. 78(1–6), s. 451–457.

- Kalra M., 1977, *Voice therapy in the case of a transsexual*, [w:] R. Gemme, C.C. Wheeler (red.), *Progress in Sexology. Perspectives in Sexuality*, Boston: Springer, s. 77–84.
- Kattari S., Kattari L., Johnson J., Lacombe-Duncan A., Misiolek B., 2020, *Differential Experiences of Mental Health among Trans/Gender Diverse Adults in Michigan*, „International Journal of Environmental Research and Public Health”, vol. 17(18), 6805.
- Kent S., Fletcher L., Morgan A., Morton M., Hall R., Sandage M., 2023, *Updated Acoustic Normative Data through the Lifespan: A Scoping Review*, „Journal of Voice”, vol. 39(4), www.jvoice.org/article/S0892-1997(23)00066-8/ppt (dostęp: 3.12.2024).
- Kim H., 2020, *Vocal Feminization for Transgender Women: Current Strategies and Patient Perspectives*, „International Journal of General Medicine”, vol. 13, s. 43–52.
- Laver J., 1994, *Principles of phonetics*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Leung Y., Oates J., Chan S.P., 2018, *Voice, Articulation and Prosody Contribute to Listener Perceptions of Speaker Gender: A Systematic Review and Meta-Analysis*, „Journal of Speech, Language, and Hearing Research”, vol. 61(2), s. 266–297.
- Leung Y., Oates J., Chan S.P., Papp V., 2021, *Associations between speaking fundamental frequency, vowel formant frequencies, and listener perceptions of speaker gender and vocal femininity-masculinity*, „Journal of Speech, Language, and Hearing Research”, vol. 64(7), s. 2600–2622.
- Leyns C., Alighieri C., De Wilde J., Van Lierde K., T’Sjoen G., D’haeseleer E., 2022, *Experiences of Transgender Women with Speech Feminization Training: A Qualitative Study*, „Healthcare”, vol. 10(11), 2295.
- Leyns C., Papeleu T., Tomassen P., T’Sjoen G., D’haeseleer E., 2021, *Effects of speech therapy for transgender women: A systematic review*, „International Journal of Transgender Health”, vol. 22(4), s. 360–380.
- Lorenc A., Stempień J., 2023a, *Kwestionariusz Samooceny Głosu dla Transpłciowych Kobiet („Trans Women Voice Questionnaire”) – polska adaptacja i walidacja*, „Logopaedica Lodziensia”, nr 8, s. 53–64.
- Lorenc A., Stempień J., 2023b, *Standard postępowania logopedycznego w przypadku osób transpłciowych przechodzących tranzycję – wprowadzenie do problematyki oraz propozycja procedur*, [w:] J. Panasiuk (red.), *Logopedia jako nauka. Tom I: Przedmiot i metodologia badań*, Warszawa: Polska Akademia Nauk, s. 263–277.
- Mazurczak A., Mrowicki M., Adamczewska-Stachura M., 2019, *Sytuacja prawna osób nieheteroseksualnych i transpłciowych w Polsce*, „Biuletyn Rzecznika Praw Obywatelskich 2019”, nr 6.
- McNeill E., Wilson J., Clark S., Deakin J., 2008, *Perception of Voice in the Transgender Client*, „Journal of Voice”, vol. 22(6), s. 727–733.
- Mount K., Salmon S., 1988, *Changing the vocal characteristics of a postoperative transsexual patient: A longitudinal study*, „Journal of Communication Disorders”, vol. 21(3), s. 229–238.
- Novais Valente Junior C., Mesquita de Medeiros A., 2022, *Voice and Gender Incongruence: Relationship between Vocal Self-Perception and Mental Health of Trans Women*, „Journal of Voice”, vol. 36, s. 739–882.
- Nygren U., Södersten M., Thyen U., Köhler B., Nordenskjöld A., 2019, *Voice dissatisfaction in individuals with a disorder of sex development*, „Clinical Endocrinology”, vol. 91(1), s. 219–227.
- Oates J., Dacakis G., 1983, *Speech pathology considerations in the management of transsexualism – A review*, „British Journal of Disorders of Communication”, vol. 18(3), s. 139–151.
- Oates J., Södersten M., Quinn S., Nygren U., Dacakis G., Kelly V., Smith G., Sand A., 2023, *Gender-affirming voice training for trans women: effectiveness of training on patient reported*

- outcomes and listener perceptions of voice*, „Journal of Speech, Language, and Hearing Research”, vol. 66(11), s. 4206–4235.
- Owen K., Hancock A., 2010, *The Role of Self- and Listener Perceptions of Femininity in Voice Therapy*, „International Journal of Transgenderism”, vol. 12(4), s. 272–284.
- Park R., Liu Y.-T., Samuel A., Gurganus M., Gampper T., Corbett S., Shahane A., Stranix J., 2022, *Long-term Outcomes After Gender-Affirming Surgery: 40-Year Follow-up Study*, „Annals of Plastic Surgery”, vol. 89(4), s. 431–436.
- Quinn S., Swain N., 2018, *Efficacy of intensive voice feminisation therapy in a transgender young offender*, „Journal of Communication Disorders”, vol. 72, s. 1–15.
- Rapoport S., Varelas E., Park C., Brown S., Goldberg L., Courey M., 2023, *Patient satisfaction and acoustic changes in trans women after gender affirming voice training*, „Laryngoscope”, vol. 133, s. 2340–2345.
- Reisner S., Poteat T., Keatley J., Cabral M., Mothopeng T., Dunham E., Holland C., Max R., Baral S., 2016, *Global health burden and needs of transgender populations: a review*, „The Lancet”, vol. 388(10042), s. 412–436.
- Rogalska M., Zieliński M., Antkowiak L., Kasperczyk A., Misiólek M., 2024, *Impact of Wendler glottoplasty on acoustic measures and quality of voice in transgender women: a systematic review and meta-analysis*, „European Archives of Oto-Rhino-Laryngology”, vol. 281(7), s. 3345–3360.
- Södersten M., Oates J., Sand A., Granqvist S., Quinn S., Dacakis G., Nygren U., 2024, *Gender-Affirming Voice Training for Trans Women: Acoustic Outcomes and Their Associations With Listener Perceptions Related to Gender*, „Journal of Voice”, [www.jvoice.org/article/S0892-1997\(24\)00023-7/fulltext](http://www.jvoice.org/article/S0892-1997(24)00023-7/fulltext) (dostęp: 7.01.2025).
- Stempień J., 2024, *Feminizujący trening głosu u transpłciowej dwujęzycznej nastolatki z zaburzeniami sprzężonymi. Studium przypadku*, „Logopaedica Lodziensia”, nr 9, s. 119–132.
- Winiewski M., Świder M. (red.), 2021, *Sytuacja społeczna osób LGBTA w Polsce. Raport za lata 2019–2020*, Warszawa: Kampania Przeciw Homofobii, Stowarzyszenie Lambda.
- Witcomb G.L., Bouman W.P., Claes L., Brewin N., Crawford J., Arcelus J., 2018, *Levels of depression in transgender people and its predictors: Results of a large matched control study with transgender people accessing clinical services*, „Journal of Affective Disorders”, vol. 235, s. 308–315.
- World Health Organization, 2019, *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD)*, www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases (dostęp: 22.01.2025).
- WPATH – Światowe Stowarzyszenie Specjalistów(-tek) do spraw Zdrowia Osób Transpłciowych, 2022, *Standardy opieki zdrowotnej dla osób transseksualnych, transpłciowych i różnorodnych płciowo (wersja ósma)*, <https://wpath.org/publications/soc8/> (dostęp: 22.01.2025).

Agata Trębacz-Ritter  <https://orcid.org/0000-0002-2889-0776>

Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, Wydział Studiów Edukacyjnych, ul. Szamarzewskiego 89 (bud. D), 60-568 Poznań, e-mail: a.trebacz@amu.edu.pl

Grażyna Krasowicz-Kupis  <https://orcid.org/0000-0002-5374-6872>

Uniwersytet im. Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie, Wydział Pedagogiki i Psychologii, Instytut Psychologii, ul. Głęboka 45 (bud. B), 20-612 Lublin, e-mail: grazyna.krasowicz-kupis@mail.umcs.pl

Problemy z diagnozą sprawności fonologicznych dzieci z zaburzeniami wymowy

Challenges in Phonological Skills Assessment in Children with Speech Sound Disorders

Słowa kluczowe: sprawności fonologiczne, zaburzenia wymowy, diagnoza logopedyczna, czytanie, pisanie

Keywords: phonological skills, speech sound disorder, speech assessment, reading, writing

Streszczenie

Z doświadczeń logopedów i nauczycieli wynika, że coraz więcej dzieci w placówkach przedszkolnych i młodszych klasach szkolnych potrzebuje terapii logopedycznej ze względu na problemy w prawidłowej realizacji dźwięków mowy. Wydaje się, że obecnie diagnoza i terapia zaburzeń wymowy najczęściej koncentrują się na przyczynach anatomiczno-funkcjonalnych, szczególnie w ramach terapii miofunkcjonalnej. Rzadziej natomiast uwzględnia się uwarunkowania percepcyjne i fonologiczne, które mają duże znaczenie nie tylko dla mowy, ale także dla nauki czytania i pisanie. Jednym z powodów może być niedostatek narzędzi do rzetelnej oceny poziomu sprawności fonologicznych dzieci z zaburzeniami wymowy, co utrudnia zaplanowanie odpowiedniej terapii. Celem artykułu jest przedstawienie tła dla nowego narzędzia do oceny krótkotrwałej i roboczej pamięci fonologicznej, a także planowania fonologicznego jako nowego wymiaru sprawności fonologicznych.

Funding Information: A.T.-R. – Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, Wydział Studiów Edukacyjnych;

G.K.-K. – Uniwersytet im. Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie, Wydział Pedagogiki i Psychologii, Instytut Psychologii.

The percentage share of the Authors in the preparation of the work is: A.T.-R. – 50.00%, G.K.-K. – 50.00%.

Declaration regarding the use of GAI tools: Not used.

Conflicts of interests: None.

Ethical Considerations: The Authors assure of no violations of publication ethics and take full responsibility for the content of the publication.

Received: 2025.04.18. Accepted: 2025.07.07.

Abstract

The experience of speech-language pathologists and teachers shows that more and more children in preschool and younger school grades need speech therapy due to problems with correct speech sound production. It seems that currently the assessment and treatment of speech sound disorders most often focuses on anatomical-functional causes, especially within the framework of myofunctional therapy. However, perceptual and phonological conditions, which are important not only for speech, but also for literacy, are less often considered. One possible reason for this may be the paucity of tools to reliably assess the level of phonological skills of children with speech sound disorders, which makes it difficult to plan appropriate therapy. The purpose of this article is to provide background on a newly developed tool for assessing short-term and working phonological memory as well as phonological planning as a new dimension of phonological skills.

Wprowadzenie

Zgodnie z przyjętym kalendarium rozwoju artykulacji polskojęzyczne dziecko rozpoczynające edukację w pierwszej klasie szkoły podstawowej – a tym samym formalną edukację w zakresie czytania i pisania – powinno prawidłowo realizować wszystkie głoski języka polskiego. W praktyce jednak obserwujemy, że coraz więcej dzieci nie spełnia tego warunku i w młodszym wieku szkolnym wymaga terapii logopedycznej. W pierwszej ocenie może się wydawać, że chodzi jedynie o kwestie estetyczne czy akceptowalność wypowiedzi, a przyczyn należy szukać głównie w obniżonej sprawności narządów mowy lub uwarunkowaniach anatomicznych, takich jak wady zgryzu. Tymczasem dzieci z zaburzeniami wymowy to grupa heterogeniczna, w której rodzaj, etiologia czy stopień nasilenia nieprawidłowości w realizacji dźwięków mowy mogą znacząco się różnić i obejmować ponadto uwarunkowania percepcyjne i fonologiczne, które często leżą u podstaw trudności w czytaniu i pisaniu. Z tego względu diagnoza sprawności fonologicznych w ramach postępowania logopedycznego ma podwójne znaczenie. Nie tylko może wspierać planowanie efektywnych działań terapeutycznych, ale także umożliwiać prognozowanie lub wczesną identyfikację potencjalnych trudności w uczeniu się czytania i pisania. Warto jednak zaznaczyć, że obecnie dostępne na rynku narzędzia diagnostyczne przeznaczone do oceny sprawności fonologicznych dzieci w wieku przedszkolnym i młodszym wieku szkolnym zazwyczaj nie nadają się do diagnozowania dzieci z zaburzeniami wymowy, ponieważ zawarte w nich trudne fonemy, w tym głoski szeregu szumiącego czy głoska /r/, mogą prowadzić do zniekształcenia rzeczywistego obrazu ich kompetencji fonologicznych. Innymi słowy, dzieci te mogą stanowić grupę „niebadalną” w zakresie sprawności fonologicznych, a więc nie będzie możliwe odnalezienie ewentualnych deficytów fonologicznych. Ma to negatywny wpływ na planowanie działań pomocowych i terapii dla tej grupy dzieci.

Przedstawiony w niniejszym artykule projekt narzędzia jest próbą rozwiązania opisanego wyżej problemu. Jest odpowiedzią na dostrzeżone ograniczenia w pomiarze sprawności fonologicznych dzieci z zaburzeniami wymowy z wykorzystaniem standardowych narzędzi. Jego celem jest zapewnienie bardziej obiektywnej i rzetelnej oceny tych sprawności w tej grupie dzieci, z uwzględnieniem ich specyficznych potrzeb i możliwości. Ponadto pozwala na ocenę nowego wymiaru sprawności logopedycznych – planowania fonologicznego.

Zaburzenia artykulacyjne i fonologiczne

Kiedy myślimy o dziecku w okresie intensywnego rozwoju artykulacji, najczęściej wyobrażamy sobie przedszkolaka, który sepleni międzyzębowo, zamienia głoskę /sz/ na /ś/, nie realizuje głoski /r/ lub zamienia ją na głoskę /l/ bądź /j/. Nie zawsze jednak trudności realizacyjne muszą ograniczać się do zasobu głosek, w tym ich elizji, substytucji i deformacji (zaburzeń paradygmatycznych). Już ponad cztery dekady temu Tadeusz Kania [1982] zwrócił uwagę, że zaburzenia w realizacji dźwięków mowy mogą dotyczyć też struktury wyrazu (zaburzenia syntagmatyczne) i przejawiać się m.in. w postaci uproszczeń wyrazów (np. *motywa* = *lokomotywa*), włączania dodatkowych głosek (np. *łzły* = *łzy*) czy innego porządku głosek/sylab w wyrazie (np. *dinozarł* = *dinozaur*, *lejeń* = *jeleń*). Wyróżnił ponadto zmiany niesystemowe, czyli takie, w których tworzone struktury wyrazowe nie mieszczą się w systemie leksykalnym języka polskiego. Wśród hipotetycznych wyjaśnień dla obserwowanych trudności można wspomnieć słabe, niedojrzałe lub nieprawidłowe reprezentacje fonologiczne słów, szczególnie tych o złożonej, trudnej budowie fonologicznej [Farquharson, 2015], lub ograniczony dostęp do reprezentacji fonologicznych [Anthony i in., 2011]. O ile część z obserwowanych w mowie dziecka zjawisk ma charakter przejściowy i jest związana m.in. z dojrzwaniem obwodowego narządu mowy i/lub obecnością rozwojowych procesów fonologicznych (np. redukcja sylab nieakcentowanych – *licja* = *policja* – lub substytucja głosek w obrębie szeregów syczący : ciszący) [Łobacz, 2005], o tyle część z nich może być specyficzna i nie minąć samoistnie wraz z upływem czasu, bez ukierunkowanej interwencji specjalistycznej. Ponadto badania prowadzone wśród dzieci anglojęzycznych wskazują, że im bardziej nietypowe błędy realizacyjne, wymykające się zjawiskom rozwojowym, tym niższa świadomość fonologiczna i mniejsza szansa na samoistną normalizację, a w konsekwencji niższe umiejętności w czytaniu i pisaniu [Preston, Hull, Edwards, 2013; Boada i in., 2022; Walquist-Sørli i in., 2025]. W grupie polskojęzycznych dzieci jak dotąd zrealizowano niewiele badań o podobnej problematyce. W badaniach Agaty Trębacz-Ritter [2025] u 11 z 18 uczniów klas III szkoły podstawowej objętych terapią logopedyczną ze względu na problemy w realizacji głosek trudnych [Bartkowska, 1968] współwystępował niski poziom sprawności fonologicznych, rozumianych jako krótkotrwała pamięć fonologiczna i świadomość

fonologiczna, a wynik testów osiągnięć szkolnych uwzględniających pomiar umiejętności matematycznych, czytania (w aspekcie semantycznym i krytyczno-twórczym) oraz świadomości językowej nie przekraczał poziomu 50% możliwych do uzyskania punktów, ze średnim wynikiem wynoszącym 42%.

W literaturze anglojęzycznej przez wiele lat precyzyjnie różnicowano dwa pojęcia: *articulation disorder* – na określenie zaburzeń w realizacji dźwięków mowy najczęściej o typie deformacji na skutek obniżonej sprawności motorycznej aparatu mowy oraz *phonological disorder*, w którym nadrzędnym deficytem są zakłócenia w rozumieniu dźwięków mowy i stosowaniu reguł decydujących o łączeniu tych dźwięków w taki sposób, aby możliwe było tworzenie i przekazywanie znaczeń [McLeod, Baker, 2017]. Z czasem zaobserwowano, że ustalenie jednej przyczyny występujących trudności realizacyjnych w heterogenicznej grupie dzieci z zaburzeniami wymowy jest trudne, a bardziej prawdopodobne jest, że przyczyny współwystępują na kontinuum trudności motoryczno-fonologicznych [Cabbage i in., 2018; Farquharson, 2019]. Odwołując się do doświadczeń logopedów, w praktyce często problemu nie stanowi więc wywołanie głoski w izolacji, ale wprowadzenie jej normatywnej realizacji do wypowiedzi kontrolowanych, a później spontanicznych, co może być przejawem deficytów w reprezentacjach fonologicznych słów. W efekcie zaproponowano wspólny termin parasolowy *speech sound disorder* (SSD) na określenie trudności w tworzeniu dźwięków mowy o rozpoznanej (np. rozszczep podniebienia, niedosłuch) i nierozpoznanej etiologii, obejmującej uwarunkowania motoryczne i fonologiczne [ASHA, b.r.]. Takie rozumienie problemów w realizacji dźwięków mowy niewątpliwie ma swoje pluse, szczególnie w kontekście planowania terapii, ponieważ sugeruje potrzebę włączania zarówno ćwiczeń usprawniających motorykę artykulacyjną, jak i rozwijających sprawności fonologiczne. Nie oznacza to, że w praktyce logopeda nie dąży do rozpoznania dominującego podłoża zaburzeń w diagnozie różnicowej [Dodd, 2014; Rvachew, Matthews, 2024], a jedynie sygnalizuje, że świadome włączanie elementów treningu fonologicznego dostosowanego do aktualnego poziomu umiejętności dziecka¹ może przyczynić się do maksymalizowania efektów terapii logopedycznej, a przede wszystkim wzmocnić fundament dla uczenia się czytania i pisanie [Brosseau-Lapré, Roepke, 2022]. Jak wskazuje przegląd systematyczny i metaanaliza zespołu Line Walquist-Sørli [2025], dzieci z trudnościami w realizacji dźwięków mowy częściej są w grupie zwiększonego ryzyka niższych kompetencji językowych i słabiej rozwiniętych umiejętności czytania i pisanie niż dzieci bez

1 W nawiązaniu do licznych publikacji Grażyny Krasowicz-Kupis na temat funkcji fonologicznych w rozwoju dzieci w wieku 6–9 lat [Krasowicz-Kupis, 1999; 2004; 2008] istotne jest, aby uwzględniać stopień trudności proponowanych ćwiczeń, które mogą odwoływać się do podstawowych funkcji językowych (np. identyfikowanie i porównywanie), do funkcji epijęzykowych (np. analiza i synteza sylabowa) oraz funkcji metajęzykowych, w których dziecko manipuluje elementami fonologicznymi, np. poprzez ich usuwanie i przestawianie [Krasowicz-Kupis, Wiejak, Bogdanowicz, 2015].

problemów realizacyjnych, a kluczowym moderatorem opisywanych związków jest świadomość fonologiczna.

Mówienie o sprawnościach fonologicznych dzieci z zaburzeniami wymowy wydaje się szczególnie ważne, ponieważ w porównaniu z grupą dzieci z rozwojowym zaburzeniem językowym (DLD), bez problemów realizacyjnych, są one niemal 2,5 razy częściej obejmowane terapią logopedyczną [Zhang, Tomblin, 2000]. Wynika to z tego, że ich trudności dają się łatwo rozpoznać słuchowo nie tylko logopedom, ale także nauczycielom i rodzicom. Dzięki poszerzeniu diagnozy możliwe jest więc identyfikowanie, czy u tych dzieci wada wymowy nie jest wyłącznie jednym z objawów współwystępujących zaburzeń językowych jako deficytu nadrzędnego, pierwotnego.

Warto dodać, że powołany w 2012 roku Międzynarodowy Panel Ekspertów ds. Mowy Dzieci Wielojęzycznych (*International Expert Panel on Multilingual Children's Speech* – IEPMCS), działający pod kierunkiem Sharynne McLeod i Sarah Verdon, opracował swoistą definicję dla terminu *speech sound disorder*, zgodnie z którą osoby z SSD mogą prezentować „dowolne kombinacje nieprawidłowości w zakresie percepcji i produkcji dźwięków mowy (w znaczeniu motorycznym), reprezentacji fonologicznych dźwięków mowy (samogłosek i spółgłosek), fonotaktyki (form sylab i wyrazów) oraz prozodii (tonu używanego do odróżniania znaczenia leksykalnego lub gramatycznego, rytmu, akcentu i intonacji), które mogą wpływać na zrozumiałość i akceptowalność formułowanych wypowiedzi” [International Expert Panel on Multilingual Children's Speech, 2012, s. 1]. Zaburzenie wymowy nie musi obejmować więc większej liczby fonemów lub zakłócać możliwości rozumienia formułowanych komunikatów – wystarczy, że będzie to nieprawidłowa realizacja tylko jednego fonemu, ale istotnie wpływająca na jakość wypowiedzi i determinująca jej akceptowalność, np. substytucja głoski /r/ na /j/ w wieku szkolnym.

Sprawności fonologiczne i ich znaczenie

Badanie sprawności fonologicznych jako jednego z aspektów rozwoju językowego dziecka jest ważnym elementem diagnozy edukacyjnej i rozwojowej, zwłaszcza oceny logopedycznej. Warto je przeprowadzać z kilku powodów. Przede wszystkim jest to ważna składowa diagnozy rozwoju językowego dziecka – jej szczególna rola polega nie tylko na tym, że warunkuje poprawną artykulację, ale zwłaszcza na tym, że sprawności fonologiczne leżą u podstaw nauki czytania i pisania, a prawidłowe reprezentacje fonologiczne stanowią podstawę formowania leksykonu oraz struktur gramatycznych języka. Liczne badania prowadzone w Polsce i na świecie od niemal pół wieku zgodnie wskazują, że nabywanie czytania i pisania jest istotnie powiązane z rozwojem fonologicznych sprawności językowych, a zwłaszcza ze świadomością fonologiczną jako pierwotnym czynnikiem

determinującym osiągnięcia w czytaniu [por. Melby-Lervåg, Lyster, Hulme 2012; Elliott, Grigorenko, 2014; Krasowicz-Kupis, 2019]. Ponadto wykazano deficyty tego obszaru językowego u dzieci z zaburzeniami czytania [Snowling, 2001; Vellutino i in., 2004; Snowling i in., 2019]. Ocena funkcji fonologicznych powinna być istotnym elementem diagnozy gotowości szkolnej dziecka z perspektywy przyszłego czytania i pisania.

W literaturze często stosuje się różnorodne określenia dla oznaczenia sprawności fonologicznych – przetwarzanie fonologiczne (*phonological processing*), wrażliwość fonologiczna (*phonological sensitivity*) i świadomość fonologiczna (*phonological awareness*).

Sprawności fonologiczne dziecka, w psycholingwistyce i psychologii klinicznej określane jako funkcje fonologiczne, odnoszą się do umiejętności dziecka związanych z subsystemem fonologicznym języka. Obejmują one operacje na elementach fonologicznych języka, od najprostszych – jak identyfikacja, po bardziej skomplikowane – jak porównywanie i przekształcanie materiału językowego (słów lub pseudosłów). Termin ten jest zbliżony, ale nie tożsamy ze sprawnościami, które w dawnych latach nazywano w Polsce funkcjami słuchowymi lub percepcją słuchową [Spionek, 1973] czy funkcjami słuchowo-językowymi [Bogdanowicz, 2004]. Te pojęcia mają jednak różny zakres – percepcja słuchowa odnosi się do różnorodnych dźwięków, a nie tylko do mowy i języka, a z drugiej strony obejmuje tylko odbiór, bez funkcji ekspresyjnych. Natomiast funkcje fonologiczne dotyczą tylko języka i uwzględniają zarówno sprawności percepcyjne, jak i ekspresyjne.

Model funkcji fonologicznych znaleźć można w pracach Krasowicz-Kupis i współautorów [Krasowicz-Kupis, Wiejak, Bogdanowicz, 2015; Krasowicz-Kupis i in., 2023]. Zgodnie z nim do elementów fonologicznych zaliczono, oprócz fonemów, także sylaby i części śródsylabowe – rymy i aliteracje, co pozwala na bardziej zróżnicowane i zindywidualizowane rozwojowo podejście do sprawności fonologicznych [Krasowicz-Kupis, 1999]. Sylaby są częstkami identyfikowanymi przez dzieci najwcześniej i w sposób najbardziej naturalny. Następnie w rozwoju pojawiają się kompetencje w zakresie elementów śródsylabowych, a dopiero na końcu sprawności fonemowe [Krasowicz-Kupis, 1999; Lipowska, 2001].

Dla każdego typu elementów można wyróżnić różnego typu sprawności, od podstawowych, pojawiających się rozwojowo wcześniej – jak na przykład słuch fonemowy, przez średnio zaawansowane, choć raczej intuicyjne (tzw. epijęzykowe), po bardziej zaawansowane poznawczo, świadome, metajęzykowe – bazujące na operacjach umysłowych przeprowadzanych na słowach, ich transformacjach, jak na przykład usuwanie lub przestawianie elementów fonologicznych. Operacje epijęzykowe odnoszą się do dzielenia/łączenia (np. łączenie sylab w słowo), wyodrębniania (np. wybieranie słów zaczynających się na literę k), tworzenia (np. płynność tworzenia rymów) oraz rozpoznawania aliteracji i rymów. Operacje

metajęzykowe to na przykład usuwanie („połykanie”) głosek i sylab w słowach lub ich przestawianie, tzw. *spoonerisms*.

Ważnym elementem sprawności fonologicznych bardziej o charakterze poznawczym jest pamięć fonologiczna – krótkotrwała i robocza [Krasowicz-Kupis i in., 2023].

Podsumowując, przyjęto, że funkcje fonologiczne obejmują sprawności fonologiczne na poziomie sylabowym, śródsylabowym i fonemowym, oznaczające operacje na cząstkach fonologicznych, takie jak dzielenie słów na głoski, łączenie głosek w słowa, rozpoznawanie głosek, a także pamięć fonologiczną (odmianę pamięci odnoszącą się do elementów fonologicznych) oraz świadomość fonologiczną.

Przegląd dostępnych narzędzi do oceny sprawności fonologicznych

Pod koniec ubiegłego wieku diagności w poradniach psychologiczno-pedagogicznych i w innych placówkach edukacyjnych mieli do wykorzystania kilka metod oceny sprawności fonologicznych, wcześniej zaliczanych do szerszego pojęcia percepcji słuchowej. Były to zazwyczaj próby o charakterze eksperymentalnym, jak na przykład *Skala Pomiaru Percepcji Słuchowej Słów* Janusza Kostrzewskiego [1987] czy *Próby Analizy i Syntezy Słuchowej* Ireny Styczek [1982], a także pierwsze narzędzia psychometryczne – m.in. *Zetotest* czy *Chiński Język* Marty Bogdanowicz i Elżbiety Haponiuk, nazwany później *Nieznany Językiem* i publikowany jako część większych baterii diagnostycznych. Próby eksperymentalne, nieposiadające standaryzacji i normalizacji, mogły służyć jedynie jako narzędzia orientacyjne, nie pozwalały bowiem na rzeczywistą ocenę poziomu umiejętności dziecka z powodu braku punktu odniesienia.

Wspomniane testy można uznać za prekursorsy złożonych, powstających obecnie narzędzi. Trafne testy fonologiczne powinny pozwalać na ocenę przetwarzania fonologicznego, w tym prostych funkcji fonologicznych, świadomości fonologicznej oraz pamięci fonologicznej. Często wykorzystywane w nich użycie sztucznych słów minimalizuje wpływ skojarzeń związanych ze znaczeniem. Wyrazy prawdziwe mogą bowiem uruchamiać mechanizmy kompensacyjne, utrudniające właściwą ocenę przetwarzania fonologicznego, gdyż wówczas test raczej ocenia dostępność reprezentacji leksykalnych czy semantycznych dziecka. Ponadto w zadaniach segmentacji prawdziwych wyrazów dzieci piszące skłaniają się raczej do analizy pisowni, a nie wymowy, co zmienia naturę zadania. Materiał sztucznych słów nie podlega szybkiemu uczeniu, więc testy mogą być często powtarzane, co pozwala na przykład monitorować efekty działań terapeutycznych.

Testy fonologiczne znajdujemy w bateriach do diagnozy dysleksji rozwojowej, takich jak *Dysleksja 3* [Bogdanowicz i in., 2007] i *Dysleksja 5* [Jaworowska, Matczak, Stańczak 2010]. Należą do nich:

- 1) *Nieznany Język Marty Bogdanowicz* – złożony z siedmiu rodzajów zadań: *Porównywanie paronimów, Analiza paronimów, Analiza sylabowa, Synteza sylabowa, Analiza fonemowa, Synteza fonemowa* oraz *Pamięć fonologiczna*;
- 2) *Usuwanie Fonemów* Marcina Szczerbińskiego i Olgi Pelc-Pękali – zawierający zadania, w których dziecko ma powtórzyć wyraz po opuszczeniu wskazanej przez badającego głoski (w efekcie powstaje pseudowyraz); wskaźnikiem jest liczba poprawnie wykonanych zadań;
- 3) *Zetotest* – badanie krótkotrwałej pamięci fonologicznej, dziecko powtarza pojedynczo 40 sztucznych słów.

Ponadto testy sprawności fonologicznych znajdują się także w *Skalach Inteligencji i Rozwoju* IDS-2, co sprawia, że dzięki obecności w baterii także testów kompetencji szkolnych może ona być używana do diagnozy różnicowej dysleksji rozwojowej [Krasowicz-Kupis i in., 2023]. Narzędzie to jednak jest przeznaczone wyłącznie dla psychologów.

W Instytucie Badań Edukacyjnych w 2015 roku powstał z kolei *Test Powtarzania Pseudosłów* – TPP [Szewczyk i in., 2015], w którym wykorzystano program i algorytm pozwalające na skonstruowanie sztucznych słów na bazie analizy słów z korpusu mowy kierowanej do dzieci [Haman i in., 2011]. Test zawiera 27 pseudosłów.

Zadania do oceny sprawności fonologicznych zawierają też tzw. baterie gdańskie, czyli wydawane w Pracowni Testów Psychologicznych i Pedagogicznych w Gdańsku jako narzędzia do wieloaspektowej diagnozy przyczyn niepowodzeń szkolnych w nauce czytania i pisania. Najnowsza ich wersja – *Specjalistyczna bateria diagnozy zdolności poznawczych i umiejętności szkolnych* SB6/18 [Radtke, Sajewicz-Radtke, 2024] – zawiera między innymi testy fonologiczne w grupie zadań do oceny tzw. funkcji słuchowo-językowych.

Opublikowany w 2022 roku system diagnostyczno-terapeutyczny *Kompleksowa Analiza Procesów Poznawczych* (KAPP) zawiera narzędzie diagnostyczne do bezpośredniego badania dzieci i młodzieży – KAPP_A (aplikacja) [Krasowicz-Kupis i in., 2022]. Ma ono w całości charakter komputerowy, co pozwala na:

- 1) bardziej precyzyjny pomiar pewnych aspektów ocenianych funkcji, jak na przykład czas wykonywania zadania, czas reakcji;
- 2) obiektywizację oceny – w większości zadań ocena dokonywana jest automatycznie przez program komputerowy;
- 3) pełną standaryzację instrukcji (są podawane przez lektora).

W baterii KAPP_A w ramach oceny obszaru *Mowa* zawarto testy oceniające funkcje fonologiczne w zakresie sylab i fonemów (*Analiza sylabowa, Analiza fonemowa*) oraz test oceniający świadomość fonologiczną (*Usuwanie fonemów*). Wykorzystano rzeczywiste słowa oraz słowa sztuczne (pseudosłowa).

Najpełniejszym narzędziem do oceny różnorodnych sprawności fonologicznych zgodnie z modelem Krasowicz-Kupis [1999; 2004; 2008] jest *Bateria Testów Fonologicznych* BTF IBE autorstwa Grażyny Krasowicz-Kupis, Katarzyny Wiejak i Katarzyny

M. Bogdanowicz [2015]. Składa się ona z 14 testów i obejmuje różne szczegółowe zadania, takie jak: słuch fonemowy i różnicowanie struktury fonologicznej, rozpoznawanie i tworzenie aliteracji oraz rymów, płynność w zakresie rymów i aliteracji, zadania łączenia sylab i głosek w słowa i pseudosłowa, zadania dzielenia na głoski i sylaby słów prawdziwych i sztucznych, a także usuwanie sylab i głosek ze słów. Bateria ta ma dwie odrębne wersje: dla grupy rocznego przygotowania przedszkolnego oraz dla uczniów pierwszej i drugiej klasy. W BTF IBE otrzymujemy różne rodzajów wyników, w tym:

- 1) łączny dla całej baterii, tzw. *Iloraz Funkcji Fonologicznych* (IFF), opisujący ogólny poziom rozwoju fonologicznego badanego dziecka;
- 2) dla podskal: fonemowej, sylabowej, metajęzykowej oraz płynności;
- 3) dla 14 podtestów oceniających szczegółowe sprawności fonologiczne.

Struktura baterii umożliwia ocenę wielu różnych funkcji fonologicznych, dzięki czemu daje możliwość wskazania licznych szczegółowych i wąskich deficytów, a jednocześnie bardziej trafnego ukierunkowania działań pomocowych.

Żadne z opisanych narzędzi nie jest dostosowane dla grupy dzieci z zaburzeniami artykulacyjnymi. Autorzy zazwyczaj dopuszczają możliwość badania dzieci z nieprawidłową wymową pod warunkiem, że diagnosta jest w stanie kontrolować jej wpływ na wykonanie zadań testowych. Może to więc dotyczyć prostych, pojedynczych substytucji. Natomiast żadne z tych narzędzi nie nadaje się do badania dzieci z bardziej złożonymi zaburzeniami.

Projekt nowego narzędzia do oceny sprawności fonologicznych

Projekt narzędzia do badania sprawności fonologicznych dostosowanego do dzieci z zaburzeniami wymowy wyrósł z zainteresowania specyfiką pomiaru sprawności fonologicznych dzieci z zaburzeniami w realizacjach dźwięków mowy, a także z sygnalizowanej już wcześniej tendencji do opisywania zaburzeń wymowy nie tylko w aspekcie artykulacyjnym, anatomiczno-funkcjonalnym, ale także fonologicznym. Ponadto inspiracją do jego opracowania były doniesienia z literatury przedmiotu o obniżonej krótkotrwałej i roboczej pamięci fonologicznej u dzieci z zaburzeniami wymowy [Cabbage, Farquharson, Hogan, 2015; Farquharson, Hogan, Bernthal, 2018] oraz refleksje z badań własnych Trębacz-Ritter [2025], obejmujących pomiar krótkotrwałej pamięci fonologicznej w grupie dzieci z przetrwałymi zaburzeniami wymowy z wykorzystaniem wcześniej opisanego *Zetotestu*. Podczas badań autorka zastanawiała się, w jakim stopniu nieprawidłowa realizacja pseudosłowa wynika z trudności w zapamiętaniu wzorca słuchowego, a następnie jego wiernym odtworzeniu, a w jakim z problemów artykulacyjnych [por. Shriberg, 2009]. Budowa sztucznych słów była nierzadko trudna, szczególnie w zakresie doboru głosek czy połączeń fonotaktycznych,

np. *waćkrodlazek*. Innym powodem dla stworzenia narzędzia był brak polskojęzycznego testu do oceny planowania fonologicznego (*phonological planning*) mierzonego poprzez ocenę spójności (*consistency*) w realizacji słów w trzech niezależnych seriach podczas jednego spotkania diagnostycznego [Dodd i in., 2006; 2023]. W języku angielskim wspomniany test wykorzystuje się w diagnozie niekonsekwentnego zaburzenia fonologicznego (*inconsistent phonological disorder*), charakteryzującego się brakiem stabilności nieprawidłowych realizacji dźwięków w wyrazach, często o charakterze idiosynkratycznym, a nie rozwojowym, co istotnie wpływa na stopień zrozumiałości wypowiedzi. Oznacza to, że dziecko może wypowiadać jedno słowo na kilka różnych sposobów, np. *łyzy* – *zły, łzły, zy, wzy, bzy*, ponieważ jego reprezentacja fonologiczna jest niedostatecznie ustabilizowana, niekompletna lub dostęp do niej jest ograniczony chociażby ze względu na obniżoną pojemność pamięci fonologicznej [Dodd, 2005; Rvachew, Matthews, 2024].

W rezultacie zaproponowano ocenę trzech aspektów związanych ze sprawnościami fonologicznymi: planowania fonologicznego, krótkotrwałej oraz roboczej pamięci fonologicznej, a standaryzację testu – poprzedzoną badaniem pilotażowym – przeprowadzono wśród dzieci z klas 0–III poznańskich i lubelskich przedszkoli i szkół podstawowych, w okresie od lutego do kwietnia 2025 roku. Test obejmuje trzy skale: (1) *Planowanie Fonologiczne*, (2) *Pamięć Fonologiczna – Pseudosłowa* oraz (3) *Pamięć Fonologiczna – Litery i Cyfry*. W jego strukturze znalazło się pięć różnych zadań, z których jedno powtarza się trzykrotnie podczas sesji (tab. 1).

Tabela 1. Układ zadań w teście

Kolejność zadań w teście	
1	Planowanie Fonologiczne (nazywanie obrazków – 1 seria)
2	Pamięć Fonologiczna – Pseudosłowa (powtarzanie pseudosłów)
3	Planowanie Fonologiczne (nazywanie obrazków – 2 seria)
4	Pamięć Fonologiczna – Litery i Cyfry (powtarzanie sekwencji cyfr/liter)
5	Pamięć Fonologiczna – Litery i Cyfry (odwracanie sekwencji cyfr/liter)
6	Planowanie Fonologiczne (nazywanie obrazków – 3 seria)
7	Pamięć Fonologiczna – Litery i Cyfry (porządkowanie sekwencji cyfr/liter zgodnie z regułą)

Źródło: opracowanie własne.

Dobór wyrazów do zadań był zróżnicowany i zależał od rodzaju materiału językowego podlegającego ocenie. W przypadku wyrazów znaczących, będących podstawą podtestu planowania fonologicznego, wykorzystano słownik frekwencyjny Haliny Zgółkowej, który powstał na bazie korpusu spontanicznych tekstów gromadzonych w latach 2010–2015, a pochodzących z grupy 2586 dzieci w wieku 2,6–7 lat [Zgółkowa, 2016, s. 10]. Uwzględniono słowa zarówno o wysokiej, jak i niskiej frekwencji, a dodatkowymi kryteriami ich doboru były m.in. różnorodność fonemów

i połączeń fonotaktycznych, zróżnicowana długość wyrazów czy możliwość ich jednoznacznego graficznego przedstawienia, dlatego najchętniej wykorzystywano rzeczowniki lub przymiotniki wprowadzane zdaniami kontekstowymi, np. *Dziewczynce po policzkach płyną...* [łzy], *Na choince wiszą...* [bombki], *Zupa z pomidorów to zupa...* [pomidorowa]. Podczas wypowiedzania zdania przez diagnostę dziecko widzi ilustrację pomocną w odpowiednim dokończaniu zdania. Ważne jest, aby dziecko każdorazowo samodzielnie kończyło zdanie, bez modelowania wzorca przez osobę prowadzącą badanie. Dlatego, jeśli dziecko nie poda słowa lub np. użyje zdrobnienia, osoba badająca może użyć podpowiedzi, które są częścią instrukcji. Celowo zrezygnowano z konwencji odpytywania, np. *Co to jest?*, aby nadać sytuacji testowej większą dynamikę. W tym zadaniu kryterium łatwości artykulacyjnej głosek nie jest istotne, ponieważ pomiar dotyczy spójności realizacji słów w trzech seriach na przestrzeni jednego spotkania diagnostycznego z dzieckiem, przeplatanych zadaniami na ocenę pamięci fonologicznej, zgodnie z procedurą przeprowadzania testu. Jeśli dziecko realizuje wyraz błędnie, ale za każdym razem tak samo, np. *krzydła-krzydła-krzydła* [skrzydła], realizacja jest punktowana, ponieważ kryterium oceny jest powtarzalność realizacji, a nie jej zgodność ze wzorcem.

W zadaniach mierzących pamięć fonologiczną zaplanowano użycie zróżnicowanego materiału testowego – pseudosłów oraz cyfr/liter. W skali *Pamięć Fonologiczna-Pseudosłowa* wykorzystano nieznaczące/sztuczne słowa o budowie fonotaktycznej charakterystycznej dla języka polskiego (*high phonotactic probability, high wordlikeness words*) – tzw. pseudosłów (*target-like*), jednocześnie niezawierające fonemów trudnych artykulacyjnie. W tym celu innowacyjnie użyto neologizmów dziecięcych zebranych ponownie w słowniku frekwencyjnym Zgółkowej [2016], które, tworzone w okresie intensywnego rozwoju językowego, uwzględniają specyfikę języka polskiego, ale nie są słowami realnie w nim funkcjonującymi.

Podczas selekcji neologizmów starano się wybierać takie, które nie budzą bezpośrednich skojarzeń ze słowami języka polskiego, np. *cynamowyla, opcin, hilagonka*. Jak wspomniano, ważnym kryterium doboru pseudosłów było wykluczenie fonemów zwarto-szczelinowych /cz, dź/, szczelinowych /sz, ź/ oraz półotwartego /r/, które w języku polskim są najpóźniej nabywanymi fonemami [Bryndal, 2015], a ponadto najczęściej nieprawidłowo realizowanymi u progu edukacji szkolnej [Jastrzębowska, 2003; Gacka, Kaźmierczak, 2017; Minczakiewicz, 2017].

W tym miejscu trzeba wspomnieć, że podobny test przeznaczony dla uczniów anglojęzycznych z zaburzeniami mowy opracował Lawrence Shriberg [Shriberg i in., 2009]. *Test Powtarzania Sylab (The Syllable Repetition Task)* to zestaw osiemnastu itemów – sztucznych wyrazów zbudowanych z sylab otwartych zawierających wyłącznie pięć prymarnych fonemów: /b, m, d, n, a/. Wydaje się jednak, że jego bezpośrednie przełożenie na język polski nie pozwoliłoby na rzetelną ocenę kompetencji uczniów polskojęzycznych z kilku powodów. Po pierwsze, niektóre z wyrazów niosą znaczenie w języku polskim, np. /dama/, /bada/, więc nie są już dłużej wyrazami

pozbawionymi sensu. Po drugie, mimo iż użyte w teście fonemy pojawiają się najwcześniej w ontogenezie mowy w wielu językach, w języku polskim aż dwa z nich mogą podlegać ubezdźwięcznieniu. O ile mowa bezdźwięczna nie jest częstym zjawiskiem w grupie dzieci z klas 0–III, to mając na uwadze i tak małą liczbę użytych fonemów w teście Shriberga ($n = 5$), kryterium dźwięczności: bezdźwięczności mogłoby wpływać na wyniki, szczególnie jeśli diagnostą byłby logopeda z małym doświadczeniem lub inny specjalista udzielający wsparcia w ramach pomocy psychologiczno-pedagogicznej, np. pedagog czy psycholog.

Ponadto język polski jest językiem w dużo większym stopniu spółgłoskowym niż język angielski [Jassem, 2003], a Piotra Łobacz [2005, s. 248] zauważa, że im bardziej dany język określa się jako spółgłoskowy, tym wcześniej kombinacje spółgłoskowe pojawiają się w rozwoju mowy dziecka. Zgodnie z analizami językoznawczyni Anny Dobrogowskiej w języku polskim występuje aż 160 kombinacji dwuspolgłoskowych i 100 kombinacji trzyspolgłoskowych w nagłosie wyrazów, a dla języka angielskiego wartości te wynoszą odpowiednio 46 i 11 [za Szewczyk i in., 2018]. Dodatkowo język polski cechuje różnorodność struktur morfologicznych i morfosyntaktycznych, m.in. ze względu na złożony system deklinacji rzeczowników czy koniugacji czasowników, co także pozwala sądzić, że pseudowyrazy zaproponowane w *Teście Powtarzania Sylab* Shriberga prawdopodobnie byłyby zbyt łatwe dla dzieci polskojęzycznych.

Wyselekcjonowany materiał językowy do skali: *Planowanie Fonologiczne i Pamięć Fonologiczna – Pseudosłowa* oceniło siedmiu sędziów kompetentnych, w tym dwóch pracowników naukowych z doświadczeniem w badaniu języka i komunikacji dziecka oraz pięciu logopedów praktyków i nauczycieli edukacji przedszkolnej/wczesnoszkolnej. Kierując się zgodnością ich ocen, wybrano itemy do badania pilotażowego, na podstawie którego wybrano następnie ostateczne pozycje testowe do badania właściwego. Kolejność słów w skali *Planowanie Fonologiczne* jest losowa. W skalach pamięci fonologicznej pseudowyrazy ułożone są w pięciu seriach od wyrazów dwusylabowych do pięciosylabowych, np. *ziemboć – kosmoty – hilagonka – optupywałe*, a liczba cyfr/liter zwiększa się od trzech do maksymalnie sześciu w każdej z sekwencji. Warto uzupełnić, że w doborze cyfr i liter również kierowano się kryterium trudności artykulacyjnej, ponownie rezygnując z fonemów szeregu szumiącego, syczącego oraz fonemu /r/.

Co więcej, ostatnie z zadań może mieć dużą wartość diagnostyczną, ponieważ jak dotąd nie opracowano testu do badania roboczej pamięci fonologicznej, z którego mogliby korzystać logopedzi lub nauczyciele bez wykształcenia psychologicznego.

Podsumowując, proponowane narzędzie zdaje się nie tylko mieć potencjał w kontekście dalszych badań naukowych, ale istotny jest jego wymiar aplikacyjny w diagnozie logopedyczno-pedagogicznej. Świadomość, że zaburzenia wymowy mogą mieć wspólne podłoże z zaburzeniami czytania i pisanja, sprawia, że zindywidualizowana ocena sprawności fonologicznych dzieci z trudnościami w realizacjach

dźwięków mowy, która wykracza poza prostą ocenę analizy i syntezy sylabowej/fonemowej, powinna stać się standardem w postępowaniu logopedycznym. Ocena ta powinna pojawić się zarówno na początku terapii – gdy chcemy rozpoznać dominujące podłoże nieprawidłowości, jak i na jej końcu – gdy prawidłowa wymowa głosek jest już ustabilizowana. Progres w realizacji dźwięków mowy nie zawsze musi bowiem oznaczać, że nie ma już problemów w zakresie sprawności fonologicznych, które mogą prowadzić do trudności w czytaniu i pisaniu [Cabbage i in., 2018].

Artykuł opisuje projekt narzędzia w ogólnym zarysie. Bardziej szczegółowa charakterystyka testu wraz z opisem procedury badania pilotażowego, standaryzacyjnego i własności psychometrycznych będzie przedmiotem kolejnych publikacji.

Podsumowanie

Chociaż brakuje aktualnych statystyk na temat powszechności występowania wad wymowy wśród dzieci w wieku przedszkolnym i młodszym wieku szkolnym, z doświadczeń specjalistów praktyków wynika, że coraz więcej dzieci, uczniów wymaga wsparcia z powodu nieprawidłowych realizacji głosek. Najczęściej terapia tych dzieci kojarzona jest z ćwiczeniami usprawniającymi aparat artykulacyjny oraz powtarzaniem wyrazów z aktualnie ćwiczoną głoską, mimo że wiemy coraz więcej na temat uwarunkowań fonologicznych, które mogą być wspólne dla trudności w czytaniu i pisaniu oraz zaburzeń wymowy. Omówione w artykule najczęściej wykorzystywane narzędzia do badania sprawności fonologicznych nie są dostosowane do tych dzieci. Budowa materiału wyrazowego/pseudowyrazowego, który dziecko ma powtarzać po osobie badającej lub na którym ma dokonywać pewnych operacji, np. zmiany kolejności lub pomijania głosek, często jest dość trudna ze względu na dobór głosek czy połączeń fonotaktycznych, np. *łanakoszyrek, otparastak, szfałymachaj, onczygrurich, siabenerek, felarstfo*. O ile autorzy tych testów w instrukcji do badania często uwzględniają dzieci z wadami wymowy, sugerując, aby rozwojowe substytucje głosek, np. /r/ na /l/ lub /j/, traktować jako realizacje poprawne, o tyle problem pojawia się wtedy, gdy realizacje mają charakter specyficzny, niesystemowy, z czym w praktyce mamy częściej do czynienia.

Mając na uwadze znaczenie fonologii dla rozwoju językowego i komunikacji pisemnej dziecka, propozycja nowego narzędzia wychodzi naprzeciw zauważonym ograniczeniom dostępnych na rynku diagnostycznym narzędzi w badaniu dzieci z zaburzeniami wymowy. Dzięki wykluczeniu najpóźniej nabywanych głosek o trudnej budowie artykulacyjnej, w tym /r/, /ż/, /cz/, test obiektywizuje pomiar sprawności fonologicznych. Jest to też pierwszy test do badania roboczej pamięci fonologicznej, z którego będą mogli korzystać przede wszystkim logopedzi, a także pierwszy test z podtestem do badania planowania fonologicznego jako nowego wymiaru w diagnozie sprawności fonologicznych.


Przedstawiony w artykule test uzupełni niewątpliwą lukę w warsztacie diagnostycznym logopedów, ze względu na dostosowania dla dzieci z zaburzeniami wymowy. Kolejne etapy pracy nad narzędziem będą obejmowały opracowanie właściwości psychometrycznych i normalizację.

Literatura

- American Speech-Language-Hearing Association, b.r., *Speech Sound Disorders: Articulation and Phonology*. (Practice Portal), www.asha.org/Practice-Portal/Clinical-Topics/Articulation-and-Phonology/ (dostęp: 30.03.2025).
- Anthony J.L., Aghara R.G., Dunkelberger M.J., Anthony T.I., Williams J.M., Zhang Z., 2011, *What Factors Place Children with Speech Sound Disorders at Risk for Reading Problems?*, „American Journal of Speech-Language Pathology”, vol. 20(2), s. 146–160.
- Bartkowska T., 1968, *Rozwój wymowy dziecka przedszkolnego jako wynik oddziaływań wychowawczych rodziny i przedszkola*, Warszawa: Państwowe Zakłady Wydawnictw Szkolnych.
- Boada K.L., Boada R., Pennington B.F., Peterson R.L., 2022, *Sequencing Deficits and Phonological Speech Errors, But Not Articulation Errors, Predict Later Literacy Skills*, „Journal of Speech, Language, and Hearing Research”, vol. 65(6), s. 2081–2097.
- Bogdanowicz M., 2004, *Ryzyko dysleksji. Problem i diagnozowanie*, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia.
- Bogdanowicz M., Jaworowska A., Krasowicz-Kupis G., Matczak A., Pelc-Pękala O., Pietras I., Stańczak J., Szczerbiński M., 2007, *Diagnoza dysleksji u uczniów kl. III szkoły podstawowej. Przewodnik diagnostyczny*, Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych.
- Brosseau-Lapr e F., Roepke E., 2022, *Implementing Speech Perception and Phonological Awareness Intervention for Children with Speech Sound Disorders*, „Language, Speech, and Hearing Services in Schools”, vol. 53(3), s. 646–658.
- Bryndal M., 2015, *Fonologiczna interpretacja procesów doskonalenia wymowy dziecięcej na tle współczesnych teorii fonologicznych*, Gliwice: Wydawnictwo KOMLOGO.
- Cabbage K.L., Farquharson K., Hogan T.P., 2015, *Speech Perception and Working Memory in Children with Residual Speech Errors: A Case Study Analysis*, „Seminars in Speech and Language”, vol. 36(4), s. 234–246.
- Cabbage K.L., Farquharson K., Iuzzini-Seigel J., Zuk J., Hogan T.P., 2018, *Exploring the Overlap Between Dyslexia and Speech Sound Production Deficits*, „Language, Speech, and Hearing Services in Schools”, vol. 49(4), s. 774–786.
- Dodd B., 2005, *Differential Diagnosis and Treatment of Children with Speech Disorder*, London – Philadelphia: Whurr Publishers Ltd.
- Dodd B., 2014, *Differential Diagnosis of Pediatric Speech Sound Disorder*, „Current Developmental Disorders Reports”, vol. 1, s. 189–196.
- Dodd B., Holm A., Crosbie S., McIntosh B., 2006, *A core vocabulary approach for management of inconsistent speech disorder*, „Advances in Speech Language Pathology”, vol. 8(3), s. 220–230.
- Dodd B., McIntosh B., Crosbie S., Holm A., 2023, *Diagnosing inconsistent phonological disorder: quantitative and qualitative measures*, „Clinical Linguistics & Phonetics”, vol. 38(5), s. 453–476.
- Elliott J.G., Grigorenko E.L., 2014, *The dyslexia debate*, New York: Cambridge University Press.
- Farquharson K., 2015, *Language or motor: Reviewing categorical etiologies of speech sound disorders*, „Frontiers in Psychology”, vol. 6, 1708.

- Farquharson K., 2019, *It might not be "Just Artic": The Case for the Single Sound Error*, „Perspectives of the ASHA Special Interests Group”, vol. 4, s. 76–84.
- Farquharson K., Hogan T.P., Bernthal J.E., 2018, *Working memory in school-age children with and without a persistent speech sound disorder*, „International Journal of Speech-Language Pathology”, vol. 20(4), s. 422–433.
- Gacka E., Kaźmierczak M., 2017, *Przesiewowe badania mowy jako przykład działań z zakresu profilaktyki logopedycznej*, „Logopaedica Lodziensia”, nr 1, s. 31–42.
- Haman E., Etenkowski B., Łuniewska M., Szwabe J., Dąbrowska E., Szreder M., Łaziński M., 2011, *CHILDES Polish CDS (Child-Directed Speech) Corpus*, <https://talkbank.org/childes/access/Slavic/Polish/Polish-CDS.html> (dostęp: 30.03.2025).
- International Expert Panel on Multilingual Children's Speech, 2012, *Multilingual children with speech sound disorders: Position Paper*. Bathurst, NSW, Australia: Research Institute for Professional Practice, Learning & Education (RIPPLE), <https://www.csu.edu.au/research/multilingual-speech/position-paper> (dostęp: 30.03.2025).
- Jassem W., 2003, *Polish*, „Journal of the International Phonetic Association”, vol. 33(1), s. 103–107.
- Jastrzębowska G., 2003, *Stan i perspektywy opieki logopedycznej w Polsce*, [w:] T. Gałkowski, G. Jastrzębowska (red.), *Logopedia. Pytania i odpowiedzi. Tom 1. Interdyscyplinarne podstawy logopedii*, Opole: Uniwersytet Opolski, s. 301–314.
- Jaworowska A., Matczak A., Stańczak J., 2010, *Diagnoza dysleksji. Aneks do Przewodnika diagnostycznego. Normalizacja dla uczniów klasy V szkoły podstawowej*, Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
- Kania J.T., 1982, *Szkice logopedyczne*, Lublin: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- Kostrzewski J., 1987, *Skala pomiaru percepcji słuchowej słów*, wydanie eksperymentalne IV (niepublikowane), Łódź: Zakład Psychologii Osobowości i Psychologii Klinicznej Uniwersytetu Łódzkiego.
- Krasowicz-Kupis G., 1999, *Rozwój metajęzykowy a osiągnięcia w czytaniu u dzieci 6–9-letnich*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Krasowicz-Kupis G., 2004, *Rozwój świadomości językowej dziecka. Teoria i praktyka*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Krasowicz-Kupis G., 2008, *Psychologia dysleksji*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Krasowicz-Kupis G., 2019, *Nowa psychologia dysleksji*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Krasowicz-Kupis G., Wiejak K., Bogdanowicz K.M., 2015, *Bateria Testów Fonologicznych BTF IBE*, Warszawa: Instytut Badań Edukacyjnych.
- Krasowicz-Kupis G., Matczak A., Jaworowska A., Fecenec D., 2023, *IDS-2 w diagnozowaniu dysleksji i jej ryzyka*, Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych.
- Krasowicz-Kupis G., Wiejak K., Bedyńska S., Błaszczak A., Kaczan R., Kaczmarek M., Kochańska M., Knopik T., Krejtz I., Łuniewska-Etenkowska M., Orylska A., Papuda-Dolińska B., Rycielski P., Rydzewska K., Sędek G., Smoczyńska M., Zieliński P., 2022, *Kompleksowa Analiza Procesów Poznawczych – bateria diagnostyczna KAPP dla dzieci i młodzieży ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi*, Warszawa: Instytut Badań Edukacyjnych.
- McLeod S., Baker E., 2017, *Children's Speech. An Evidence-Based Approach to Assessment and Intervention*, Boston: Pearson.
- Melby-Lervåg M., Lyster S.A., Hulme C., 2012, *Phonological skills and their role in learning to read: a meta-analytic review*, „Psychological Bulletin”, vol. 138(2), s. 322–352.
- Minczakiewicz E.M., 2017, *Dyslalia na tle innych wad i zaburzeń mowy u dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym*, „Konteksty Pedagogiczne”, t. 1, nr 7, s. 149–169.
- Lipowska M., 2001, *Profil rozwoju kompetencji fonologicznej dzieci w wieku przedszkolnym*, Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.

- Łobacz P., 2005, *Prawidłowy rozwój mowy dziecka*, [w:] T. Gałkowski, G. Jastrzębowska, E. Szela (red.), *Podstawy neurologopedii*, Opole: Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, s. 231–270.
- Preston J.L., Hull M., Edwards M.L., 2013, *Preschool speech error patterns predict articulation and phonological awareness outcomes in children with histories of speech sound disorders*, „American Journal of Speech-Language Pathology”, vol. 22(2), s. 173–184.
- Radtke B., Sajewicz-Radtke U., 2024, *Specjalistyczna bateria diagnozy zdolności poznawczych i umiejętności szkolnych SB6/18*, Gdańsk: Pracownia Testów Psychologicznych i Pedagogicznych.
- Rvachew S., Matthews T., 2024, *Considerations for identifying subtypes of speech sound disorder*, „International Journal of Language & Communication Disorders”, vol. 59(5), s. 2146–2157.
- Shriberg L.D., Lohmeier H.L., Campbell T.F., Dollaghan C.A., Green J.R., Moore C.A., 2009, *A nonword repetition task for speakers with misarticulations: the Syllable Repetition Task (SRT)*, „Journal of Speech, Language, and Hearing Research”, vol. 52(5), s. 1189–1212.
- Snowling M.J., 2001, *Dyslexia*, Oxford: Blackwell Publishers.
- Snowling M., Nash H.M., Gooch D.C., Hayiou-Thomas M.E., Hulme C., 2019, *Developmental outcomes for children at high risk of dyslexia and children with developmental language disorder*, „Child Development”, vol. 90(5), s. e548–e564.
- Spionek H., 1973, *Zaburzenia rozwoju uczniów a niepowodzenia szkolne*, Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Styczek I., 1982, *Badanie i kształtowanie słuchu fonematycznego. Komentarz i tablice*, Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- Szewczyk J.M., Marecka M., Chiat S., Wodniecka Z., 2018, *Nonword repetition depends on the frequency of sublexical representations at different grain sizes: Evidence from a multi-factorial analysis*, „Cognition”, vol. 179, s. 23–36.
- Szewczyk J., Smoczyńska M., Haman E., Łuniewska M., Kochańska M., Załupska J., 2015, *Test Powtarzania Pseudosłów TPP. Podręcznik*, Warszawa: Instytut Badań Edukacyjnych.
- Trębacz-Ritter A., 2025, *Przetrwałe zaburzenia wymowy a osiągnięcia szkolne i integracja szkolna uczniów kończących etap edukacji wczesnoszkolnej*, Poznań: Wydawnictwo Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza.
- Vellutino F., Fletcher J., Snowling M., Scanlon D., 2004, *Specific reading disability (dyslexia), what have we learnt in the past four decades?*, „Journal of Child Psychology and Psychiatry”, vol. 45, s. 2–40.
- Walquist-Sorli L., Caglar-Ryeng Ø., Furnes B., Nergård-Nilssen T., Donolato E., Melby-Lervåg M., 2025, *Are Speech Sound Difficulties Risk Factors for Difficulties in Language and Reading Skills? A Systematic Review and Meta-Analysis*, „Journal of Speech, Language, and Hearing Research”, vol. 68(1), s. 164–177.
- Zgólkowa H., 2016, *Słownictwo dzieci w wieku przedszkolnym w latach 2010–2015. Listy frekwencyjne*, Poznań: Wydawnictwo Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza.
- Zhang X., Tomblin J.B., 2000, *The association of intervention receipt with speech-language profiles and social-demographic variables*, „American Journal of Speech-Language Pathology”, vol. 9(4), s. 345–357.

Tomasz Woźniak  <https://orcid.org/0000-0002-6745-9639>

Uniwersytet Łódzki, Zakład Dialektologii Polskiej i Logopedii, ul. Pomorska 171/173, 90-236 Łódź,
e-mail: tomasz.wozniak@uni.lodz.pl

Terapia osób jękających się według Stanisława Wilczewskiego. Analiza w perspektywie historycznej

Therapy of People who Stutter According to Stanisław Wilczewski. An Analysis in Historical Perspective

Słowa kluczowe: logopedia, jękanie, terapia osób jękających się, kształtowanie płynności mowy

Keywords: speech-language therapy, stuttering, stuttering therapy, fluency shaping

Streszczenie

Artykuł stanowi opis założeń teoretycznych i rozwiązań metodycznych zastosowanych w metodzie kształtowania płynności mówienia opracowanej przez Stanisława Wilczewskiego. Przywołana została sylwetka autora metody, omówiono również historię jej stosowania – w przeszłości i obecnie. W dyskusji podjęto próbę interpretacji skuteczności oddziaływań zastosowanych w metodzie.

Abstract

The article is a description of the theoretical assumptions and methodological solutions used in the method of shaping fluency of speech developed by Stanisław Wilczewski. The profile of the author of the method is also recalled, and the history of its application, past and present, is discussed in an attempt to interpret the effectiveness of the interventions used in the method.

Funding Information: Uniwersytet Łódzki, Zakład Dialektologii Polskiej i Logopedii.

Declaration regarding the use of GAI tools: Not used.

Conflicts of interests: None.

Ethical considerations: The Author assures of no violations of publication ethics and takes full responsibility for the content of the publication.

Received: 2025.03.30. Accepted: 2025.04.27.



© by the Author, licensee Łódź University – Łódź University Press, Łódź, Poland. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution license CC-BY-NC-ND 4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

Wprowadzenie

W dyskusji nad metodami stosowanymi w terapii osób jękających się można z jednej strony zgodzić się z konkluzją, że różne techniki i metody kształtowania płynności mowy czy też modyfikacji nie płynności są przydatne, choć prowadzą do zbliżonych rezultatów w zakresie redukcji objawów nie płynności mówienia, ale z drugiej strony można też całkowicie odrzucić model terapii opartej na potrzebie kształtowania płynności. Ma to miejsce w popularnym obecnie podejściu neuroafirmatywnym (model społeczny, terapia komunikacyjna), które zakłada odejście od modelu „medycznego”, próbującego usunąć stan powodujący niepełnosprawność, na rzecz terapii w teorii mającej na uwadze całościowy dobrostan osoby i jakość życia [Constantino, Campbell, Simpson, 2022]. Oba stanowiska nie muszą się wzajemnie wykluczać, co zostanie omówione w dyskusji końcowej.

Faktem jest, że większość osób jękających się chce mówić płynnie, więc ocena skuteczności interwencji terapeutycznej w tym zakresie jest zagadnieniem istotnym. W przypadku dzieci w wieku szkolnym i młodzieży porównanie efektów uzyskanych za pomocą samych metod kształtowania płynności i wyników terapii kompleksowej, łączącej kształtowanie płynności z terapią behawioralno-poznawczą, prowadzi do podobnych wyników w zakresie płynności. W ocenie porównawczej brano pod uwagę:

- 1) ilościowy pomiar nie płynnych sylab na sekundę,
- 2) jakościową ocenę naturalności mówienia,
- 3) wyniki skal lękowych,
- 4) ocenę utrzymywania się efektów po długim terminie od zakończenia terapii (od 2 do 6 lat).

Otrzymane wyniki wskazują, że na koniec każdej rzetelnie prowadzonej terapii u 90% pacjentów wynik oceny płynności wynosił poniżej 2% nie płynnych sylab (NS) (w porównaniu ze średnim początkowym poziomem 10–13% NS). Po roku wynik ten zwiększał się średnio do 2–3% NS, przy czym utrzymywały się poprawa jakościowa mowy (w tym normalne tempo mówienia) i zmniejszony poziom lęku. Po 5 latach u 28% pacjentów wyniki nadal pozostawały w granicach normy, u 50% występowała nieznacznie podniesiona nie płynność, natomiast u 12% nastąpił nawrót jękania. Efekt poprawy płynności utrzymywał się zatem u 78% pacjentów w obu grupach, ale grupa poddana terapii kompleksowej wykazywała po 5 latach niższy poziom lęku, co oznacza także wyższą jakość życia [Craig i in., 1996; Craig, 2010].

Najnowsze opracowania zagadnienia skuteczności interwencji terapeutycznej w jękaniu zwracają uwagę na niewielką liczbę randomizowanych badań w tym zakresie i ryzyko stronniczości w prezentacji wyników – referowane mogą być tylko pozytywne wyniki. Jednak nieliczne rzetelne badania wykonywane za pomocą metod neuroobrazowania, które dotyczą stosowania różnych terapii: modyfikacji mówienia, technik wykorzystujących metronom, mowę chóralną, stymulację przezczaszkową prądem stałym lewej okolicy czołowej czy stosowania leków oddziałujących na układ

dopaminergiczny, wykazują, że pod wpływem terapii dokonują się zmiany w zakresie funkcji mowy w mózgu, wskazujące na działanie mechanizmów neuroplastyczności [Chang i in., 2025]. Natomiast inne badania randomizowane, obejmujące różnorodne metody leczenia i mierniki wyników dla dorosłych osób jękających się, wykazują brak istotnych różnic między grupą objętą interwencją a grupą kontrolną w zakresie poprawy komunikacji i funkcjonowania psychospołecznego, co dowodziłoby małej skuteczności oddziaływań terapeutycznych [Connery, Galvin, McCurtin, 2020].

Biorąc pod uwagę powyższe dane, można przyjąć, że mimo upływu lat nie powstała metoda gwarantująca pewny sukces, dlatego warto przypomnieć oryginalną polską metodę kształtowania płynności mówienia, stworzoną przez Stanisława Wilczewskiego blisko sto lat temu, nazywaną często mało precyzyjnie „usuwaniem jękania w śpiewie”. Ważne jest to tym bardziej, że literatura na ten temat jest bardzo skromna. Autorzy skupiają się w większym stopniu na osobie samego twórcy, a nie na podstawach teoretycznych i przyjętych rozwiązaniach metodologiczno-praktycznych. Można założyć, że etapy terapii i wskazówki metodyczne ich realizacji nie były dokładniej opisywane, poza opracowaniem Władysława Basisty [por. Basista, 2016; także Wilczewski, 1967; Chmielowicz, 1983; Karkosz, 1993; Szewczyk, 2013; Buchta, 2015]. Techniki użyte w tej metodzie, ze względu na swoją skuteczność, wynoszącą 80% [Buchta, 2015, s. 19], porównywalne są z cytowanymi wcześniej danymi i nadal stosowane we współczesnej terapii logopedycznej w Polsce. Często nie przywołuje się jednak autorskich, źródłowych założeń i rozwiązań leżących u ich podstaw. Metoda Wilczewskiego warta jest interpretacji w perspektywie historycznej i w świetle współczesnej refleksji teoretycznej na temat przyczyn i mechanizmów jękania, tym bardziej że analogiczne rozwiązania są popularne i stosowane współcześnie także poza granicami Polski (np. technika *smooth slow speech* stosowana w Centrum Michaela Palina w Wielkiej Brytanii).

Historia metody

Twórca i jego dokonania

Stanisław Wilczewski urodził się w 26 kwietnia 1886 roku we Wrocławiu (wówczas Breslau). Był synem Leona von Wilczewskiego, naukowca, i Olgi z d. Weiner, pianistki [Karkosz, 1993, s. 54]. W roku 1904 wstąpił do seminarium duchownego, a w roku 1909 przyjął święcenia kapłańskie [Szewczyk, 2013, s. 102].

Zainteresowanie logopedią (która przed pierwszą wojną światową jeszcze nie istniała samodzielnie; poprawniej należałoby użyć terminu „fonetyką stosowaną”) wynikało z doświadczeń osobistych księdza, nadużywanie głosu podczas wygłaszania licznych kazań spowodowało bowiem u niego fonastenię. W 1915 roku rozpisał ankietę dla księży całej ówczesnej archidiecezji wrocławskiej, która wykazała, iż w czasie nauki religii, na ambonie i przy innych zajęciach duszpasterskich księża męczą się głosowo na skutek nieprawidłowego używania narządów głosu, przez co

skuteczność ich pracy jest ograniczona. Lekarze laryngolodzy potwierdzili hipotezę ks. Wilczewskiego, iż wiele schorzeń głosowych powstaje na skutek nieprawidłowego używania narządów głosu i mowy, a leczenie farmakologiczne nie daje rezultatu [Szewczyk, 2013, s. 102].

Chęć profesjonalnego zaangażowania się w tym zakresie spowodowała, że Wilczewski w 1916 roku podjął studia z fonetyki eksperymentalnej i filologii na Uniwersytecie w Hamburgu oraz w Państwowym Laboratorium Fonetycznym i rozpoczął pracę nad doktoratem pod kierunkiem Giulio Panconcelliego-Calzii, pioniera fonetyki i foniatry. W hamburskiej pracowni studiowali wówczas także inni polscy językoznawcy: Witold Doroszewski, Halina Koneczna-Świdorska, Maria Dłuska. Wilczewski studia fonetyczne ukończył w 1921 roku obroną doktoratu i opracowaniem projektu labiografu, który był następnie wykorzystywany w badaniach prowadzonych w wielu laboratoriach fonetycznych w Europie. Równoległe z pracą naukową Wilczewski prowadził w roku akademickim 1916/1917 pierwszy kurs higieny mowy w seminarium duchownym we Wrocławiu [Karkosz, 1993, s. 55].

W roku 1922 ks. Wilczewski przyjechał do Polski, do Katowic, by zorganizować pionierskie na tym terenie laboratorium fonetyczne, późniejszy Instytut Fonetyczny, który stał się jedną z pierwszych w Polsce placówek propagujących wiedzę logopedyczną i prowadzących terapię zaburzeń mowy. W latach 1924–1927 Wilczewski studiował jeszcze na Uniwersytecie Warszawskim psychologię mowy oraz fonetykę polską. Studia te były uzupełnieniem poprzednio odbytych w Hamburgu, a także umożliwiły mu zapoznanie się z naukową terminologią z tego zakresu w języku polskim [Karkosz, 1993, s. 55].

Następnie Wilczewski kontynuował pracę w zakresie fonetyki stosowanej i wypracował metodę służącą zapobieganiu schorzeniom głosu. Polegała ona na zharmonizowaniu funkcji narządów oddychania i głosu, aby używane były zgodnie z naturalną fizjologiczną prawidłowością. Poprawne ustawienie głosu przez specjalistę, na podstawie podparcia oddechowego (*appoggio*), przy rozluźnionych mięśniach narządów głosu, wraz ze współpracą z lekarzem laryngologiem, dawało w tej dziedzinie dobre wyniki [Szewczyk, 2013, s. 103]. Ponadto zaznaczyć należy, że ks. Wilczewski interesował się estetyką słowa, retoryką i poezją [Basista, 2016, s. 4].

Osobny obszar jego zainteresowań stanowiło jąkanie. Uważał, że przyczyny jąkania tkwią w mózgu, jednak efekt jakichś nieopisanych wówczas zmian dokonuje się na obwodzie, co związane jest z zaburzeniem koordynacji oddychania, zaburzeniami fonacji i wzrostem napięcia mięśniowego [Basista, 2016, s. 5]. Po latach badań i eksperymentów ks. Wilczewski opracował skuteczną metodę usuwania jąkania. Punktem wyjścia było stwierdzenie, że w czasie śpiewu jąkanie nie występuje, gdyż następuje wtedy wydłużanie samogłosek. Zjawisko wydłużania samogłosek w czasie mowy, przy oczywistym zwolnieniu jej tempa, również wpływało na podniesienie płynności wymowy. Obserwacja ta stała się podstawą opracowania metody Wilczewskiego. Połączenie rehabilitacji psychicznej

z odpowiednimi indywidualnymi ćwiczeniami wymowy, przy współpracy osoby towarzyszącej oraz potraktowanie całości leczenia jako sprawy rodziny i społeczności przynosiło bardzo dobre rezultaty. Do ks. Wilczewskiego przyjeżdżały jękające się osoby z całej Polski. Po terapii uzyskiwały one pełną płynność mówienia. Wracały do normalnego życia społecznego i zawodowego [Wilczewski, 1967, s. 109–110; Szewczyk, 2013, s. 103].

Po drugiej wojnie światowej, która przerwała bogatą działalność autora metody, ks. Wilczewski reaktywował Instytut Fonetyczny, który następnie przekazał swojemu uczniowi ks. Władysławowi Basiście.

Do końca życia był bardzo aktywny zawodowo. Jeszcze w latach siedemdziesiątych prowadził w Katowicach kursy terapii jękania dla logopedów, a w latach 1978–1980 jedynotygodniową 20-godzinną praktykę dla 56 słuchaczy Podyplomowych Studiów Logopedii Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie¹.

Ksiądz Wilczewski zmarł 12 czerwca 1980 roku w Katowicach, w 95. roku życia.

W 2016 roku została ustanowiona Nagroda im. ks. Stanisława Wilczewskiego. Ma ona na celu uhonorowanie działań osób lub instytucji, ruchów społecznych służących idei promowania wiedzy o zaburzeniach płynności mowy. Jej fundatorem jest Fundacja Centrum Logopedyczne we współpracy z Fundacją Wiedzy i Dialogu Społecznego Agere Aude, przy współudziale Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach [Regulamin, b.r.].

Założenia teoretyczne

Ksiądz Wilczewski twierdził, że w czasie jego czterdziestoletniej praktyki ani razu nie zauważył, aby osoba jękająca się, zaczynała się kiedykolwiek podczas śpiewania [Wilczewski, 1967, s. 106]. Obserwacja ta była potwierdzana czasami przez same osoby jękające się, ale nie prowadziła ona do zaniku ich jękania ani też do wyciągnięcia wniosków co do sposobu mówienia. Badania prowadzone przez autora metody przywiodły go do konkluzji, że w śpiewie czas realizacji samogłosek dominuje nad czasem realizacji spółgłosek, ponieważ wynika to z istoty śpiewu: tylko na czystych otwartych dźwiękach realizuje się linia melodyczna. Dłuższy czas realizacji samogłosek powoduje, wedle Wilczewskiego, płynność mowy w śpiewie. Fakt ten wiąże się ze zwolnieniem tempa wypowiedzi. Przeniesienie analogicznego sposobu realizacji samogłosek do mowy nieśpiewanej również pozwoli na uzyskanie płynności mowy. Tak więc podstawą metody stała się technika przedłużonego mówienia.

Przyznać należy, że Wilczewski nie rozważał własnych obserwacji i wniosków w odniesieniu do modeli mózgowego przetwarzania mowy i muzyki, choć interesował się neuropsychologią. Wyjaśnieniem tej kwestii jest fakt, że ówczesna

1 Opis organizacji pracy i przykładów zajęć stosowanych w metodzie ks. Wilczewskiego oparty został głównie na niedatowanym i niepublikowanym maszynopisie Elżbiety Sachajskiej, która była uczestnikiem zajęć ze Stanisławem Wilczewskim i spisała przekazywane przez autora metody treści (w archiwum autora).

refleksja naukowa nie była jeszcze gotowa na podjęcie takich wyzwań, a twórcy metody przyświecał cel praktyczny. W dyskusji podsumowującej warto jednak rozważyć założenia Wilczewskiego w tym kontekście.

Samo śpiewne przedłużanie samogłosek było uzupełniane ćwiczeniami kontrolowanego obniżenia napięcia mięśniowego przy głoskach w pozycji nagłosowej, która to technika nazywana jest obecnie techniką delikatnego startu mowy [Chęć, Bijak, Kamińska, 2014].

W ćwiczeniach wykorzystujących obie techniki stosowano nowoczesne na owe czasy nagrania magnetofonowe, pozwalające analizować własne wypowiedzi w dokładniejszym stopniu. Zalecano, aby pacjent konsekwentnie opanowywał sposoby mówienia: wolniejszego, cichszego, niższym głosem i z mniejszym napięciem mięśniowym, co w przeciwieństwie do mówienia szybkiego, głośniego, podniesionym głosem i z dużym napięciem mięśniowym zapewni płynność mowy. Aby terapia przynosiła efekty, Wilczewski stawiał kategoryczne warunki organizacji pracy, obejmujące: stałą obecność osoby towarzyszącej, bliskiej pacjentowi podczas terapii, systematyczny trening, wykorzystywanie w czasie ćwiczeń nagrań i lustra. Lustro musiało być trójdzielne, posiadać otwierane boczne skrzydła, co umożliwiało obserwację twarzy pod różnymi kątami.

Terapia była bardzo wymagająca. Ćwiczenia w gabinecie odbywały się dwa razy w tygodniu przez trzy miesiące. Do domu zalecano codzienne wykonywanie ćwiczeń, co godzinę przez 15 minut z trzygodzinną przerwą na obiad. Uniemożliwiało to naukę czy pracę i wymagało zwolnienia na czas terapii. Zalecano ponadto rezygnację z uprawiania sportu i ograniczenie się do zwykłej gimnastyki, którą autor uważał za godną uwagi [Wilczewski, 1967, s. 109]. W późniejszym okresie podobno Wilczewski złagodził swoje wymagania, ale utrzymywał zalecenie zwolnienia z zajęć wychowania fizycznego w czasie terapii. Po zakończeniu terapii wymagane były wizyty kontrolne: w trzecim i szóstym miesiącu [Basista, 2016, s. 11].

Oprócz techniki mówienia w założeniach teoretycznych ks. Wilczewski zwracał uwagę na aspekty psychiczne i środowiskowe. Dążył do uspokojenia pacjenta i zapewnienia mu odpowiednich warunków [por. Basista, 2016, s. 9–10]. Pierwszym i podstawowym warunkiem była stała obecność osoby towarzyszącej. Osoba ta (np. matka, ojciec, mąż, żona, dziadek, babcia itp.) nie była jedynie obserwatorem czy kontrolerem, ale czynnym uczestnikiem zajęć. Spędzała z pacjentem dużo czasu, a przez pierwsze dni była jedyną osobą, z którą pacjent rozmawiał, tylko za pomocą formowanego sposobu – wolnego i spokojnego. Osoba towarzysząca także miała mówić w taki sposób. Często wykorzystywano ćwiczenia mowy chóralnej, co ułatwiało zwolnienie tempa mowy.

W środowisku, w którym pacjent przebywał, musiała panować spokojna atmosfera. Wilczewski zabraniał także oglądania emocjonujących filmów, co więcej – sugerował w czasie terapii całkowitą rezygnację z oglądania telewizji.

Jako środki pomocnicze zalecano odpoczynek i dłuższy sen. Ponadto w pierwszym miesiącu terapii wymagał wyłączenia pacjenta z załatwiania wszystkich codziennych

spraw (np. robienia zakupów) i skupienia się tylko na ćwiczeniach. Dopiero od drugiego miesiąca można było powoli i stopniowo włączać go w te czynności, ale tylko z osobą towarzyszącą.

Etapy ćwiczeń

Wilczewski wypracował w praktyce terapeutycznej wyraźną etapowość wprowadzania ćwiczeń, której ściśle przestrzegał. Wyróżniał następujące etapy ćwiczeń:

- 1) powtarzanie,
- 2) czytanie,
- 3) opis obrazka,
- 4) opowiadanie przeczytanego tekstu,
- 5) opowiadanie na dowolny temat,
- 6) rozmowa.

Powtarzanie obejmowało kilka elementów ćwiczeń. Pierwszym z nich było przedłużanie samogłosek, drugim rozluźnianie narządów artykulacyjnych, trzecim ćwiczenia delikatnego startu mowy, połączone z przedłużaniem samogłosek. Ćwiczenia zajmowały pierwsze tygodnie terapii.

Każde z ćwiczeń powtarzania z osobą jękającą rozpoczynało się od kilkukrotnego śpiewania znanej piosenki, po czym powtarzało się jej słowa. W czasie pierwszych dni i tygodni tempo powtarzanych słów piosenek musiało być bardzo wolne, a ćwiczenia powinny być wykonywane przed lustrem.

Do rozluźnienia narządów artykulacyjnych przechodzono poprzez powtarzanie ćwiczeń warg przed lustrem – ich otwierania i zamykania, podnoszenia i opuszczania (oddzielnie górnej i dolnej wargi), rozciągania (uśmiech) i wysuwania („ryjek”). Ćwiczenia powtarzano 10–20 razy. Ogromną wagę ks. Wilczewski przykładał do tego, aby w stanie spoczynku wargi osoby jękającej i towarzyszącej były rozluźnione i lekko rozchylone. Zalecał uśmiechanie się do ćwiczących, gdyż człowiek, odwzajemniając uśmiech, nieświadomie rozluźnia wargi. W czasie ćwiczeń otwierania warg trenowano wymowę przedłużonych samogłosek: *a, e, i, o, u*, przy czym poprzedzano je lekkim przydechem, przypominającym głoskę *x*: *xa, xe, x'i, xo, xu*.

Kolejnym elementem ćwiczeń powtarzania było powtarzanie przed lustrem, bez napięcia mięśniowego, poszczególnych spółgłosek, ułożonych wedle kolejnych stref artykulacyjnych: począwszy od wargowych, poprzez przedniojęzykowe, środkowojęzykowe, aż do tylnojęzykowych. Ćwiczone głoski twarde, ich zmiękczone warianty oraz głoski miękkie. Głoski były wymawiane w izolacji, następnie w nagłosie w połączeniu z przedłużonymi samogłoskami *pa, pe, py...*, następnie analogicznie w wyrazach: *palto, pelikan, pole, pusty, pęcherz, pąsowy*, potem w połączeniu ze spółgłoskami: *plecy, płot, ptaki, pszenica*, aż wreszcie w zdaniach: *Państwo polskie posiada piękne pamiątki po poległych powstańcach*. W ten sposób ćwiczono powtarzanie wszystkich spółgłosek. Po opanowaniu ich wymowy przechodzono do ćwiczeń powtarzania wyrazów rozpoczynających się od samogłosek, które były realizowane z przydechem.

Wprowadzanie materiału słownego w wypowiedziach pacjenta odbywało się wedle analogicznego wzorca. Opisany schemat metodyczny ćwiczeń pozostaje niezmienny także we współczesnych propozycjach stosowania techniki delikatnego startu mowy i techniki przedłużonego mówienia [por. Chęć, Bijak, Kamińska, 2014].

Czytanie stanowiło drugi etap ćwiczeń. Rozpoczął się on w chwili, kiedy pacjent opanował przedłużanie głosek i delikatny start mowy. Podczas czytania należało szeroko otwierać usta i uważać na likwidację napięcia mięśniowego w nagłosie. Teksty do czytania były odpowiednio przygotowane, miały bowiem podkreślone samogłoski wymagające wydłużenia. Tempo czytania powinno wynosić jedną sylabę na sekundę, co oznacza, że zdanie *Morze zdaje się być spokojne* należy czytać 9 sekund. Wilczewski zwracał uwagę, aby czytanie nie było monotonne, a wyrazy łączyły się ze sobą.

Opis obrazka stanowił etap przełomowy, gdyż pacjent musiał połączyć zdobyte umiejętności techniczne w zakresie wymowy z planowaniem wypowiedzi, sam znaleźć potrzebne mu słowa i wypowiedzieć je z przedłużaniem samogłosek i wykorzystaniem delikatnego startu. Etap rozpoczynał się od odpowiedzi na pytanie: „Co widzisz na obrazku?”. Schemat odpowiedzi na początku zawsze był ten sam: *Na obrazku widzę...*, np. *misia*. Po opanowaniu tego ćwiczenia można było zadawać pytania pomocnicze, ułatwiające pełniejszy opis np.: „Jak jest ubrany?”, „Co on robi?”, „Gdzie on jest?”. Udzielane odpowiedzi powinny mieć charakter pełnych zdań. Po kilku próbach opis powinien być dokładny i pełny, ale zawsze inicjuje go logopeda lub osoba towarzysząca, a początek odpowiedzi powinien mieć niezmienną konstrukcję. Dopiero po pewnym czasie można było zamienić się rolami.

Kolejny etap – **opowiadanie przeczytanego tekstu** – może przysparzać osobie jąkającej się wiele trudności, szczególnie w stanach napięcia emocjonalnego (słabsza pamięć tekstu) i posiadania uboższego słownictwa. Początkowo pacjent mógł powtarzać zapamiętane części przeczytanego tekstu, ale z czasem opanowywał sztukę opowiadania. Pomagano mu pytaniami, np.: „Kto jest bohaterem?”, „Gdzie to się dzieje?” itp. Możliwe było także przeczytanie tekstu do połowy, a potem dopowiadanie dalszego ciągu: „Jak myślisz, co stało się dalej?”, „Jak postąpił bohater?” itp.

Z kolei **opowiadanie na dowolny temat** zależne było od wielu czynników: wieku, zainteresowań, wiedzy pacjenta. Chodziło o to, by opowiadanie sprawiało emocjonalną przyjemność jąkającej się osobie. Przygotowane opowiadanie zostawało zaprezentowane przez pacjenta przy użyciu opisywanych technik mówienia, a podczas kolejnych zajęć logopeda lub osoba towarzysząca przerywali opowiadanie pytaniami, co sprawiało, że wkraczano powoli i łagodnie w etap rozmowy.

Rozmowa to ostatni etap ćwiczeń. Najprostszą jej formą było zadawanie pytań i uzyskiwanie odpowiedzi, co sprawdzano już przy opisie obrazka. Początkowo logopeda lub osoba towarzysząca inicjowali wymianę, stroną reagującą był pacjent. Z czasem role się zmieniały. Zachęcano osobę jąkającą się do zadawania pytań.

Wilczewski sugerował, aby z czasem rozmowy przekształcały się w dyskusje, a nawet polemiki o charakterze emocjonalnym. Jeśli pacjent w emocjach potrafił mówić płynnie, oznaczało to, że jękanie zostało usunięte.

Wieloletnia praktyka wykazała, że nie każdy pacjent musiał przejść przez wszystkie etapy. Również nie każdy musiał być zwalniany z zajęć szkolnych czy zawodowych. Autor metody utrzymywał tylko zalecenia odnoszące się do ograniczenia ćwiczeń fizycznych na czas trwania terapii. Zróżnicowany był prawdopodobnie czas terapii, ponieważ mimo zalecanych trzech miesięcy Wilczewski wspominał dziewczynkę, która już po sześciu tygodniach mówiła „bez zarzutu” i „widywano ją [...] wodzącą rej w rozmowie” [Wilczewski, 1967, s. 109].

Wpływ metody Wilczewskiego na współczesne formy interwencji terapeutycznej w Polsce

Zwolnienie mowy używane jest przez wielu logopedów, ale wśród przykładów współczesnych zastosowań metody Wilczewskiego najlepiej opisany jest „Program Psychofizjologicznej Terapii Jękającej się Młodzieży i Dorosłych” Mięczysława Chęćka [Chęćek, 2007; Chęćek, Bijak, Kamińska, 2014]. Mimo braku jednoznacznego wskazania przez autora źródła inspiracji, techniki kształtowania płynnego mówienia zastosowane w programie – przedłużania samogłosek i delikatnego startu mowy – stanowią prawie dokładne powtórzenie opisanych wcześniej rozwiązań. Jest to tym bardziej prawdopodobne, że Chęćek był uczestnikiem kursów dla logopedów prowadzonych przez Wilczewskiego na Śląsku w latach siedemdziesiątych XX wieku. Dodać należy, że obliczony na 5–6 miesięcy program Chęćka w swojej strukturze uwzględnia także ćwiczenia z użyciem echokorektora, kształtowanie prawidłowego toru oddechowego, gesty rytmizująco-upłynniające, relaksację, dramę, socjoterapię [Chęćek, 2007]. Nie zmienia to jednak faktu, że osią realizacji zajęć pozostają ćwiczenia przedłużania samogłosek i zmniejszania napięcia przy głoskach inicjalnych.

Wpływ Wilczewskiego widać ponadto w wielu polskich metodach kształtowania płynności mówienia – dostrzec można go w podejściach terapeutycznych Zbigniewa Tarkowskiego, Krzysztofa Szamburskiego czy Wandy Kosteckiej. Podkreślić należy, że metody te nie opierają się w swych podstawowych założeniach na analizowanej metodzie². Można zatem stwierdzić, że techniki opracowane przez Wilczewskiego są wciąż obecne w polskiej praktyce logopedycznej na początku XXI wieku.

2 Obszerny i syntetyczny przegląd metod w Bijak, Kamińska, 2021.

Dyskusja

Na wstępie dyskusji nad metodą Wilczewskiego należy postawić pytanie o to, dlaczego nie płynność nie występuje w śpiewie i efekt ten utrzymuje się przy zwolnionym tempie mówienia. Naprawdę są to dwa pytania, a odpowiedzi na nie mogą się wzajemnie uzupełniać.

Dlaczego jąkanie znika w śpiewie?

Po pierwsze, dzieje się tak, jak interpretował to zjawisko Wilczewski: wydłuża się czas realizacji samogłosek, które zostają rozciągnięte i na których opiera się linia melodyczna.

Po drugie, nie można wykluczyć udziału mechanizmów prawopółkulowych, które są aktywizowane w śpiewie, oraz czynników prozodycznych, które w tym wypadku mogą wspomagać powstawanie wypowiedzi w lewej półkuli mózgu. Proces powstawania wypowiedzi ma złożoną, nieliniową strukturę i należy wystrzegać się uproszczonej jego interpretacji [Grabowska, 2011; Woźniak, 2022]. Wedle aktualnych teorii na temat biologicznych podstaw jąkania zarysowuje się zbiór powiązanych ze sobą czynników mających wpływ na powstawanie jąkania, pojmowanego jako zaburzenie neurorozwojowe, którego podstawowy defekt ujawnia się w komunikacji werbalnej, a zastrzany jest przez czynniki społeczne, poznawcze i językowe. Są to następujące czynniki [Chang i in., 2025]:

- 1) **geny** – mają one duży wpływ na ryzyko wystąpienia jąkania, ale działają także czynniki niegenetyczne; ewentualny model dziedziczenia ma w tym przypadku charakter poligeniczny;
- 2) **ekspresja genów** – wpływa na odmienności w formowaniu się i rozwoju struktur mózgowych zaangażowanych w programowanie i kontrolę wypowiedzi (głównie istoty białej i szarej w obwodzie wzgórzowo-korowym jąder podstawnych lewej półkuli i w ciele modzelowatym);
- 3) **wywołuje to odmienne wzorce aktywności mózgu** w lewym dolnym zakręcie czołowym i zaburzenia połączeń międzypółkulowych, co prowadzi do objawów jąkania.

W świetle powyższych ustaleń podkreślić należy wzmocnienie tezy o neurologicznym podłożu jąkania. Dodatkowa aktywacja prawej półkuli podczas śpiewu niewątpliwie stanowi kompensacyjne wsparcie dysfunkcji w okolicach mowy lewej półkuli mózgu.

Po trzecie, należy uwzględnić uwagi Charlesa W. Starkweathera, który – eksponując rolę napięcia mięśniowego w powstawaniu nie płynności – potwierdzał, że stosowanie technik przedłużonego mówienia zmniejsza napięcie krtani, języka, warg i podniebienia miękkiego, co daje w efekcie poprawę płynności, poprawna realizacja samogłosek likwiduje zaś szczytkościsk [Starkweather, 1995, s. 96–98]. Na fakt naturalnego rozluźnienia w czasie śpiewu od początku wskazywał także Wilczewski.

Dlaczego efekt ten utrzymuje się także przy samym zwolnieniu tempa mowy?

Jest to jedna z najstarszych obserwacji w terapii jękających się osób. Widoczne jest to również w mowie chóralnej czy w wielu innych metodach, w tym wykorzystujących echokorekcję [por. Bijak, Kamińska, 2021]. W świetle współczesnej wiedzy na temat przyczyn jękania, która dostarcza dowodów na strukturalne i funkcjonalne osłabienie połączeń w obszarach mowy lewej półkuli mózgu i połączeniach międzypółkulowych, szczególnie w istocie białej, najważniejsze wydaje się zmniejszenie wymagań czasowych w przepływie informacji potrzebnych do regulacji procesów motorycznych [Woźniak, 2015, s. 801–805; Chang i in., 2025]. Można porównać to do ograniczenia prędkości poruszania się pojazdów na zwężonym odcinku drogi – ruch odbywa się wolniej, ale płynnie.

Wymagania Wilczewskiego co do zmniejszenia wysiłku fizycznego w czasie terapii należy uznać za niedostatecznie uzasadnione. Zagadnienie wysiłku fizycznego i jego wpływu na organizm jest zbyt złożone, aby rozstrzygać jednoznacznie o jego negatywnym wpływie na płynność mowy. Z jednej strony regularne ćwiczenia fizyczne podnoszą ogólne napięcie mięśniowe (co jest obserwowane nawet w przypadku zwiększonego napięcia mięśnia strzemiączkowego), ale z drugiej strony ułatwiają osiąganie relaksu, odprężenia psychofizycznego, pomagają wyregulować oddech i mają ogólny dobroczynny wpływ na zdrowie. Należy wziąć pod uwagę także olbrzymią różnorodność ćwiczeń: aerobowych, wytrzymałościowych, oporowych itd. [Stelmach, b.r.].

W końcu warto rozważyć propozycję Wilczewskiego w świetle podobnych metod stosowanych w innych krajach, jak na przykład *smooth speech* (SS, pol. „gładka mowa”). Jest to technika często stosowana w krajach anglojęzycznych i opisana w literaturze w standardach praktyki opartej na dowodach (*Evidence-Based Practice*), co oznacza prezentację zasad stosowania SS, ale też wskazanie teoretycznych i empirycznych podstaw jej efektywności oraz przedstawienie rezultatów terapii w porównaniu z grupą kontrolną [Craig, 2010]. Podstawą SS jest, po pierwsze, utrzymywanie stałego przepływu powietrza w czasie artykulacji, co wymaga także wprowadzenia przydechu przy realizacji samogłosek i zmniejszenia siły zwarcia przy głoskach zwartych. Po drugie, w tej technice świadomie stosuje się 1–2-sekundowe pauzy między poszczególnymi frazami. Wykorzystuje się też wizualne sprzężenie zwrotne. Zwraca uwagę tendencja do stosunkowo szybkiego przechodzenia od mowy spowolnionej do naturalnej: możliwe jest to już po pięciu tygodniach treningu. Ćwiczenia pierwszego dnia rozpoczyna się od tempa 0,8 sylaby wypowiedzianej na sekundę, aby osiągnąć 1,2 sylaby na sekundę pod koniec dnia. W czasie kolejnych tygodni tempo zwiększa się od 2,6 sylaby na sekundę do 3,3 sylaby na sekundę. Naturalność wypowiedzi, to jest tempo 4–5 sylab na sekundę (tj. średnio 2–2,5 wyrazu na sekundę, 120–150 wyrazów na minutę), osiąga się po minimum pięciu tygodniach. Mimo podobieństw do zwolnienia mowy w przypadku metody Wilczewskiego i SS zwraca się uwagę na różnicę techniczną w artykulacji: w przypadku przedłużania samogłosek chodzi bardziej o utrzymanie ciągłości wokalizacji, a w SS ciągłości przepływu powietrza [Craig, 2010]. Jednak łączne stosowanie przeciągania samogłosek

i delikatnego startu mowy znacznie upodabnia sposób mówienia formowany przez obie metody [Woźniak, 2019].

Z pewnością metoda Wilczewskiego nie mieści się w popularnym obecnie nurcie terapii osób jękających się, opartym na modelu społecznym, co sygnalizowano już na wstępie. Mimo podnoszonego przez autora aspektu psychicznego i środowiskowego jękania nacisk położony u Wilczewskiego na kształtowanie płynności stoi w całkowitej sprzeczności z zaleceniem modelu społecznego, aby badacze i klinicyści przestali odnosić się do jękania jako zaburzenia płynności mowy i nazywali je „tylko” jękaniem, nie wprowadzając technik poprawiających realizację foniczną wypowiedzi. Dalsze zalecenia nurtu społecznego sugerują, aby badacze i klinicyści rozróżniali momenty jękania (tj. to, czego jękający się doświadczają, gdy tracą kontrolę nad swoją mową lub czują się zablokowani) od ogólnego doświadczenia jakości życia związanego z jękaniem [Tichenor, Constantino, Yaruss, 2022]. Proponowane w ramach tego podejścia formy terapii komunikacyjnej uwzględniają wieloaspektowe oddziaływania na czynniki predysponujące i podtrzymujące jękaniem, głównie w ich wymiarach psychologicznym i społecznym [Byrd, Coalson, Conture, 2024].

Bazujące na pozytywnych zasobach osoby jękającej się podejścia terapeutyczne są wartościowe w wymiarze humanistycznym i przyczyniają się do lepszego zrozumienia tych osób oraz wykształcania postaw akceptacji społecznej. Jednak wcale nie muszą wykluczać podejścia opartego na formowaniu płynności mówienia.

Pewne analogie dotyczące występowania „terapeutycznej kontrnarracji” w perspektywie historycznej można dostrzec w sporze między psychiatrią i antypsychiatrią. Nurt antypsychiatrii (reprezentowany nawet czasem przez samych psychiatrów) negował istnienie chorób psychicznych i zakładał, że umysł nie może chorować, zaburzenia umysłowe mogą być tłumaczone czynnikami społecznymi, etycznymi lub politycznymi, a etykietowanie osób określeniem „chory psychicznie” jest sztucznym narzędziem nadużywanym przez społeczeństwo. Jednak postępy farmakologii, nowe leki, wiedza płynąca z neuroobrazowania, wskazująca, że umysł jest funkcją mózgu, jak również zmiany zachodzące w świadomości społecznej, akceptujące choroby psychiczne, doprowadziły do powstania nurtu psychiatrii humanistycznej, która, respektując godność i wielowymiarowość osoby ludzkiej, nie odżegnuje się od stosowania leków w celu łagodzenia objawów chorób psychicznych. Leki wspierane są przy tym innymi formami terapii.

Podobnie w terapii osób jękających się oddziaływania mogą być wielostronne i komplementarne, przynajmniej w odniesieniu do tych osób, które chcą mówić płynnie. Interwencja oparta na połączonych oddziaływaniach psychospołecznych, metodach kształtowania płynności mówienia czy też modyfikacji niepłynności, farmakoterapii i testowanych obecnie oddziaływaniach przezczaszkowej stymulacji prądem stałym i przezczaszkowej stymulacji magnetycznej (w celu neuromodulacji funkcji mózgu i złagodzenia objawów niepłynności [por. Chang i in., 2025]), jest wyobrażalna i pożądana. W tym kontekście warta rozważenia jest też stara metoda Wilczewskiego.


Literatura

- Basista W., 2016, *Estetyka i zaburzenia płynności mowy powołaniem Stanisława Wilczewskiego*, https://www.nagrodawilczewskiego.pl/docs/ks_Basista_do_Wydawnictwa.pdf (dostęp: 16.05.2025).
- Bijak E., Kamińska D., 2021, *Kształtowanie płynności mówienia w terapii osób jękających się – perspektywa polska*, [w:] K. Węsierska, H. Sønsterud (red.), *Dialog bez barier. Kompleksowa interwencja logopedyczna w jękanii*, Chorzów: Fundacja Agere Aude, s. 207–266.
- Buchta R., 2015, *Książka Stanisław Wilczewski – prekursor śląskiej logopedii*, [w:] K. Węsierska (red.), *Zaburzenia płynności mowy – teoria i praktyka*, Katowice: Komlogo – Uniwersytet Śląski, s. 15–21.
- Byrd C.T., Coalson G.A., Conture E.G., 2024, *CARE Model of Treatment for stuttering: Theory, assumptions, and preliminary findings*, „Frontiers in Psychology”, vol. 15, 1488328.
- Chang S.E., Below J.E., Chow H.M., Guenther F.H., Hampton Wray A.M., Jackson E.S., Max L., Neef N.E., Bahaei S.S., Shekim L., Tichenor S.E., Walsh B., Watkins K.E., Yaruss J.S., Bernstein Ratner N., 2025, *Stuttering: Our current knowledge, research opportunities, and ways to address critical gaps*, „Neurobiology of Language”, vol. 6, no1_a_00162.
- Chęciek M., 2007, *Jękanie. Diagnostyka – terapia – program*, Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Chęciek M., Bijak E., Kamińska D., 2014, *Jękanie. Skuteczne techniki płynnego mówienia. TPM i TDSM w Zmodyfikowanym Programie Psychofizjologicznej Terapii Jękających się*, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia.
- Chmielowicz A., 1983, *Stanisław Wilczewski*, „Logopedia”, nr 14/15, s. 246–248.
- Connery A., Galvin R., McCurtin A., 2020, *Effectiveness of nonpharmacological stuttering interventions on communication and psychosocial functioning in adults: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials*, „Journal of Evidence-Based Medicine”, vol. 14(1), s. 1–81, <https://doi.org/10.1111/jebm.12408>
- Constantino C., Campbell P., Simpson S., 2022, *Stuttering and the social model*, „Journal of Communication Disorders”, vol. 96, 106200.
- Craig A., 2010, *Smooth Speech and Cognitive Behavior Therapy for the Treatment of Older Children and Adolescents Who Stutter*, [w:] B. Guitar, R. McCauley (red.), *Treatment of Stuttering. Established and Emerging Interventions*, Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, Wolter Kluwer business, s. 188–214.
- Craig A., Hancock K., Chang E., McCredy C., Shepley A., McCaul A., Costello D., Harding S., Kehren R., Masel C., Reilly K., 1996, *Controlled clinical trial for stuttering in person aged 9 to 14 years*, „Journal of Speech and Hearing Research”, vol. 39, s. 808–826.
- Grabowska A., 2011, *Nowe koncepcje lateralizacji funkcji mózgu*, [w:] Ł. Domańska, A.R. Borkowska (red.), *Podstawy neuropsychologii klinicznej*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, s. 347–365.
- Karkosz I., 1993, *Stanisław Wilczewski – pionier logopedii w Polsce*, „Chowanna”, t. 1, s. 52–58. *Regulamin*, b.r., <https://www.nagrodawilczewskiego.pl/regulamin.html> (dostęp: 16.05.2025).
- Starkweather C.W., 1995, *A simple theory of stuttering*, „Journal of Fluency Disorders”, vol. 2, s. 91–116.
- Stelmach M.J., b.r., *Wprowadzenie do fizjologii ćwiczeń. Czym jest fizjologia wysiłku i dlaczego ją studiujemy?*, https://ec.europa.eu/programmes/erasmus-plus/project-result-content/b3a1d846-8097-40e2-aa85-726d87b670b3/IO2_Merged_pol_FINAL.pdf (dostęp: 26.03.2025).
- Shewczyk L., 2013, *Książka Stanisława Wilczewskiego troska o jakość słowa (kaznodziejskiego)*, „Logopedia Silesiana”, t. 2, s. 101–109.

- Tichenor S.E., Constantino C., Yaruss J.S., 2022, *A point of view about fluency*, „Journal of Speech, Language, and Hearing Research”, vol. 65(2), s. 645–652.
- Wilczewski S., 1967, *Teoretyczne założenia i metoda usuwania jąkania*, „Logopedia”, nr 7, s. 106–111.
- Woźniak T., 2015, *Diagnoza i terapia osób z zaawansowanym jąkaniem*, [w:] S. Grabias, J. Panasiuk, T. Woźniak (red.), *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, s. 797–835.
- Woźniak T., 2019, *Techniki kształtowania płynności mówienia jako podstawa kompleksowej terapii jękających się starszych dzieci i młodzieży*, „Logopedia”, nr 48(1), s. 203–214.
- Woźniak T., 2022, *Lateralizacja słuchowa a niepłynność mówienia u osób jękających się*, „Logopedia”, nr 51(2), s. 155–168.

Źródła niepublikowane

- Sachajska E., maszynopis zawierający opis metody, sporządzony na podstawie zajęć prowadzonych przez Stanisława Wilczewskiego (w archiwum autora).

Ewelina Zając  <https://orcid.org/0000-0002-5076-8347>

Uniwersytet Łódzki, Zakład Dialektologii Polskiej i Logopedii, ul. Pomorska 171/173, 90-236 Łódź,
e-mail: ewelina.zajac@uni.lodz.pl

Rozwój mowy chłopca z zespołem Klinefeltera – studium przypadku

Speech Development in a Boy with Klinefelter's Syndrome: a Case Study

Słowa kluczowe: zespół Klinefeltera, choroby rzadkie, rozwój mowy dziecka, diagnoza logopedyczna

Keywords: Klinefelter's syndrome, rare diseases, child speech development, speech therapy diagnosis

Streszczenie

Zespół Klinefeltera, który należy do chorób rzadkich, jest najpowszechniejszą uwarunkowaną genetycznie przyczyną niepłodności oraz hipogonadyzmu hipergonadotropowego u mężczyzn. To choroba należąca do aberracji chromosomalnych liczbowych (odchyień w liczbie chromosomów) z co najmniej jednym dodatkowym chromosomem X (47XXY). Jednym z objawów jest opóźniony rozwój mowy oraz licznie występujące zaburzenia mowy u chłopców. Celem artykułu jest opis przeprowadzonej diagnozy logopedycznej 4-letniego chłopca ze zdiagnozowanym zespołem Klinefeltera. Podczas analizy sprawności komunikacyjnej zbadano rozumienie i nadawanie mowy, reakcje słuchowe, czynności fizjologiczne w obrębie aparatu artykulacyjnego, sprawność narządów mowy, artykulację, prozodię oraz sprawność narracyjną.

Abstract

Klinefelter's syndrome, which is a rare disease, is the most common genetic cause of infertility and hypergonadotropic hypogonadism in men. It belongs to numerical chromosomal aberrations (deviations in the number of chromosomes) with at least one additional

Funding information: Uniwersytet Łódzki, Zakład Dialektologii Polskiej i Logopedii.

Declaration regarding the use of GAI tools: Not used.

Conflicts of interests: None.

Ethical considerations: The Author assures of no violations of publication ethics and takes full responsibility for the content of the publication.

Received: 2025.03.24, Accepted: 2025.07.30

X chromosome (47XXY). One of the symptoms involves delayed speech development and numerous speech disorders in boys. The aim of the article is to describe the speech therapy diagnosis of a four-year-old boy diagnosed with Klinefelter's syndrome. During the communication skills test, the author analysed the boy's understanding and production of speech, his auditory reactions and physiological functions within the articulatory apparatus, the efficiency of the speech organs, articulation, prosody and narrative skills.

Zespół Klinefeltera wśród chorób rzadkich – wprowadzenie

Chorobą rzadką (*rare disease*) nazywa się chorobę, „która występuje z częstością niższą niż 1 na 2000 osób (5 na 10 000 osób) w populacji europejskiej” [Choroby rzadkie, b.r.; Libura i in., 2016, s. 5]. Ta definicja choroby rzadkiej pojawiła się po raz pierwszy w opublikowanej 22 czerwca 1999 r. decyzji nr 1295/1999/EC Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 29 kwietnia 1999 r., przyjmującej wspólnotowy program w dziedzinie chorób rzadkich w ramach działań w zakresie zdrowia publicznego (1999 do 2003) [Rozporządzenie (WE) nr 141/2000 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 16 grudnia 1999 r. w sprawie sierocych produktów leczniczych, s. 21]. Obecnie opisanych zostało około 8 tys. chorób rzadkich, a rocznie odkrywanych jest 50 takich chorób, co daje opisaną jedną chorobę w tygodniu [Choroby rzadkie, b.r.]. Aż 80% z nich ma podłoże genetyczne, najczęściej związane z czynnikami środowiskowymi, różnorodnymi infekcjami i alergiami. Ich pierwsze symptomy są widoczne już w wieku dziecięcym [Lang, 2022] i w 70% są wykrywane u dzieci przed 2. rokiem życia [Śmigiel, Łaczmńska, 2012]. Niektóre objawy mogą nie być widoczne do 3., a nawet 5. roku życia, w tym czasie dziecko może rozwijać się prawidłowo, a dopiero z upływem lat dostrzegane są stopniowe opóźnienia w rozwoju [Kamyk-Wawryszuk, 2021, s. 52]. Obraz choroby rzadkiej jest indywidualny, czyli dzieci z tą samą diagnozą mogą inaczej funkcjonować i mieć odmienne symptomy. W Polsce z diagnozą choroby rzadkiej żyje około 2–3 mln pacjentów [Choroby rzadkie, b.r.], jednak problemem jest to, że dana choroba jest diagnozowana w małej grupie osób. Istnieje też duża grupa chorób, których do tej pory jeszcze nie opisano – dla dzieci z takimi chorobami używa się określenia „dziecko bez diagnozy medycznej” [Kamyk-Wawryszuk, 2022, s. 20].

Choroby rzadkie były dawniej nazywane chorobami sierocymi (*orphan diseases*) z powodu odczuwania przez pacjentów i ich rodziny opuszczenia, porzucenia i „osierocenia” przez system opieki zdrowotnej oraz społeczeństwo w walce z chorobą i w codziennym życiu [Schieppati i in., 2008]. Większość chorób uwarunkowanych genetycznie o przewlekłym i ciężkim przebiegu to właśnie choroby rzadkie [Westfelt i in., 2006; Schieppati i in., 2008].

Zespół Klinefeltera¹ (ZK, *Klinefelter's syndrome*) niewątpliwie należy do grupy chorób rzadkich. Opisany został po raz pierwszy w 1942 roku przez Harry'ego Fitcha

1 Według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10): Q98. Inne aberracje chromosomów płciowych z męskim fenotypem, niesklasyfikowane gdzie indziej (*Other sex*

Klinefeltera, Edwarda Conrada Reifensteina i Fullera Albrighta [1942]. Początkowo ZK uważany był za schorzenie endokrynologiczne o niejasnej etiologii. Przyczynę powstania obserwowanych zaburzeń odkryli Patricia Ann Jacobs i John Strong w 1959 roku [Jacobs, Strong, 1959, s. 164]. Zespół Klinefeltera to choroba uwarunkowana genetycznie, należąca do aberracji chromosomalnych liczbowych (odchyień w liczbie chromosomów) z co najmniej jednym dodatkowym chromosomem X (47XXY). Częstość występowania jednego chromosomu X w części lub we wszystkich komórkach organizmu wnosi 1 na 650 urodzeń chłopców [Belling i in., 2017, s. 1219; Dasiewicz, Szalecki, 2020, s. 94]. Rzadko występuje więcej niż jeden dodatkowy chromosom X, a także mozaikowość (48XXXXY, 48XXYY, 49XXXXY, 46XY/47XXY [Szalecki, 2006, s. 55]. Za nieprawidłową liczbę chromosomów uznaje się ich niewłaściwe rozejście w trakcie podziałów komórkowych zachodzących podczas tworzenia się gamet (komórki jajowej i plemników). Dochodzi do zaburzenia w podziale mejotycznym, w procesie podziału podczas rozwoju zarodka [Jacobs, 1982, s. 690]. Zespół Klinefeltera jest najczęstszym schorzeniem związanym z chromosomami płciowymi oraz najczęstszą przyczyną męskiego hypogonadyzmu (ok. 1:500–1:1000 żywo urodzonych noworodków płci męskiej) [Szalecki, 2006, s. 66].

Szacuje się, że diagnozę ZK stawia się u 1–2:1000 noworodków płci męskiej i jest on najczęściej wstępującą aneuploidią chromosomalną po zespole Downa w ogólnej populacji [Nielsen, Wohler, 1990, s. 209; Bojesen, Juul, Gravholt, 2003, s. 624]. Inni badacze oceniają częstość występowania zespołu Klinefeltera na 1:500 męskiej populacji [Visootsak, Graham, 2006]. Przyjmuje się jednak, że rozpoznanie ZK stawiane jest jedynie u 25% mężczyzn, z czego większość, bo 70%, wykrywana jest w wieku dorosłym, 20% w okresie dojrzewania, a tylko 7–10% w dzieciństwie [Bojesen, Juul, Gravholt, 2003, s. 622]. W okresie dzieciństwa opóźniony rozwój motoryczny, zaburzenia mowy, zachowania lub nadmierny wzrost mogą być przyczyną podejrzeń zaburzeń genetycznych, jednak jedynie około 10% przypadków zostaje zidentyfikowanych przed okresem dojrzewania płciowego [Bojesen, Juul, Gravholt, 2003]. Wskazówką do rozpoznania choroby genetycznej mogą być także nieprawidłowości w uzębieniu, a tzw. zęby taurodontyczne wskazywać mogą na duże prawdopodobieństwo występowania zespołu Klinefeltera.

Obraz kliniczny ZK jest bardzo zróżnicowany, nie u każdego mężczyzny z ZK obserwuje się występowanie wszystkich objawów. Trzy zasadnicze obszary zaburzeń to: mowa, rozwój fizyczny oraz rozwój społeczny [Purwin, Słowikowska-Hilczer, 2015, s. 13]. Najbardziej stałymi cechami ZK są małe jądra i tendencja do wysokiego wzrostu. Na charakterystyczną dla zespołu Klinefeltera eunuchoidalną sylwetkę składa się otyłość brzuszna oraz długie kończyny dolne i wąskie barki. Należy jednak dodać, że prawidłowy, a nawet niski wzrost, nie wyklucza obecności zespołu Klinefeltera [Beń-Skowronek i in., 2009]. U 60–80% chorych występuje

ginekomastia, co wiąże się z ponad dwudziestokrotnie częstszym występowaniem raka sutka. Chłopcy mają zwykle niższą urodzeniową masę i długość ciała. Obwód głowy również jest mniejszy i zwykle mieści się między 10. i 25. centylem, co według niektórych badaczy może wskazywać na słabszy rozwój mózgu w okresie życia płodowego [Ratcliffe, 1999, s. 192–195]. Między 5. a 8. rokiem życia następuje przyspieszenie tempa wzrostu i wyrównanie deficytu wzrostowego. Później szybkość wzrastania nie różni się od reszty chłopców. Kolejny nadmierny skok wzrostu występuje po 18. roku życia, co wynika z niedoboru hormonów płciowych i opóźnienia dojrzewania chrząstek przynasadowych [Szalecki, 1999, s. 56]. U 80% pacjentów z ZK zmniejszone jest owłosienie twarzy i tułowia. Zespół Klinefeltera może występować jako izolowane zaburzenie lub z chorobami współistniejącymi [Belling i in., 2017, s. 1220]. Częściej niż w ogólnej populacji u pacjentów z ZK obserwuje się zespół metaboliczny (otyłość, cukrzyca typu II, nadciśnienie, zaburzenia lipidogramu), choroby układu krążenia, chorobę zakrzepowo-zatorową, żylaki, osteopenię/osteoporozę, padaczkę, pozagonadalne nowotwory z komórek płciowych i choroby autoimmunologiczne, np. choroby tarczycy, reumatoidalne zapalenie stawów [Aksgåarde i in., 2013; Nieschlag, 2013; Purwin, Słowikowska-Hilczer, 2015; Belling i in., 2017, s. 1219–1229]. Diagnozowane są również: padaczka, choroby żył, zakrzepice żyłne, próchnica zębów [Molnar, Terasaki, Amor, 2010, s. 708]. Częściej mogą też występować choroby nowotworowe, zwłaszcza jąder, piersi, czasem diagnozuje się białaczkę, chłoniaki, guzy śródpiersia [Bebb i in., 1998, s. 547].

U młodszych chłopców z ZK w okresie przeddojrzewaniowym (3.–10. r.ż.) występują: opóźnienie rozwoju mowy, problemy z czytaniem, pisanem, liczeniem [Rovet, Netley, Keenam, 1996; Purwin, Słowikowska-Hilczer, 2015, s. 14], a także zaburzenia koncentracji uwagi oraz czasem zwiększona impulsywność. „U młodszych chłopców obserwuje się postęp rozwoju mowy mimo jej opóźnienia, podczas gdy u starszych pacjentów powszechny jest znaczący deficyt w funkcji ekspresywnej języka” [Purwin, Słowikowska-Hilczer, 2015, s. 18]. Chłopcy z ZK później wypowiadają pierwsze sylaby, słowa, zdania. Problem dla nich stanowi werbalne wyrażanie swoich potrzeb [Zampini i in., 2018, s. 571] i uczuć oraz przetwarzanie zasłyszanych informacji [Faithfull-Lloyd, 2019, s. 38]. W zakresie ilorazu inteligencji całkowitej i bezsłownej nie wykazano odstępstw od normy, natomiast iloraz inteligencji słownej jest znacznie obniżony, „[...] stąd występują opóźnienia w rozwoju, problemy z czytaniem, pisanem, matematyką”, które wynikają z zaburzonej pamięci krótko- i długotrwałej [Dasiewicz, Szalecki, 2020, s. 93]. W okresie dojrzewania pojawiają się problemy psychologiczne, które wynikają z niskiej samooceny, narastających problemów z nauką i gorszej wydolności fizycznej [Kebers, Janvier, Collin, 2002]. Upośledzone są też funkcje poznawcze, behawioralne i psychospołeczne oraz obniżone zdolności werbalne [Purwin, Słowikowska-Hilczer, 2015, s. 13]. Pacjenci z ZK mogą mieć trudności w identyfikacji i werbalizacji emocji [Van Rijn i in., 2007], a także łatwiej ulegają pobudzeniu emocjonalnemu [Van Rijn i in., 2006]. W dzieciństwie chłopcy z ZK mogą przejawiać zachowania, które można porównać do zachowań autystycznych.

Jednym z głównych problemów w codziennym funkcjonowaniu są trudności związane z komunikowaniem się z otoczeniem [Kawalec, Grenda, Ziółkowska, 2013, s. 220; Łangowska, 2022]. Chłopcy zaczynają mówić później, wolniej i niechętnie nawiązują relacje społeczne. Mówią niewiele, mają uboższy zasób słownictwa, często ich mowie towarzyszą wady wymowy [Purwin, Słowikowska-Hilczer, 2015, s. 13].

Analiza przypadku

Badanie logopedyczne składało się z kilku etapów. Na pierwszym spotkaniu został przeprowadzony wywiad z matką chłopca oraz omówiono zasady zaplanowanego badania. Dokonano wglądu w dokumentację medyczną chłopca, tj. wyniki badań genetycznych, karty informacyjne leczenia szpitalnego (podczas zabiegów okulistycznych).

Opisywany chłopiec pojawił się w gabinecie logopedycznym jako czterolatek (tuż przed rozpoczęciem edukacji w przedszkolu), choć swoim wyglądem sprawiał wrażenie chłopca dużo starszego, co najmniej siedmio-, ośmiolatka. Jest jednym z trojga rodzeństwa – ma starszą i młodszą siostrę. Chłopiec urodzony z ciąży III porodu fizjologicznego, o masie urodzeniowej 3200 g, otrzymał 10 punktów w skali Apgar. Do pierwszego roku życia karmiony był piersią, później mlekiem modyfikowanym. Z wywiadu z mamą chłopca wynika, że głużył i gaworzył, jednak mowa rozwijała się z opóźnieniem. Do 3. roku życia ssał smoczek. Zaczął chodzić, mając około 15 miesięcy. Obecnie jego ruchy są niezgrabne, sylwetka niesymetryczna, występuje wada postawy, trudności w utrzymaniu równowagi spowodowane są także dużą wadą wzroku (+13 dpi). Badany jest bardzo wrażliwy na głośne dźwięki, nie lubi hałasu i krzyku. Jest samodzielny we wszystkich czynnościach samoobsługowych.

Chłopiec jest pod stałą opieką lekarza okulisty (przeszedł kilka operacji okulistycznych) i endokrynologa. Zespół Klinefeltera zdiagnozowany został w wieku dwóch lat przy okazji badania postępującej wady wzroku. Chłopiec nie ma orzeczenia o niepełnosprawności ani opinii z poradni psychologiczno-pedagogicznej, aktualnie czeka na diagnozę.

Motoryka duża i mała, lateralizacja

Badany chłopiec jest samodzielny w czynnościach samoobsługowych, jednak jego ruchy są niezdarne, sztywne. Ma problemy z utrzymaniem równowagi, stojąc na jednej nodze, wchodząc i schodząc po schodach. W zakresie motoryki małej potrafi rysować po śladzie, jednak podczas kolorowania znacząco wyjeżdża poza kontury. Lubi układać puzzle, nie ma większych problemów z dopasowaniem kształtów. Badania lateralizacji wykazały dominację lewej ręki, prawej nogi, lewego oka i lewego ucha.

Budowa i sprawność narządów artykulacyjnych

Twarz chłopca jest proporcjonalna, wargi są symetryczne względem siebie, pozbawione bruzd i blizn. Nos jest prosty i równy na całej długości, szczęka i żuchwa są proporcjonalne, zgryz prawidłowy. Uzębienie jest pełne, mleczone, w dobrym stanie. Zęby nie są stłoczone, są proporcjonalne względem siebie, a linia środkowa jest zachowana. Wielkość języka w normie, jest on symetryczny i pozbawiony bruzd oraz blizn. Wędzidełko języka nie jest skrócone, nie wpływa na sprawność i ruchy języka. Badanie podniebienia twardego i miękkiego nie wykazało zmian anatomicznych ani występowania podśluzówkowego rozszczepu podniebienia. Podniebienie twarde jest symetryczne, pozbawione ubytków oraz blizn, jednak wysoko wysklepione. Podniebienie miękkie jest proporcjonalne względem podniebienia twardego i również pozbawione nierówności oraz ubytków. Języczek bez anomalii. Migdałki podniebiennie-gardłowe prawidłowej wielkości.

Podczas badania przeprowadzonych zostało wiele prób sprawdzających napięcie mięśni oraz umiejętność wykonywania szybkich i precyzyjnych ruchów poszczególnych narządów artykulacyjnych (języka, warg, podniebienia miękkiego). Nie każda próba wykonana została poprawnie. Najwięcej trudności sprawiały ćwiczenia unoszenia języka oraz precyzyjnego kierowania we wskazane miejsce, przy ruchach dodatkowo występowały współruchy żuchwy. Czynności w obrębie warg, zmieniania ich układu, rozciągania oraz zwężania były wykonane nieprawidłowo. Ćwiczenia polegające na poruszaniu wargami w prawą lub lewą stronę również odbywały się przy współruchach żuchwy. Większość ćwiczeń została wykonana w sposób poprawny lub zbliżony do wzorca, jednak sprawność narządów artykulacyjnych należy doskonalić w toku terapii logopedycznej.

Podczas procesu diagnostycznego wykonane zostało badanie kinestezji artykulacyjnej, które sprawdzało umiejętność czucia i ułożenia narządów artykulacyjnych przy realizacji pojedynczych sylab lub par ustawionych opozycyjnie. Zadaniem chłopca było powtarzanie prezentowanego wzorca na podstawie analizatora słuchowego. Ćwiczenie zostało wykonane z wieloma pomyłkami, chłopiec dość wolno i niepoprawnie zmieniał ułożenie narządów przy artykulacji poszczególnych głosek. Brzmienie głosek, które są realizowane nieprawidłowo, również było słyszalne.

Czynności fizjologiczne w obrębie aparatu artykulacyjnego

Ocena oddychania polegała na obserwacji chłopca zarówno podczas wypowiedzania się, jak i podczas czynności niewymagających mówienia. Badany oddycha torem ustnym i nosowym w zależności od sytuacji. Podczas oddychania szczęka jest domknięta, wargi są luźno ze sobą złączone, a język zachowuje prawidłową pozycję spoczynkową. Oddychanie dynamiczne podczas mówienia jest wykonywane w sposób prawidłowy przez

tor ustno-nosowy. Ilość nabieranego powietrza jest wystarczająca, aby chłopiec umiejętnie rozkładał wydychane powietrze w czasie wypowiedzi, co pozwala mu na swobodne i pozbawione napięcia mówienie. Zaobserwowano typ oddychania brzuszny i prawidłową aktywność mięśni oddechowych. Nastawienie głosowe jest miękkie, wysokość głosu wysoka, barwa głosu ciepła, a tempo mowy spowolnione.

Badanie odgryzania, gryzienia i żucia odbywało się jednocześnie. Badany został poczęstowany herbatnikiem, którego spożycie pozwoliło na zaobserwowanie wszystkich elementów badania. Chłopiec odgryza prawidłowo przednimi siekaczami, a pokarm jest odgryzany przez nacisk zębów bez odłamywania. Gryzienie i żucie również odbywają się w sposób nieodbiegający od normy. Pokarm rozdrabniany jest przy zamkniętych ustach dzięki zastosowaniu ruchów okrężnych żuchwy. Do oceny połykania wykorzystana została woda, gdyż łatwiej było zaobserwować czynność połykania napoju niż herbatnika. Chłopiec prawidłowo nabiera płyn do ust, nic się nie ulewa w trakcie picia, potrafi również bez trudności zatrzymać wodę w ustach. W trakcie połykania język jest przy dolnych zębach, co świadczy o występującym u pacjenta infantylnym sposobie połykania.

Artykulacja

W badaniu wymowy sprawdzona została artykulacja wszystkich spółgłosek oraz samogłosek języka polskiego. Materiał językowy zawierał głoski w różnym sąsiedztwie fonetycznym, we wszystkich pozycjach w wyrazie, tj. nagłosie, śródgłosie i wygłosie. Badanie polegało na nazwaniu ilustracji. Wszystkie zakłócenia dźwięków mowy, które występują u chłopca, mają charakter deformacji. Wyniki badania pokazały, że zaburzone są wszystkie głoski szeregu syczącego, tj. [s], [z], [c], [dz], głoska [l], [ł] oraz [w]. Zniekształcone głoski syczące realizowane są jako głoski szeregu ciszącego, tj. [ś], [ź], [ć], [dź]. Natomiast głoski [l], [ł], [w] przybierają formę dźwięku [j]. Pozostałe głoski są realizowane w sposób prawidłowy niezależnie od sąsiedztwa fonetycznego oraz pozycji w wyrazie. Głoski realizowane nieprawidłowo mają charakter stały – oznacza to, że są wymawiane w sposób zniekształcony niezależnie od miejsca oraz otoczenia fonetycznego, w jakim się znajdują. Wadliwa realizacja nie zmienia się również przy próbie powtarzania zaprezentowanego wcześniej prawidłowego wzorca. Badanie artykulacji przebiegło sprawnie, jednak wymagało wielu powtórzeń, aby dokładnie ocenić, jak zachowują się narządy aparatu artykulacyjnego podczas realizacji poszczególnych głosek.

Prozodia wypowiedzi

W mowie chłopca nie są obecne wszystkie elementy prozodyczne. Wypowiedzi są „płaskie”, bez wyraźnej intonacji. Z uwagi na fakt, iż składnia wypowiedzi jest zaburzona, rodzaju wypowiedzenia (zdania oznajmującego, pytającego czy rozkazującego) należy doszukiwać się z kontekstu wypowiedzi. Podczas dialogu tempo oraz rytm mowy są spowolnione, pojawiają się dość częste pauzy (towarzyszy temu zastygnięta pozycja ciała, uniesienie głowy ku górze i zawieszzone spojrzenie w sufit). Zaburzona jest płynność mówienia, pojawiają się powtórzenia z przedłużającym się czasem do namysłu. Akcent w wyrazach stawiany jest w odpowiednim miejscu. Wysokość głosu jest nienaturalna (głos jest zbyt wysoki), pojawia się także skłonność do zbyt głośnej mowy.

Słuch fonematyczny – badanie percepcji dźwięków mowy

Badanie słuchu fonematycznego odbyło się w sposób standardowy. Po kolei prezentowane były zestawy złożone z dwóch i trzech obrazków, a materiał językowy został dobrany na podstawie opozycji fonetycznej. Zadaniem badanego było wskazanie obrazka, którego nazwę usłyszał. Słowa powtarzane były kilkakrotnie w różnej kolejności. Do analizy słuchu fonematycznego zostały wykorzystane takie słowa, jak: *półka – bułka; Tomek – domek; buty – budy; kury – góry; wieszka – wieża; pasek – piasek; trąby – trąbi; nurek – murek; burak – Burek; łyżka – łóżka; kaczką – taczka – teczka – paczka – taca; kasza – Kasia – kasa; fale – szale – sale; pies – piec; nos – noc; kot – koc; kura – kula; kratka – klatka* [Emiluta-Rozya, 2013, s. 43]. Badanie wykazało, że słuch fonematyczny jest obniżony, zarówno w zakresie dyskryminacji fonemów, jak i dekodowania wyrazów.

Pamięć słowna

Podczas tej części badania zadaniem chłopca było wskazanie tych obrazków, które zostały wymienione, przy zachowaniu odpowiedniej kolejności. Aby pokazać mechanikę tego zadania, zostało ono rozpoczęte od dwuelementowego ciągu, który chłopiec bez trudności powtórzył. Następnie wprowadzone zostały ciągi 3-, 4- i 5-elementowe. Każda próba była powtarzana dwukrotnie, różniły się one od siebie kolejnością wymienianych wyrazów. Ciąg złożony z pięciu elementów chłopiec w obu próbach odtworzył z problemami. Badany zaczął się mylić, pominął dwa obrazki i zmienił kolejność ostatnich. Próba została powtórzona na kilku spotkaniach, na których również pojawiły się podobne błędy.

Sprawność narracyjna – językowa realizacja wypowiedzi

Badanie sprawności narracyjnej składało się z dwóch ćwiczeń. Pierwszym z nich było ułożenie czteroelementowej historyjki obrazkowej i opowiedzenie wydarzeń, które zostały pokazane na ilustracjach. Poza aspektem językowym zadanie sprawdzało możliwości poznawcze chłopca na podstawie prawidłowej oceny kolejności zdarzeń i wyznaczenia logicznego ciągu. Chłopiec nie poradził sobie z zadaniem. Z rozsypanych obrazków nie stworzył chronologicznego ciągu zdarzeń, pomimo pomocy i podpowiedzi. Po ułożeniu historyjki przez logopedkę został poproszony o opowiedzenie historii na podstawie obrazków. Zastanawiał się długo, jednak nie ułożył opowiadania. Odpowiadał: „Nie wiem, co oni zrobili”. Miał też problem z nadaniem imion bohaterom.

Drugim ćwiczeniem sprawdzającym umiejętności narracyjne było opowiadanie o krasnoludku. Zadaniem chłopca było jak najdokładniejsze opisanie postaci krasnoludka. Nie wykonał on zadania, odpowiedział, że nigdy nie widział krasnoludka i nie wie, co to jest. Użył zaimka „co”, traktując tym samym krasnoludka jako rzecz.

Wyniki badania pokazały, że chłopiec nie potrafi tworzyć spontanicznych wypowiedzi. Nie można ocenić umiejętności narracyjnych.

Składnia i fleksja

Chłopiec posługuje się w wypowiedziach zdaniami pojedynczymi, a czasami także złożonymi. Jego wypowiedzi zawierają liczne błędy gramatyczne. Chłopiec nieprawidłowo posługuje się fleksją wyrazów. W mowie spontanicznej niesprawnie posługuje się różnymi konstrukcjami gramatycznymi, np. użył formy „Sikam” jako komunikat „Chcę do toalety”. Słowniki czynny i bierny są ubogie. Spontaniczne wypowiadanie się sprawia mu problem, ale dość szybko wchodzi w interakcję słowną.

Wnioski z diagnozy

Rozwój społeczny badanego chłopca jest na dobrym poziomie, przestrzega on norm i zasad panujących w społeczeństwie. Jest zdystansowany do nowo poznanych osób. Zanim poczuje się swobodnie wśród rówieśników, musi czuć się bezpiecznie w ich towarzystwie. Reaguje dużym lękiem na krzyk i inne niespodziewane dźwięki. Motoryka duża i motoryka mała są zaburzone – ruchy niezgrabne, postawa sztywna, dominuje lewa ręka, jednak chwyt jest nieprawidłowy.

W mowie spontanicznej można usłyszeć liczne onomatopeje, przeważają zdania proste oraz krótkie jednowyrazowe odpowiedzi. Występujące struktury gramatyczne nie zawsze są poprawne, a zasób słownictwa czynnego nadal ogranicza się w dużym

stopniu do pojęć z zakresu zabawy, osób z najbliższego otoczenia i wyrażen dźwiękonaśladowczych. Chłopiec nazywa i komentuje otoczenie strukturami werbalnymi zrozumiałymi dla innych, często dodatkowo gestykulując rękoma. Głoski szeregu syczącego są zastępowane głoskami szeregu ciszącego, a głoski [l], [ł], [w] są realizowane nieprawidłowo jako dźwięk [j].

Ogólny zakres rozwoju zdolności poznawczych chłopca jest przeciętny. Ma on trudności z rozpoznawaniem cech wspólnych pojęć i umiejętnością tworzenia kategorii semantycznych. Również bardzo słaba jest umiejętność przetwarzania wzrokowego. Widoczna jest obniżona zdolność w obszarze krótkotrwałej pamięci słuchowej. Występują komplikacje związane z uwzględnieniem instrukcji i poleceń słownych w trakcie wykonywania zadań oraz z wykonywaniem zadań wymagających utrzymywania większej ilości danych w pamięci roboczej.

Chłopiec rozumie większość poleceń oraz komunikatów, które są do niego kierowane. W próbie rozumienia, która obejmowała znajomość części mowy (czasowniki, rzeczowniki, przymiotniki, przysłówki), wskazał wszystkie obrazki. Próba dotycząca badania umiejętności z zakresu nazywania pokazała, że wzorzec artykulacyjny powtarzanych słów pozostaje zaburzony, występują substytucje i uproszczenia grup spółgłoskowych. Właściwie rozpoznał i nazwał większość kolorów.

Zaproponowane podczas badania zadania wykonywał na miarę swoich możliwości chętnie i z zaangażowaniem. W motoryce dużej widoczne są komplikacje w naśladowaniu ruchów naprzemiennych. Po dłuższym czasie czynnego udziału w badaniu chłopiec zaczął się rozpraszać i interesować tym, co dzieje się wokół niego.

Podsumowanie

Terapia dzieci obciążonych rzadkimi chorobami genetycznymi to ogromne wyzwanie dla logopedy, zespołu terapeutów oraz dla dziecka i jego najbliższych. Terapii logopedycznej nie można rozpatrywać jednak tylko pod kątem wsparcia komunikacyjnego – należy spojrzeć na nią holistycznie [Brzozowska-Misiewicz, Lorens, Karwowska, 2018]. Najważniejszym aspektem terapii logopedycznej nie jest praca nad artykulacją, ale przede wszystkim poszerzanie kompetencji komunikacyjnych i językowych dziecka [Stefaniak, 2019, s. 88]. Jednak należy pamiętać, że zespół Klinofiltera to choroba wrodzona, której nie da się wyleczyć, dlatego można stosować terapie wspomagające [Zitzmann i in., 2021, s. 146]. Terapia powinna być holistyczna, interdyscyplinarna, dostosowana do wieku i możliwości pacjenta. Wdrożone powinny zostać: terapia farmakologiczna (z użyciem testosteronu, pozwalająca na przywrócenie poziomu hormonu oraz wpływająca na obniżenie głosu), terapia behawioralna (uwzględniająca trudności w zachowaniu dziecka), psychoterapia (poprawiająca zdrowie psychiczne), terapia rodzinna, wczesne wspomaganie rozwoju, terapia fizykalna (wspomagająca budowę mięśni i zwiększająca siłę mięśniową) oraz

terapia logopedyczna (rozwijająca mowę oraz łagodząca objawy napięcia mięśniowego) [Van Rijn i in., 2007, s. 1065–1070]. Powinno się również uwzględnić trening sensoryczny, dzięki któremu usprawniane będą analizatory, np. w zakresie wyższych funkcji słuchowych oraz organizacji bodźców dotykowo-proprioceptywnych [Szubstarska, Bednarska, 2020, s. 100].

Nauczyciele edukacji przedszkolnej i wczesnoszkolnej często są pierwszymi specjalistami z zakresu rozwoju dziecka, którzy dostrzegają trudności w jego funkcjonowaniu. Często mają miejsce takie sytuacje, że dziecko (uczeń) kierowane jest na dalsze badania specjalistyczne właśnie z inicjatywy nauczyciela [Kamyk-Wawryszuk, 2021, s. 52], bo to on dostrzega pewne niepokojące cechy. Aby w pełni pomóc dziecku – postawić trafną diagnozę zaburzeń językowych oraz opracować adekwatny plan terapii logopedycznej/komunikacyjnej – logopeda powinien znać skrót i terminy, które pojawić się mogą w dokumentacji medycznej, także w przypadku dziecka z zespołem Klinefeltera. Terminami najczęściej pojawiającymi się są: *atrofia*, *afiksja*, *encefalopatia*, *habituacja*, *hiper-* i *hipotonia*, *zaburzenia z grupy TORCHS* [Sarota, 2012, s. 169–170]. „Optymalizacja logopedycznych działań diagnostyczno-terapeutycznych wśród dzieci z zaburzeniami rozwoju powinna obejmować procedury uwzględniające syndromy choroby, a zatem odchodzić od tradycyjnego postępowania ograniczającego się do postrzegania i opisu wyłącznie defektu językowego” [Błachnio, 2013, s. 221].

Należy dodać, że tylko systematycznie prowadzona terapia dziecka z zespołem Klinefeltera może doprowadzić do polepszenia porozumiewania się z otoczeniem, ale również jest w stanie „przygotować do samodzielności w interpretowaniu otaczającego środowiska” [Łangowska, 2022, s. 148].

Literatura

- Aksglaede L., Link K., Giwercman A., Jørgensen N., Skakkebaek N.E., Juul A., 2013, 47, XXV *Klinefelter syndrome: clinical characteristics and age-specific recommendations for medical management*, „American Journal of Medical Genetics Part C: Seminars in Medical Genetics”, vol. 163C(1), s. 55–63.
- Bebb G.G., Grannis Jr. F.W., Paz I.B., Slovak M.L., Chilcote R., 1998, *Mediastinal germ cell tumor in a child with precocious puberty and Klinefelter syndrome*, „The Annals of Thoracic Surgery”, vol. 66(2), s. 547–548.
- Belling K., Russo F., Jensen A.B., Dalgaard M.D., Westergaard D., Rajpert-De Meyts E., Skakkebaek N.E., Juul A., Brunak S., 2017, *Klinefelter syndrome comorbidities linked to increased X chromosome gene dosage and altered protein interactome activity*, „Human Molecular Genetics”, vol. 26(7), s. 1219–1229.
- Beń-Skowronek I., Jaklińska T., Moczybroda M., Szewczyk L., 2009, *Pacjent z zespołem Klinefeltera i niedoborem hormonu wzrostu*, „Endokrynologia Pediatryczna” (Suplementy), t. 8, nr 8(8), s. 42.
- Błachnio K., 2013, *Wskazania do terapii logopedycznej dzieci z rzadkimi zespołami genetycznymi*, [w:] M. Buchnat, K. Pawelczak (red.), *Nieznane? Poznane. Zaburzenia rozwojowe u dzieci*

- z rzadkimi zespołami genetycznymi i wadami wrodzonymi, Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Adama Mickiewicza, s. 217–222.
- Bojesen A., Juul S., Gravholt C.H., 2003, *Prenatal and postnatal prevalence of Klinefelter syndrome: A national registry study*, „The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism”, vol. 88, s. 622–626.
- Brzozowska-Misiewicz I., Lorens G., Karwowska A., 2018, *Uwarunkowania całościowego wsparcia dziecka z wadą genetyczną*, [w:] S. Śniatkowski, D. Emiluta-Rozya, K.I. Bieńkowska (red.), *Norma i zaburzenia komunikacji językowej w kontekście edukacyjnym*, Warszawa: Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej, s. 167–178.
- Choroby rzadkie, b.r., <https://chorobyrrzadkie.gov.pl/pl> (dostęp: 4.03.2025).
- Dasiewicz P., Szalecki M., 2020, *Zespół Klinefeltera*, [w:] A. Dobrzańska, Ł. Obrycki, P. Socha (red.), *Choroby rzadkie*, Warszawa: Wydawnictwo Medi Press, s. 93–95.
- Emiluta-Rozya D., 2013, *Całościowe badanie logopedyczne z materiałem obrazkowym*, Warszawa: Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej.
- Faithfull-Lloyd J.F., 2019, *A common condition: a rare diagnosis? What is the Significance of diagnosis in Klinefelter's syndrome (47,XXY)?*, Doctoral Thesis, Bournemouth University.
- Jacobs P.A., 1982, *The William Allan Memorial Award address: human population cytogenetics: the first twenty-five years*, „American Journal of Human Genetics”, vol. 34, s. 689–698.
- Jacobs P.A., Strong J.A., 1959, *A case of human intersexuality having possible XXY sex-determining mechanism*, „Nature”, vol. 2, s. 164–167.
- Kamyk-Wawryszuk A., 2021, *Niepełnosprawność rzadka jako kategoria nieobecna w kształceniu nauczycieli przedszkola i edukacji wczesnoszkolnej*, „Edukacja Elementarna w Teorii i Praktyce”, t. 16, nr 2(60), s. 51–64.
- Kamyk-Wawryszuk A., 2022, *Choroby rzadkie jako obszar zainteresowań logopedów – kilka wstępnych refleksji*, [w:] A. Kamyk-Wawryszuk (red.), *Zaburzenia mowy i komunikacji dziecka z chorobą rzadką: wybrane zagadnienia diagnozy i terapii*, Bydgoszcz: Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, s. 15–32.
- Kawalec W., Grenda R., Ziółkowska H., 2013, *Pediatrics*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Kebers F., Janvier S., Collin A., 2002, *What is interest of Klinefelter's syndrome for (child) psychiatrist?*, „Encephale”, vol. 28(3), s. 260–265.
- Klinefelter H., Reifenstein E.C., Albright F., 1942, *Syndrom characterized by gynecomastia, aspermatogenesis, without A-Leydigism and increased excretion of follicle stimulating hormone*, „The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism”, vol. 2, s. 615–627.
- Lang I., 2022, *About rare diseases*, AOP Health Germany, https://www.aop-health.com/de_en/rare-diseases-critical-care/about-rare-diseases-critical-care/ (dostęp: 24.03.2025).
- Libura M., Władusiuk M., Małowicka M., Grabowska E., Gałązka-Sobotka M., Gryglewicz J., 2016, *Choroby rzadkie w Polsce. Stan obecny i perspektywy*, Warszawa: Uczelnia Łazarskiego.
- Łangowska P., 2022, *Zaburzenia komunikacji językowej u pacjenta z zespołem Klinefeltera*, [w:] A. Kamyk-Wawryszuk (red.), *Zaburzenia mowy i komunikacji dziecka z chorobą rzadką: wybrane zagadnienia diagnozy i terapii*, Bydgoszcz: Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, s. 125–153.
- Molnar A.M., Terasaki G.S., Amor J.K., 2010, *Klinefelter syndrome presenting as behavioral problems in a young adult*, „Nature Reviews Endocrinology”, vol. 6(12), s. 707–712.
- Nielsen J., Wohlert M., 1990, *Sex chromosome abnormalities found among 34,910 newborn children: Results from a 13-year incidence study in Arhus, Denmark*, „Birth Defects Original Article Series”, vol. 26, s. 209–223.
- Nieschlag E., 2013, *Klinefelter syndrome: the commonest form of hypogonadism, but often overlooked or untreated*, „Deutsches Arzteblatt International”, vol. 110(20), s. 347–353.

- Purwin T., Słowikowska-Hilczler J., 2015, *Zespół Klinefeltera – aktualne zalecenia odnośnie postępowania medycznego*, „Postępy Andrologii Online”, nr 2(2), s. 12–24.
- Ratcliffe S., 1999, *Long term outcome in children of sex chromosome abnormalities*, „Archives of Disease in Childhood”, vol. 80, s. 192–195.
- Rovet J., Netley C., Keenan M., 1996, *The psychoeducational profile of boys with Klinefelter syndrome*, „Journal of Learning Disabilities”, vol. 29(2), s. 180–196.
- Rozporządzenie (WE) nr 141/2000 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 16 grudnia 1999 r. w sprawie sierocych produktów leczniczych (Dz.Urz. UE L 2000 r., nr 18), <https://www.inforlex.pl/dok/tresc,E0L.2000.018.0000010,ROZPORZADZENIE-WE-NR-141-2000-PARLAMENTU-EUROPEJSKIEGO-I-RADY-z-dnia-16-grudnia-1999-r-w-sprawie-sierocych-produktow-leczniczych.html> (dostęp: 24.03.2025).
- Sarota M., 2012, *Medycyna w logopedii, czyli o terminach medycznych pomocnych w diagnozie i terapii logopedycznej*, [w:] I. Nowakowska-Kempna (red.), *Studia z logopedii i neurologopedii*, Kraków: Akademia Ignatianum, Wydawnictwo WAM, s. 159–172.
- Schieppati A., Henter J., Henter I., Daina E., Aperia A., 2008, *Why rare diseases are an important medical and social issue*, „Lancet”, vol. 371, s. 2039–2041.
- Stefaniak A., 2019, *Postępowanie logopedyczne w zespole Pradera-Williego – studium przypadku*, „Głos – Język – Komunikacja”, t. 6, s. 86–96.
- Szalecki M., 2006, *Co nowego o zespole Klinefeltera?*, „Endokrynologia Pediatryczna”, t. 5, nr 3(16), s. 55–59.
- Szubstarska D., Bednarska B., 2020, *Naturalne programowanie języka we wczesnej terapii logopedycznej*, [w:] I. Więcek-Poborczyk, J. Żulewska-Wrzosek (red.), *Interdyscyplinarność w logopedii – konieczność czy nadmiar?*, Warszawa: Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej, s. 99–118.
- Śmigiel R., Łaczmąńska I., 2012, *Podstawowa wiedza potrzebna do zrozumienia chorób genetycznych*, [w:] T. Kaczan, R. Śmigiel (red.), *Wczesna interwencja i wspomaganie rozwoju u dzieci z chorobami genetycznymi*, Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls, s. 11–34.
- Van Rijn S., Aleman A., Swaab H., Kahn R., 2006, *Klinefelter’s syndrome (karyotype 47, XXY) and schizophrenia-spectrum pathology*, „The British Journal of Psychiatry”, vol. 189, s. 459–460.
- Van Rijn S., Aleman A., Swaab H., Krijn T., Vingerhoets G., Kahn R., 2007, *What it is said versus how it is said: Comprehension of affective prosody in men with Klinefelter (47, XXY) syndrome*, „Journal of the International Neuropsychological Society”, vol. 13, s. 1065–1070.
- Visootsak J., Graham J.M., 2006, *Klinefelter syndrome and other sex chromosomal aneuploidies*, „Orphanet Journal of Rare Diseases”, vol. 1(42), s. 1–5.
- Westfelt M., Fadeel B., Henter J., Henter I., 2006, *A journey of hope: lessons learned from studies on rare diseases and orphan drugs*, „Journal of Internal Medicine”, vol. 260, s. 1–10.
- Zampini L., Burla T., Silibello G., Dalla’ara F., 2018, *Early communicative skills of children with Klinefelter syndrome*, „Clinical Linguistics & Phonetics”, vol. 32(7), s. 577–586.
- Zitzmann M., Aksglaede L., Corona G., Isidori A.M., Juul A., T’Sjoen G., Kliesch S., D’Hauwers K., Toppari J., Słowikowska-Hilczler J., Tüttemann F., Ferlin A., 2021, *European academy of andrology guidelines on Klinefelter Syndrome: Endorsing Organization: European Society of Endocrinology*, „Andrology”, vol. 9(1), s. 145–167.

Justyna Żulewska-Wrzosek  <https://orcid.org/0000-0001-5017-3418>

Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie, ul. Szczęśliwicka 40, 02-353 Warszawa,
e-mail: jzulewska@aps.edu.pl

Julia Hinc-Nowak  <https://orcid.org/0009-0001-1517-7349>

Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie, ul. Szczęśliwicka 40, 02-353 Warszawa,
e-mail: jhinc@aps.edu.pl

Ślinotok w mózgowym porażeniu dziecięcym: ujęcie kliniczne, społeczne i terapeutyczne

Drooling in Cerebral Palsy: A Clinical, Social, and Therapeutic Approach

Słowa kluczowe: mózgowie porażenie dziecięce, ślinotok, postępowanie terapeutyczne, terapia logopedyczna, jakość życia

Keywords: cerebral palsy, drooling, therapeutic interventions, speech-language therapy, quality of life

Streszczenie

Ślinotok jest częstym objawem występującym u dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym (MPD). Może prowadzić do powikłań medycznych, trudności w funkcjonowaniu społecznym i emocjonalnym oraz obniżenia jakości życia dziecka i jego opiekunów. Niniejszy artykuł ma charakter przeglądowy i przedstawia aktualny stan wiedzy na temat przyczyn, konsekwencji oraz możliwości leczenia ślinotoku u dzieci z MPD, ze szczególnym uwzględnieniem terapii logopedycznej jako kluczowego elementu niefarmakologicznego postępowania. Omówiono także dostępne interwencje farmakologiczne i chirurgiczne oraz podkreślono znaczenie indywidualizacji działań i współpracy interdyscyplinarnej. Z uwagi na ograniczoną liczbę opracowań podejmujących tę tematykę w polskim piśmiennictwie pedagogicznym i logopedycznym niniejszy artykuł może stanowić podstawę do dalszych badań i pogłębionej refleksji nad skutecznym wsparciem dzieci z MPD i objawem nadmiernego ślinienia.

Funding Information: Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie.
The percentage share of the Authors in the preparation of the work is: J.Z.-W. – 50.00%, J.H.-N. – 50.00%.

Declaration regarding the use of GAI tools: Not used.

Conflicts of interests: None.

Ethical considerations: The Authors assure of no violations of publication ethics and take full responsibility for the content of the publication.

Received: 2025.05.26. Accepted: 2025.07.06.

Abstract

Drooling is a common symptom observed in children with cerebral palsy (CP). It may lead to medical complications, social and emotional difficulties, and a reduced quality of life for both the child and their caregivers. This review article presents the current state of knowledge regarding the causes, consequences, and treatment options for drooling in children with CP, with a particular focus on speech and language therapy as a key component of non-pharmacological intervention. Pharmacological and surgical approaches are also discussed, along with the importance of individualised therapy and interdisciplinary collaboration. Given the limited number of publications addressing this issue in Polish pedagogical and speech-language literature, this article may serve as a starting point for further research and deeper reflection on effective support for children with CP and excessive drooling.

Wprowadzenie

Mózgowe porażenie dziecięce (MPD, ang. *cerebral palsy*) stanowi najczęstszą przyczynę niepełnosprawności ruchowej u dzieci i młodzieży [Cantera i in., 2021]. Częstość jego występowania szacuje się na 1,5–3 przypadków na 1000 żywych urodzeń [Sadowska, Sarecka-Hujar, Kopyta, 2020]. Obraz kliniczny MPD jest zróżnicowany i może obejmować objawy o różnym nasileniu – od łagodnych zaburzeń motorycznych po głębokie deficyty funkcjonalne, prowadzące do znacznego uzależnienia od opieki innych osób. Zaburzenia te wpływają nie tylko na rozwój ruchowy, lecz także na kształtowanie się osobowości oraz kompetencji społecznych i emocjonalnych. Mimo że średnia długość życia osób z MPD jest obecnie zbliżona do populacji ogólnej [Strauss i in., 2008; Trabacca i in., 2016], schorzenie to wiąże się z licznymi trudnościami w sferze motorycznej, sensorycznej, poznawczej, komunikacyjnej i społecznej, co znacząco obniża jakość życia dziecka i jego najbliższego otoczenia.

Jednym z istotnych, lecz nadal zbyt rzadko podejmowanych w literaturze zagadnień w kontekście dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym jest ślinotok, czyli niekontrolowany wpływ śliny z jamy ustnej lub jej nadmierne gromadzenie się w obrębie gardła. Zjawisko to może prowadzić do kaszlu, zadławień, zwiększonego ryzyka aspiracji, podrażnień skóry, odwodnienia oraz ograniczenia aktywności społecznej. U dzieci w wieku szkolnym i nastoletnim ślinotok bywa źródłem silnego zawstyżenia, wpływa na aktywność szkolną dziecka oraz utrudnia relacje rówieśnicze.

Niniejszy artykuł przedstawia aktualny stan wiedzy na temat ślinotoku u dzieci z MPD w ujęciu interdyscyplinarnym, ze szczególnym uwzględnieniem działań terapeutycznych podejmowanych przez logopedów. Omówiono w nim zarówno uwarunkowania kliniczne tego zjawiska, jak i jego konsekwencje psychospołeczne. Szczególną uwagę poświęcono strategiom terapeutycznym opartym na aktualnych dowodach naukowych. Zgromadzony materiał ukazuje ślinotok jako problem wymagający szerszego ujęcia badawczego i praktycznego, zwłaszcza w polskim piśmiennictwie specjalistycznym. Celem opracowania jest uporządkowanie dotychczasowej

wiedzy oraz zwrócenie uwagi na potrzebę dalszych badań nad skutecznością oddziaływań terapeutycznych stosowanych u dzieci z MPD.

Definicja i przyczyny ślinotoku u dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym

Ślina, stanowiąca naturalne środowisko jamy ustnej, pełni wiele kluczowych funkcji. Uczestniczy w procesach żucia, połykania, artykulacji oraz odbiorze bodźców smakowych, a także wspomaga utrzymanie higieny jamy ustnej i homeostazy błon śluzowych, chroniąc je przed urazami i działaniem czynników zewnętrznych [Pedersen i in., 2002]. Produkowana jest głównie przez gruczoły podżuchwowe (ok. 70%), a w mniejszym stopniu przez gruczoły przyuszne, podjęzykowe i drobne gruczoły błony śluzowej [Bouchoucha i in., 1997].

Ślinotok (ang. *sialorrhea*, *drooling*) definiowany jest jako niezamierzona utrata śliny z jamy ustnej. Uznaje się go za fizjologiczny w wieku niemowlęcym i wczesnodziecięcym, jednak po ukończeniu 4. roku życia jego występowanie traktowane jest jako objaw patologiczny [Blasco, 2012]. W populacji ogólnej ślinienie dotyczy około 0,5% dzieci, natomiast wśród dzieci z zaburzeniami neurologicznymi, szczególnie z mózgowym porażeniem dziecięcym, jego częstość wzrasta do 10–58% [Tahmassebi, Curzon, 2003; Hegde, Pani, 2009; Reid i in., 2012]. Z klinicznego punktu widzenia ślinotok można klasyfikować jako przedni (ang. *anterior sialorrhea*) i tylny (ang. *posteriori sialorrhea*), a oba rodzaje mogą występować jednocześnie [Erasmus i in., 2012]. Ślinotok przedni charakteryzuje się niezamierzonym wypływem śliny z ust na wargi, podbródek, szyję i ubranie. Z kolei tylny ślinotok wiąże się z niekontrolowanym przepływem śliny do gardła.

Etiologia ślinienia w MPD jest wieloczynnikowa. W przeszłości podejrzewano, że przyczyną może być hipersaliwacja, czyli nadmierne wytwarzanie śliny. W warunkach fizjologicznych dzienna produkcja śliny wynosi od 0,5 do 1,5 litra, przy szybkości spoczynkowej 0,3–0,4 ml/min, zmniejszającej się podczas snu i zwiększającej się nawet do 4–5 ml/min podczas jedzenia lub żucia [Iorgulescu, 2009]. W niektórych przypadkach przejściowe zwiększenie ślinienia może być efektem infekcji jamy ustnej, skutków ubocznych leków (np. klonazepamu), refluksu żołądkowo-przełykowego lub stymulacji jamy ustnej, np. przez wkładanie przedmiotów do ust [Stuchell, Mandel, 1988; Collins, Burton, Fairhurst, 2020]. Jednak liczne badania wykazały, że dzieci z MPD nie produkują istotnie więcej śliny niż ich zdrowi rówieśnicy [Tahmassebi, Curzon, 2003; Senner i in., 2007; Erasmus i in., 2009], a zjawisko to tłumaczy się raczej trudnościami w kontroli i zarządzaniu śliną, wynikającymi z zaburzeń motorycznych i sensorycznych. Wskazuje się, że ślinotok u dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym wynika przede wszystkim z dysfagii, osłabionej kontroli mięśni w obrębie jamy ustnej, zaburzeń ruchomości i koordynacji języka, niepełnego

domknięcia warg, nieprawidłowej postawy ciała i ustawienia głowy, a także zaburzeń czucia w obrębie jamy ustnej. Do dodatkowych czynników należą: makroglosja, wady zgryzu, niedrożność nosa, obecność ruchów mimowolnych, zmniejszona częstotliwość spontanicznego polykania i jego nieefektywność, obniżona zdolność koncentracji oraz działanie niektórych leków, zwłaszcza z grupy benzodiazepin [Fairhurst, Cockerill, 2011; Bavikatte, Sit, Hassoon, 2012; Crary i in., 2022]. W badaniu Susan M. Reid i współautorów [2012], obejmującym 385 dzieci z MPD, wykazano istotny związek między występowaniem ślinienia a takimi czynnikami, jak porażenie czterokończynowe, słaba kontrola głowy, otwarty zgryz przedni, brak domknięcia warg, obecność dysfagii, padaczka oraz niepełnosprawność intelektualna.

Podsumowując, ślinotok u dzieci z MPD nie jest skutkiem nadmiernej produkcji śliny, lecz wynika z zaburzeń kontroli motorycznej i sensorycznej. W terapii logopedycznej istotne są: usprawnianie mięśni w obrębie jamy ustnej i gardła, poprawa kontroli posturalnej oraz zwiększanie częstotliwości i skuteczności spontanicznego polykania.

Konsekwencje ślinotoku – aspekty kliniczne i psychospołeczne

Przewlekłe ślinienie u dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym może prowadzić do wielu problemów klinicznych, ale także do istotnych trudności psychospołecznych i edukacyjnych. W przypadku ślinotoku przedniego obserwuje się m.in. zmacerowanie i podrażnienie skóry twarzy, nieprzyjemny zapach, większe ryzyko infekcji okołoustnych, próchnicę, odwodnienie oraz trudności w utrzymaniu higieny osobistej [Fairhurst, Cockerill, 2011; Speyer i in., 2019]. Co równie istotne, nadmierne ślinienie wywołuje wiele negatywnych reakcji otoczenia, ponieważ postrzegane bywa jako nieestetyczne, a to zwiększa ryzyko negatywnych komentarzy, odrzucenia rówieśniczego, zawstydzenia i izolacji społecznej. Tego rodzaju doświadczenia mogą prowadzić do obniżenia poczucia własnej wartości i fałszywego utożsamiania ślinienia z niepełnosprawnością intelektualną [Van der Burg i in., 2006a]. Należy także zauważyć, że ślinienie wiąże się z ryzykiem uszkodzenia materiałów edukacyjnych (np. książek, sprzętu elektronicznego), co ogranicza dziecku dostęp do komunikacji i nauki [Fairhurst, Cockerill, 2011].

Ślinotok tylny, polegający na spływaniu śliny do gardła, zwiększa ryzyko aspiracji, a w konsekwencji nawracających infekcji dróg oddechowych i zapaleń płuc, które w skrajnych przypadkach mogą skutkować trwałym uszkodzeniem płuc [Reddihough i in., 2010; Erasmus i in., 2012]. Hea-Woon Park i współautorzy [2012] opisali przypadki dzieci z MPD, u których po podaniu toksyny botulinowej do gruczołów ślinowych zaobserwowano ustąpienie aspiracji, potwierdzone badaniem obrazowym z użyciem kontrastu (salivogramem). Z kolei Shyan Vijayasekaran i inni [2007] wykazali, że leczenie chirurgiczne u 62 dzieci ze ślinotokiem doprowadziło do wzrostu wysycenia krwi tętniczej tlenem i zmniejszenia częstości zapaleń płuc.

Negatywne skutki trudności w kontroli śliny przekładają się również na jakość życia dzieci z MPD oraz ich rodzin. Jan J. Van der Burg i współautorzy [2006b] wskazali, że opiekunowie odczuwają znaczne obciążenie związane z koniecznością stalego monitorowania higieny dziecka, przypominania o połykaniu śliny, osuszania okolic ust i brody oraz częstego prania odzieży i tekstyliów. W badaniach porównawczych i metaanalizach potwierdzono, że dzieci z MPD cechuje obniżona jakość życia w porównaniu z populacją ogólną [Varni i in., 2005; Colver i in., 2015; Makris i in., 2021; Almasri, Alquaazeh, 2023]. Metaanaliza Tiny Makris i współpracowników [2019] wykazała szczególnie duże różnice w obszarze funkcjonowania fizycznego, podczas gdy aspekty psychiczne i społeczne były bardziej zróżnicowane. Zwrócono również uwagę na rozbieżności między samooceną dzieci a ocenami dokonywanymi przez rodziców, co wskazuje na konieczność stosowania podejścia wieloźródłowego.

Nihad A. Almasri i Fatima Alzahra Alquaazeh [2023], opierając się na klasyfikacji ICF, zauważyły, że badania nad jakością życia dzieci z MPD koncentrują się głównie na funkcjach ciała, aktywności oraz czynnikach środowiskowych, natomiast znacznie rzadziej uwzględniają aspekty uczestnictwa społecznego i czynniki osobowe. Autorki postulują potrzebę szerszego ujęcia tych obszarów w przyszłych badaniach, ponieważ mają one kluczowe znaczenie dla całościowej oceny jakości życia. W tym kontekście skuteczna terapia ślinotoku może przyczynić się do poprawy estetyki i higieny, wzrostu samooceny dziecka, zmniejszenia obciążenia opiekunów oraz lepszego funkcjonowania społecznego i edukacyjnego.

Postępowanie farmakologiczne i zabiegowe w leczeniu ślinotoku

U dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym w leczeniu nadmiernego ślinienia stosuje się różnorodne metody, obejmujące farmakoterapię, iniekcje toksyny botulinowej oraz leczenie chirurgiczne. Interwencje te mogą być wdrażane równolegle z oddziaływaniami logopedycznymi i fizjoterapeutycznymi, które często stanowią podstawę kompleksowego postępowania terapeutycznego [Little, Kubba, Hussain, 2009; Reddihough i in., 2010; Walshe, Smith, Pennington, 2012].

Najczęściej stosowaną farmakoterapią są leki przeciwcholinergiczne, w tym gliopirołan, benztropina, skopolamina i triheksyfenidyl. Ich skuteczność w redukcji wydzielania śliny potwierdzono w badaniach klinicznych i przeglądach systematycznych [Mier i in., 2000; Jongerius i in., 2003; Zeller i in., 2012]. Leki te działają poprzez hamowanie aktywności układu przywspółczulnego, co prowadzi do zmniejszenia sekrecji śliny. Terapia ta może jednak wiązać się z działaniami niepożądanymi, takimi jak suchość jamy ustnej, odwodnienie, zaburzenia żołądkowo-jelitowe, zatrzymanie moczu, rozdrażnienie i zaburzenia snu [Jongerius i in., 2003].

W leczeniu miejscowym skuteczne są iniekcje toksyny botulinowej typu A (BoNT-A), która hamuje uwalnianie acetylocholin w gruczołach ślinowych. Przegląd systematyczny Shang-An Hunga i współautorów [2021] wykazał, że BoNT-A istotnie redukuje nasilenie ślinienia u dzieci z MPD przy niewielkim ryzyku działań niepożądanych. Potwierdziła to również metaanaliza Chih-Rung Chena i innych [2023], obejmująca grupę dorosłych pacjentów z uszkodzeniami ośrodkowego układu nerwowego. W obu analizach autorzy podkreślili jednak potrzebę przeprowadzenia dalszych badań w celu określenia optymalnej dawki, docelowych gruczołów oraz długoterminowego profilu bezpieczeństwa tej terapii.

W leczeniu chirurgicznym najczęściej stosuje się zabiegi podwiązania przewodów ślinowych, wycięcia gruczołów ślinowych oraz skleroterapię. Cele tych interwencji to trwałe zmniejszenie objętości śliny lub zmiana jej odpływu. Choć zabiegi te mogą prowadzić do trwałej redukcji ślinienia, wiążą się z ryzykiem powikłań, w tym kserostomii [Greensmith i in., 2005]. Metaanaliza Jeremy'ego Reeda, Carolyn K. Mans i Scotta E. Brietzkego [2009] wykazała subiektywną poprawę u większości pacjentów, jednak autorzy podkreślili, że jakość dostępnych badań była niska, a wyniki heterogeniczne. Z kolei Stijn Bekkers i współautorzy [2019], porównując skuteczność BoNT-A i chirurgii, wykazali większą skuteczność interwencji operacyjnej, ale także wyższe ryzyko działań niepożądanych i dłuższy czas rekonwalescencji. W literaturze podkreśla się, że interwencje farmakologiczne i zabiegowe mają charakter wspomagający i powinny być stosowane jako element szerszego programu terapeutycznego, którego fundament stanowi kompleksowe postępowanie nefarmakologiczne [Alrefai, Aburahma, Khader, 2009].

Zasadniczą rolę w leczeniu ślinotoku u dzieci z MPD odgrywa terapia logopedyczna, ukierunkowana na poprawę funkcji motorycznych i sensorycznych, kontroli połykania oraz usprawnienie komunikacji. W kolejnej części artykułu omówiono szczegółowo logopedyczne strategie terapeutyczne oparte na aktualnych dowodach naukowych.

Rola terapii logopedycznej w leczeniu ślinotoku u dzieci z MPD

Wśród nefarmakologicznych strategii leczenia ślinotoku u dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym zasadniczą rolę odgrywa terapia logopedyczna. Jej celem jest ograniczenie niekontrolowanego wypływu śliny, poprawa funkcji połykania, żucia i oddychania oraz wspieranie komunikacji i jakości życia dziecka oraz jego rodziny. Ze względu na złożony obraz kliniczny MPD, obejmujący współwystępowanie deficytów neurologicznych, poznawczych i sensorycznych, postępowanie logopedyczne powinno być interdyscyplinarne, dostosowane indywidualnie i prowadzone systematycznie.

W literaturze przedmiotu opisano różnorodne interwencje, które mogą stanowić część kompleksowego postępowania terapeutycznego wobec dzieci z MPD. W praktyce

klinicznej część z tych metod bywa stosowana przez logopedów, zwłaszcza posiadających dodatkowe kwalifikacje, na przykład w zakresie kinesiotalingu czy elektrostymulacji. Zakres zawodowych kompetencji w odniesieniu do tych technik pozostaje jednak przedmiotem dyskusji w środowisku zawodowym. Mając na uwadze brak ustawowej regulacji zawodu logopedy w Polsce oraz wynikający z tego nieokreślony katalog czynności zawodowych, przyporządkowanie niektórych form postępowania terapeutycznego do kompetencji logopedy pozostaje niejednoznaczne. W niniejszym przeglądzie przytoczono interwencje opisywane w literaturze jako potencjalnie skuteczne w terapii ślinotoku. Warto podkreślić, że nie wszystkie z tych metod należą do klasycznego kanonu działań logopedycznych, a ich stosowanie może wymagać dodatkowych kwalifikacji lub współpracy z innymi specjalistami. Przegląd zachowuje podejście interdyscyplinarne, odzwierciedlając aktualne kierunki praktyki klinicznej.

Zgodnie z przeglądem systematycznym Ranii El Nagar, Alai Al-Nemar i Fateny Abdelazeim [2021] ćwiczenia oromotoryczne (ang. *oromotor exercises*), obejmujące działania aktywne, pasywne oraz stymulację sensoryczną, mogą przyczynić się do poprawy kontroli śliny u dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym. Choć poziom dowodów określono jako umiarkowany, autorki podkreślają potencjał tej interwencji, szczególnie przy odpowiednim doborze technik i regularności ćwiczeń. Z kolei Madiha Manzoor i inni [2024] w randomizowanym badaniu kontrolowanym wykazali, że intensywne terapia oromotoryczna prowadzi do istotnej redukcji objawów ślinienia oraz poprawy retrakcji języka, ruchomości żuchwy i aktywności warg. Wyniki te potwierdzają skuteczność tej interwencji jako jednej z podstawowych strategii nefarmakologicznych. Systematyczny przegląd Sakineha Mohammada Zamaniego i współautorów [2024] podkreśla znaczenie kompleksowego postępowania logopedycznego, obejmującego ćwiczenia ruchowe, stymulację sensoryczną, masaż struktur jamy ustnej, ćwiczenia miofunkcjonalne oraz interwencje behawioralne. Skuteczność terapii zależy od wczesnego rozpoczęcia, regularności działań oraz zaangażowania opiekunów.

Ważnym czynnikiem warunkującym efektywność terapii jest właściwe pozycjonowanie dziecka, szczególnie podczas jedzenia i ćwiczeń. Zaburzenia kontroli posturalnej, szczególnie w obrębie głowy i szyi, utrudniają połykanie i nasilają ślinotok. Badania Sedy Ayaz Taşy i Tamera Çankaya [2015] wykazały zależność między słabą kontrolą głowy i nasilonym ślinieniem, a poprawa postawy skutkowała lepszą kontrolą nad wydzieliną. Również Karolina Szufflak i współautorzy [2023] wykazali, że rozluźnianie napiętych mięśni szyi i głowy (zwłaszcza mięśnia skroniowego i prostego tylnego mniejszego głowy) w ramach programu opartego na metodzie NDT-Bobath oraz technikach *strain-counterstrain* może skutecznie zmniejszyć intensywność ślinienia.

Do technik wspierających kontrolę nad śliną należą również oddziaływania neuro-mięśniowe (ang. *neuromuscular treatments* – NMTs), opisane przez Heather M. Clark [2003], często stosowane w ramach fizjoterapii. Obejmują one ćwiczenia aktywne (np.

poprawę siły, wytrzymałości i zakresu wybranych grup mięśni), ćwiczenia pasywne (mobilizacje, masaże, rozciąganie) oraz techniki fizykalne (np. wibrację, elektrostymulację, bodźce termiczne). Choć techniki te wywodzą się z rehabilitacji narządu ruchu, ich adaptacja do pracy z obszarem twarzowo-ustnym może wspierać rozwój siły i sprawności mięśni, usprawniać koordynację, poprawiać czucie powierzchniowe oraz kontrolę motoryczną.

Znaczenie stymulacji sensorycznej w terapii dzieci z niepełnosprawnościami wykazano m.in. w badaniu Leigh Strawbridge Domaracki i Lori A. Sisson [1990], w którym zastosowano stymulację struktur jamy ustnej szczoteczką NUK oraz bodźce wibracyjne w okolicy brody i szyi. Podobne rezultaty uzyskali Waqar Ahmed Awan i inni [2017], wskazując na pozytywny wpływ takich technik jak szczotkowanie i wibracja na poprawę czucia oraz mechanizmu połykania. W badaniu Emanuele F. Russo i współautorów [2019] zastosowanie techniki *Repeated Muscle Vibration* (rMV) doprowadziło do istotnej redukcji ślinienia u dzieci z MPD. Wibracja o wysokiej częstotliwości i niskiej amplitudzie, aplikowana w okolicy mięśni podjęzykowych, okazała się dobrze tolerowana, a efekt terapeutyczny utrzymywał się do trzech miesięcy po zakończeniu terapii. W przypadku obecności patologicznych odruchów oralnych ich wygaszenie, zgodnie z zaleceniami Kennetha Ottenbachera, Ann Scoggins i Jamiego Waylanda [1981], powinno poprzedzać właściwe ćwiczenia funkcjonalne.

Terapia miofunkcjonalna, często stosowana w logopedycznym leczeniu ślinotoku, koncentruje się na normalizacji napięcia mięśniowego w obrębie struktur ustno-twarzowych, wspieraniu prawidłowego toru oddechowego oraz funkcji żucia i połykania. Jej celem jest także eliminacja dysfunkcyjnych wzorców funkcjonalnych, takich jak oddychanie przez usta czy nieprawidłowe spoczynkowe ułożenie języka [Borrás, Rossel, 2005]. W przeglądzie Mariany Caroliny Morales Chávez, Zacy Caroli Nualart Grollmus i Francisco Javier Silvestre-Donata [2008] podkreślono znaczenie wczesnego wdrażania tych technik, choć zwrócono uwagę na brak wysokiej jakości dowodów empirycznych potwierdzających ich skuteczność. Eliminacja parafunkcji (ssanie palców, gryzienie warg, wkładanie przedmiotów do ust) oraz korekcja nieprawidłowych wzorców połykania z tłoczeniem języka między łuki zębowe (ang. *tongue thrust*) stanowią integralną część terapii. Jak pokazują badania Aysenur Tuncer i współautorów [2023], wzorce te, w połączeniu z osłabioną retrakcją języka, zwiększają ryzyko nadmiernego ślinienia.

Do narzędzi wspomagających, stosowanych często w porozumieniu z ortodontą lub terapeutą ustno-twarzowym, zalicza się również płytki ortodontyczne oparte na koncepcji Castillo-Moralesa. Jak wskazują G. Johannes Limbrock, H. Hoyer i H. Scheying [1990] oraz Silvia Marinone i inni [2017], ich stosowanie może poprawiać pozycję języka, domknięcie warg oraz mechanizmy połykania, a w wielu przypadkach pozwala uniknąć konieczności zastosowania toksyny botulinowej lub leczenia chirurgicznego. Choć interwencja ta wiąże się z redukcją nasilenia ślinienia u znacznej części pacjentów, nadal brakuje badań o wysokiej jakości metodologicznej [Pelkonen i in., 2023].

Uzupełnieniem terapii logopedycznej może być również zastosowanie elastycznych plastrów w ramach kinesiotalingu, metody od kilku lat obecnej w szkoleniach dla logopedów, choć jej zastosowanie wywodzi się z praktyki fizjoterapeutycznej. Denise Lica Yoshimura Mikami, Cristina Lemos Barbosa Furia i Alexis Fonseca Welker [2019] oraz Maryam Mokhlesin, Majid Mirmohammadkhani i Seyed Abolfazl Tohidast [2021] wykazali, że kinesiotaling mięśnia okrężnego ust przyczynia się do redukcji ślinienia, wspomagając domknięcie warg, czucie powierzchniowe oraz stabilizację stawu skroniowo-żuchwowego. Choć badanie Hagara Mohameda Awada, Mayi G. Aly i Hebatallaha Mohameda Kamala [2023] wykazało przewagę terapii motorycznej narządów artykulacyjnych nad samym kinesiotalingiem, autorzy uznali jego zastosowanie za cenne uzupełnienie terapii logopedycznej.

Istotne miejsce w terapii zajmują także interwencje behawioralne, ukierunkowane na wzmacnianie pożądanych reakcji, takich jak spontaniczne połykanie śliny, wycieranie ust i brody czy kontrola pozycji głowy. Przeglądy Jana J. Van der Burga i współautorów [2007] oraz Michelle S. McInerney i innych [2019] wskazują na skuteczność takich podejść, zwłaszcza przy ich systematycznym wdrożeniu w codziennym funkcjonowaniu dziecka.

Podsumowując, skuteczne postępowanie terapeutyczne w przypadku nadmiernego ślinienia u dzieci z MPD wymaga podejścia całościowego, opartego na wnikliwej diagnozie funkcjonalnej, systematyczności działań oraz aktywnym udziale opiekunów. Opisane w literaturze interwencje powinny być dobierane w sposób indywidualny, z uwzględnieniem potrzeb dziecka, aktualnej wiedzy naukowej oraz kompetencji zespołu terapeutycznego. Wraz z rosnącą liczbą dostępnych technik szczególnego znaczenia nabiera refleksyjne i odpowiedzialne podejście do planowania terapii.

Zakończenie

Ślinotok u dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym stanowi złożony problem kliniczny i psychospołeczny, który istotnie wpływa na jakość życia pacjentów oraz ich opiekunów. Choć objaw ten nie zagraża bezpośrednio życiu, może prowadzić do poważnych powikłań medycznych (m.in. aspiracji i zakażeń), utrudniać funkcjonowanie społeczne i edukacyjne dziecka oraz zwiększać obciążenie rodzinne i opiekuńcze w środowisku domowym. Celem niniejszego artykułu było ukazanie ślinotoku w ujęciu interdyscyplinarnym, ze szczególnym uwzględnieniem jego przyczyn, następstw oraz dostępnych strategii terapeutycznych, w tym metod stosowanych w terapii logopedycznej.

Przegląd literatury wskazuje, że chociaż leczenie farmakologiczne i chirurgiczne znajduje zastosowanie w cięższych przypadkach, to właśnie interwencje logopedyczne, nieinwazyjne i możliwe do wdrażania w warunkach domowych stanowią istotne uzupełnienie oddziaływań terapeutycznych podejmowanych wobec dziecka z MPD.

Mogą one przyczyniać się do redukcji objawów ślinienia oraz poprawy funkcji pokarmowych, komunikacyjnych i psychospołecznych, szczególnie gdy są prowadzone systematycznie i z uwzględnieniem indywidualnych potrzeb dziecka i jego rodziny.

W kontekście pedagogicznym szczególnie ważne jest dostrzeżenie roli logopedy jako specjalisty wspierającego funkcje żucia i połykania oraz rozwój komunikacji, samooceny i relacji społecznych. Z uwagi na ograniczoną liczbę opracowań podejmujących tę tematykę w polskim piśmiennictwie pedagogicznym i logopedycznym niniejszy artykuł może stanowić punkt wyjścia do dalszych badań nad formami wsparcia dzieci z MPD i objawem nadmiernego ślinienia.

Współczesna logopedia, szczególnie w obszarze neurologopedii, rozwija się dynamicznie, wzbogacając metody pracy o te, które wywodzą się z innych dziedzin. Zjawisko to, choć może sprzyjać poprawie skuteczności terapii, wymaga refleksji nad zasadnością stosowanych technik, poszanowania kompetencji zawodowych oraz odpowiedzialności za bezpieczeństwo pacjenta. Praktyka oparta na dowodach naukowych i etyce zawodowej stanowi podstawę bezpiecznej i skutecznej terapii dzieci z MPD.

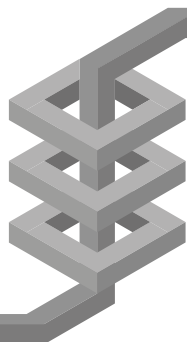
Literatura

- Almasri N.A., Alquaqzeh F.A., 2023, *Determinants of quality of life of children and adolescents with cerebral palsy: a systematic review*, „Physical & Occupational Therapy in Pediatrics”, vol. 43(4), s. 367–388.
- Alrefai A., Aburahma S., Khader Y., 2009, *Treatment of sialorrhoea in children with cerebral palsy: A double-blind placebo-controlled trial*, „Clinical Neurology and Neurosurgery”, vol. 111(1), s. 79–82.
- Awaad H.M., Aly M.G., Kamal H.M., 2023, *Kinesio Taping versus Oromotor Training on drooling in children with spastic cerebral palsy: comparative study*, „The Egyptian Journal of Hospital Medicine”, vol. 91(1), s. 4462–4467.
- Awan W.A., Aftab A., Janua U.I., Ramzan R., Khan N., 2017, *Effectiveness of kinesio taping with oromotor exercises in improving drooling among children with cerebral palsy*, „The Rehabilitation”, vol. 1(2), s. 21–27.
- Bavikatte G., Sit P.L., Hassoon A., 2012, *Management of drooling of saliva*, „British Journal of Medical Practice”, vol. 5(1), 5071.
- Bekkers S., Pruijn I.M.J., Van Hulst K., Delsing C.P., Erasmus C.E., Scheffer A.R.T., Van Den Hoogen F.J.A., 2019, *Randomized controlled trial comparing botulinum vs surgery for drooling in children with neurodevelopmental disabilities*, „Neurology”, vol. 92(11), s. 1195–1204.
- Blasco P., 2012, *Prevalence and predictors of drooling*, „Developmental Medicine & Child Neurology”, vol. 54(11), s. 970.
- Borrás S., Rossel V., 2005, *Logopedia e intervención. Guía para la reeducación de la deglución atípica y trastornos asociados*, Valencia: Nau llibres.
- Bouchoucha M., Callais F., Renard P., Ekindjian O.G., Cugnenc P.H., Barbier J.P., 1997, *Relationship between acid neutralization capacity of saliva and gastro-oesophageal reflux*, „Archives of Physiology and Biochemistry”, vol. 105(1), s. 19–26.
- Cantera M.J., Medinilla E.M., Martínez A.C., Gutierrez S.G., 2021, *Comprehensive approach to children with cerebral palsy*, „Anales de Pediatría”, vol. 95(4), s. 1–11.

- Chen C.R., Su Y.C., Chen H.C., Lin Y.C., 2023, *Botulinum Toxin for Drooling in Adults with Diseases of the Central Nervous System: A Meta-Analysis*, „Healthcare (Basel)”, vol. 11(13), 1956.
- Clark H., 2003, *Neuromuscular treatments for speech and swallowing: A tutorial*, „American Journal of Speech-Language Pathology”, vol. 12(4), s. 400–415.
- Collins A., Burton A., Fairhurst C., 2020, *Management of drooling in children with cerebral palsy*, „Paediatrics and Child Health”, vol. 30(12), s. 425–429.
- Colver A., Rapp M., Eisemann N., Ehlinger V., Thyen U., Dickinson H.O., Parkes J., Parkinson K., Nystrand M., Fauconnier J., Marcelli M., Michelsen S.I., Arnaud C., 2015, *Self-reported quality of life of adolescents with cerebral palsy: a cross-sectional and longitudinal analysis*, „The Lancet”, vol. 385(9969), s. 705–716.
- Crary M., Carnaby G.D., Mathijs L., Maes S., Gelin G., Ortibus E., Rommel N., 2022, *Spontaneous Swallowing Frequency, Dysphagia, and Drooling in Children With Cerebral Palsy*, „Archives of Physical Medicine and Rehabilitation”, vol. 103(3), s. 451–458.
- Domaracki L.S., Sisson L.A., 1990, *Decreasing drooling with oral motor stimulation in children with multiple disabilities*, „American Journal of Occupational Therapy”, vol. 44, s. 680–684.
- El Nagar R., Al-Nemar A., Abdelazeim F., 2021, *Effect of oromotor exercises on feeding in children with cerebral palsy: A systematic review*, „Bulletin of Faculty of Physical Therapy”, vol. 26:36, s. 1–10.
- Erasmus C.E., Hulst K. van, Rotteveel J.J., Willemsen M.A., Jongerius P.H., 2012, *Clinical practice: swallowing problems in cerebral palsy*, „European Journal of Pediatrics”, vol. 171(3), s. 409–414.
- Erasmus C.E., Hulst K.V., Rotteveel L.J.C., Jongerius P.H., Van Den Hoogen F.J.A., Roeleveld N., Rotteveel J.J., 2009, *Drooling in cerebral palsy: hypersalivation or dysfunctional oral motor control?*, „Developmental Medicine & Child Neurology”, vol. 51(6), s. 454–459.
- Fairhurst C.B., Cockerill H., 2011, *Management of drooling in children*, „Archives of Disease in Childhood Education and Practice Edition”, vol. 96(1), s. 25–30.
- Greensmith A.L., Johnstone B.R., Reid S.M., Hazard C.J., Johnson H.M., Reddihough D.S., 2005, *Prospective analysis of the outcome of surgical management of drooling in the pediatric population: A 10-year experience*, „Plastic and Reconstructive Surgery”, vol. 116, s. 1233–1242.
- Hegde A., Pani S.C., 2009, *Drooling of saliva in children with cerebral palsy – etiology, prevalence, and relationship to salivary flow rate in an Indian population*, „Special Care in Dentistry”, vol. 29(4), s. 163–168.
- Hung S.A., Liao C.L., Lin W.P., Hsu J.C., Guo Y.H., Lin Y.C., 2021, *Botulinum Toxin Injections for Treatment of Drooling in Children with Cerebral Palsy: A Systematic Review and Meta-Analysis*, „Children (Basel)”, vol. 8(12), 1089.
- Iorgulescu G., 2009, *Saliva between normal and pathological. Important factors in determining systemic and oral health*, „Journal of Medicine and Life”, vol. 2(3), s. 303–307.
- Jongerius P.H., Tiel P. van, Limbeek J. van, Gabreëls F.J.M., Rotteveel J.J., 2003, *A systematic review for evidence of efficacy of anticholinergic drugs to treat drooling*, „Archives of Disease in Childhood”, vol. 88(10), s. 911–914.
- Limbrock G.J., Hoyer H., Scheying H., 1990, *Drooling, chewing and swallowing dysfunctions in children with cerebral palsy: Treatment according to Castillo-Morales*, „ASDC Journal of Dentistry for Children”, vol. 57(6), s. 445–451.
- Little S.A., Kubba H., Hussain S.S., 2009, *An evidence-based approach to the child who drools saliva*, „Clinical Otolaryngology”, vol. 34(3), s. 236–239.
- Makris T., Dorstyn D., Crettenden A., 2021, *Quality of life in children and adolescents with cerebral palsy: a systematic review with meta-analysis*, „Disability and Rehabilitation”, vol. 43(3), s. 299–308.

- Manzoor M., Butt G.A., Nasir M., Hassan F., 2024, *Effects of oral motor therapy in children with cerebral palsy: a randomized controlled trial*, „Journal of Population Therapeutics and Clinical Pharmacology”, vol. 31(6), s. 1273–1280.
- Marinone S., Gaynor W., Johnston J., Mahadevan M., 2017, *Castillo Morales appliance therapy in the treatment of drooling children*, „International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology”, vol. 103, s. 129–132.
- McInerney M.S., Reddihough D.S., Carding P.N., Swanton R., Walton C.M., Imms C., 2019, *Behavioural interventions to treat drooling in children with neurodisability: A systematic review*, „Developmental Medicine & Child Neurology”, vol. 61, s. 39–48.
- Mier R.J., Bachrach S.J., Lakin R.C., Barker T., Childs J., Moran M., 2000, *Treatment of sialorrhea with glycopyrrolate: A double-blind, dose-ranging study*, „Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine”, vol. 154(12), s. 1214–1218.
- Mikami D., Furia C., Welker A., 2019, *Addition of Kinesio Taping of the orbicularis oris muscles to speech therapy rapidly improves drooling in children with neurological disorders*, „Developmental Neurorehabilitation”, vol. 22(1), s. 13–18.
- Mokhlesin M., Mirmohammadhani M., Tohidast S.A., 2021, *The effect of Kinesio Taping on drooling in children with intellectual disability: A double-blind randomized controlled study*, „International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology”, vol. 153, 111017.
- Morales Chávez M.C., Nualart Grollmus Z.C., Silvestre-Donat F.J., 2008, *Clinical prevalence of drooling in infant cerebral palsy*, „Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal”, vol. 13(1), s. 22–26.
- Ottenbacher K., Scoggins A., Wayland J., 1981, *The effectiveness of a program of oral sensory-motor therapy with the severely and profoundly developmentally disabled*, „Occupational Therapy Journal of Research”, vol. 1(2), s. 147–163.
- Park H.W., Lee W.Y., Park G.Y., Kwon D.R., Lee Z.I., Cho Y.W., Ahn S.H., Lee D.K., 2012, *Salivagram after gland injection of botulinum neurotoxin A in patients with cerebral infarction and cerebral palsy*, „Physical Medicine and Rehabilitation”, vol. 4(4), s. 312–316.
- Pedersen A.M., Bardow A., Jensen S.B., Nauntofte B., 2002, *Saliva and gastrointestinal functions of taste, mastication, swallowing and digestion*, „Oral Diseases”, vol. 8(3), s. 117–129.
- Pelkonen A.M., Närhi L., Häkli S., Raatikainen A.M., Pirttiniemi P., Silvola A.S., 2023, *Effectiveness of oral motor appliances on oral motor function and speech in children: a systematic review*, „Acta Odontologica Scandinavica”, vol. 82(1), s. 9–17.
- Reddihough D.S., Erasmus C.E., Johnson H., McKellar G.M., Jongerius P.H., 2010, *Botulinum toxin assessment, intervention and aftercare for paediatric and adult drooling: international consensus statement*, „European Journal of Neurology”, vol. 17(2), s. 109–121.
- Reed J., Mans C.K., Brietzke S.E., 2009, *Surgical management of drooling: A meta-analysis*, „Archives of Otolaryngology – Head & Neck Surgery”, vol. 135(9), s. 924–931.
- Reid S.M., McCutcheon J., Reddihough D.S., Johnson H., 2012, *Prevalence and predictors of drooling in 7 to 14 year old children with cerebral palsy: a population study*, „Developmental Medicine & Child Neurology”, vol. 54(11), s. 1032–1036.
- Russo E.F., Calabro R.S., Sale P., Vergura F., De Cola M.C., Militi A., Bramanti P., Portaro S., Filoni S., 2019, *Can muscle vibration be the future in the treatment of cerebral palsy-related drooling? A feasibility study*, „International Journal of Medical Sciences”, vol. 16(11), s. 1447–1452.
- Sadowska M., Sarecka-Hujar B., Kopyta I., 2020, *Cerebral Palsy: Current Opinions on Definition, Epidemiology, Risk Factors, Classification and Treatment Options*, „Neuropsychiatric Disease and Treatment”, vol. 16, s. 1505–1518.

- Senner J.E., Logemann J., Zecker S., Gaebler-Spira D., 2007, *Drooling, saliva production, and swallowing in cerebral palsy*, „Developmental Medicine & Child Neurology”, vol. 46(12), s. 801–806.
- Speyer R., Cordier R., Kim J.H., Cocks N., Michou E., Wilkes-Gillan S., 2019, *Prevalence of drooling, swallowing, and feeding problems in cerebral palsy across the lifespan: a systematic review and meta-analyses*, „Developmental Medicine and Child Neurology”, vol. 61(11), s. 1249–1258.
- Strauss D., Brooks J., Rosenbloom L., Shavelle R., 2008, *Life expectancy in cerebral palsy: an update*, „Developmental Medicine and Child Neurology”, vol. 50(7), s. 487–493.
- Stuchell R.N., Mandel I.D., 1988, *Salivary gland dysfunction and swallowing disorders*, „Otolaryngologic Clinics of North America”, vol. 21(4), s. 649–661.
- Szuflak K., Malak R., Fechner B., Sikorska D., Samborski W., Mojs E., Gerreth K., 2023, *The masticatory structure and function in children with cerebral palsy – A pilot study*, „Healthcare”, vol. 11(7), 1029.
- Tahmassebi J.F., Curzon M.E.J., 2003, *The cause of drooling in children with cerebral palsy – hypersalivation or swallowing defect?*, „International Journal of Paediatric Dentistry”, vol. 13(2), s. 106–111.
- Taş S.A., Cankaya T., 2015, *An investigation of the relations of drooling with nutrition and head control in individuals with quadriparetic cerebral palsy*, „Journal of Physical Therapy Science”, vol. 27(11), s. 3487–3492.
- Trabacca A., Vespino T., Di Liddo A., Russo L., 2016, *Multidisciplinary rehabilitation for patients with cerebral palsy: improving long-term care*, „Journal of Multidisciplinary Healthcare”, vol. 9, s. 455–462.
- Tuncer A., Uzun A., Tuncer A.H., Guzel H.C., Atılgan E.D., 2023, *Bruxism, parafunctional oral habits and oral motor problems in children with spastic cerebral palsy: A cross-sectional study*, „Journal of Oral Rehabilitation”, vol. 50(12), s. 1393–1400.
- Van der Burg J.J., Didden R., Jongerius P.H., Rotteveel J.J., 2007, *A descriptive analysis of studies on behavioural treatment of drooling (1970–2005)*, „Developmental Medicine and Child Neurology”, vol. 49, s. 390–394.
- Van der Burg J.J., Jongerius P.H., Limbeek J. van, Hulst K. van, Rotteveel J., 2006a, *Social interaction and self-esteem of children with cerebral palsy after treatment for severe drooling*, „European Journal of Pediatrics”, vol. 165(1), s. 37–41.
- Van der Burg J.J., Jongerius P.H., Limbeek J. van, Hulst K. van, Rotteveel J., 2006b, *Drooling in children with cerebral palsy: a qualitative method to evaluate parental perceptions of its impact on daily life, social interaction, and self-esteem*, „International Journal of Rehabilitation Research”, vol. 29(2), s. 179–182.
- Varni J.W., Burwinkle T.M., Sherman S.A., Hanna K., Berrin S.J., Malcarne V.L., Chambers H.G., 2005, *Health-related quality of life of children and adolescents with cerebral palsy: hearing the voices of children*, „Developmental Medicine and Child Neurology”, vol. 47(9), s. 592–597.
- Vijayasekaran S., Unal F., Schaff S.A., Johnson R.F., Ruttler R.J., 2007, *Salivary gland surgery for chronic pulmonary aspiration in children*, „International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology”, vol. 71(1), s. 119–123.
- Walshe M., Smith M., Pennington L., 2012, *Interventions for drooling in children with cerebral palsy*, „Cochrane Database of Systematic Reviews”, no. 11, CD008624.
- Zamani S.M., Naderifar E., Torabi M.H., Kamali M., 2024, *Non-Medical Treatments of Drooling by Speech and Language Pathologists in Cerebral Palsy Children: A Systematic Review*, „Journal of Iranian Medical Council”, vol. 7(4), s. 599–613.
- Zeller R.S., Davidson J., Lee H.M., Cavanaugh P.F., 2012, *Safety and efficacy of glycopyrrolate oral solution for management of pathologic drooling in pediatric patients with cerebral palsy and other neurologic conditions*, „Therapeutics and Clinical Risk Management”, vol. 8, s. 25–32.



Sprawozdania

Ewelina Zając  <https://orcid.org/0000-0002-5076-8347>

Uniwersytet Łódzki, Zakład Dialektologii Polskiej i Logopedii, ul. Pomorska 171/173, 90-236 Łódź,
e-mail: ewelina.zajac@uni.lodz.pl

Sprawozdanie z konkursu logopedyczno-literackiego pt. „O rybaku”

Report on the Speech Therapy and Literary Competition
Entitled “About the Fisherman”

Słowa kluczowe: konkurs logopedyczno-literacki, kreatywność, poszerzanie zasobu słownictwa

Keywords: speech therapy and literary competition, creativity, expanding vocabulary

W czerwcu bieżącego roku podczas wycieczki turystyczno-krajoznawczej do Kątów Rybackich na Mierzei Wiślanej zorganizowany został coroczny konkurs logopedyczno-literacki, tym razem pod tytułem „O rybaku”. Był on skierowany do wszystkich uczestników wyjazdu, czyli do uczniów klas III–VI Szkoły Podstawowej im. Marii Konopnickiej Zespołu Szkół w Przykonie (powiat turecki, województwo wielkopolskie). Zadaniem uczniów było napisanie opowiadania, którego bohaterem byłby rybak. Dodatkowym utrudnieniem było zawarcie w tekście jak największej liczby wyrazów zawierających głoskę *r*.

Celem konkursu było rozwijanie kreatywności i wrażliwości uczniów oraz kształcenie umiejętności poprawnego wypowiedzania się i poszerzanie słownictwa. Spośród wszystkich zgłoszonych prac konkursowych nagrodzone zostały cztery opowiadania: dwa w kategorii klas młodszych i dwa w kategorii klas starszych. Przy ocenie tekstów

Funding Information: Uniwersytet Łódzki, Zakład Dialektologii Polskiej i Logopedii.

Declaration regarding the use of GAI tools: Not used.

Conflicts of interests: None.

Ethical considerations: The Author assures of no violations of publication ethics and takes full responsibility for the content of the publication.

Received: 2025.06.28. Accepted: 2025.06.28.



wzięto pod uwagę: zgodność z tematem, oryginalność, pomysłowość oraz poprawność pod względem gramatycznym, stylistycznym i ortograficznym¹.

Nagrody za udział w konkursie ufundował Zakład Dialektologii Polskiej i Logopedii Uniwersytetu Łódzkiego oraz Wydział Filologiczny Uniwersytetu Łódzkiego.

Prace nagrodzone w konkursie:

Zuzanna, Iga, Antonina (uczennice klasy IIIa)

Dawno, dawno temu żył sobie pewien rybak o imieniu Bartłomiej. Miał żonę Dorotę i dwóch synów, starszego Igora i młodszego Wiktora.

Pewnego dnia Bartłomiej ze swoim synem Igorem wypłynęli na połów ryb. W pewnym momencie nastąpiła okropna cisza. Nagle rozpętała się burza z ostrym wiatrem. Silny wiatr zepchnął łódkę na ostre skały i Bartłomiej z synem znaleźli się na bezludnej wyspie. Byli tam uwięzieni przez piętnaście dni. Na szczęście znaleźli trochę prowiantu. Szesnastego dnia spostrzegli sporą łódź. Na szczęście kapitan łodzi ich zauważył i przetransportował do wioski. Wszyscy za nimi bardzo tęsknili. I żyli długo i szczęśliwie.

Liliana, Lena, Maja (uczennice klas IIIb i IIIc)

Rybak Radek rankiem wyruszył na połów ryb. Kiedy rybak Radek wrócił z połowu ryb, przyszedł do niego rybak Robert. Postawili grill na tarasie. Na grilla rybak Radek przyniósł złowione przez siebie ryby. Na grilla zaprosili znajomych i przyjaciół. A potem poszli do domu, ponieważ zaczął padać deszcz. Kiedy deszcz przestał padać, przyjaciele i znajomi rozeszli się do swoich domów. Rybak Radek i rybak Robert zostali, aby wypić sobie herbatę.

Lena, Magdalena, Lena (uczennice klasy VIc)

Był gorący czerwcowy poranek, rudowłosy rybak Bartek, tak jak w każdy wtorek wybrał się na ryby. Zabrał ze sobą przyjaciółkę Barbarę. Zanim wyruszył w drogę, nakarmił zwierzęta. Kurom dał ziarno, a królikowi Robertowi dał marchew.

Mniej więcej czterdzieści po czwartej ubrali się w kurtki i grube skarpety, po czym wyszli z domu. Szybkim krokiem poszli nad morze. Gdy dotarli na miejsce, rozłożyli parawan, krzesła i sprzęt wędkarski. Zaraz po tym przeszli do łowienia ryb.

- Popatrz, czy to rekin?! – krzyknął przerażony Bartek.
- Prawdopodobnie tak – wystraszyła się Barbara.
- Co teraz? – zaryczał Bartek.
- Uciekajmy w krzaki! – wrzasnęła jego przyjaciółka. – Tylko ostrożnie!

¹ Poza interpunkcją oraz poprawnym zapisem ortograficznym w tekstach uczniów nie wprowadzono większych zmian. Składnia i fleksja zachowane zostały oryginalne.

Chłopak nie zdążył uciec. Olbrzymi rekin wyskoczył z morza i poleciał w stronę Bartka. Ugryzł go swoimi ostrymi zębami. Barbara próbowała opatrzeć mu rany, ale i tak trzeba było wezwać karetkę.

Wtedy dziewczyna szturchnęła Bartka, a ten szeroko otworzył oczy. Okazało się, że zasnął podczas wędkowania. Barbara zaczęła się z niego śmiać, a potem pokazała mu olbrzymiego jesiotra, którego złowiła. Rozmawiali krótką chwilę, a potem poszli z powrotem do domu. Po drodze nazbierali dużo rozmaitych owoców, takich jak czerwone truskawki, przepyszne borówki i dorodne czereśnie. Kiedy byli już na podwórku, przywitali się z sąsiadem Czarkiem, który rąbał drewno.

- Dzień dobry! – przywitał się Bartek.
- Dzień dobry! – odpowiedział sąsiad.
- Zapraszamy na grilla! – krzyknęła Barbara.
- Świetnie. Na pewno przyjdę. O której mam się zjawić? – spytał Czarek.
- Może o czternastej?
- Dobrze. Do zobaczenia.

Gdy Bartek i Barbara wrócili do domu, Bartek rozpałił grilla, a Barbara kroїła warzywa na sałatkę grecką. Na deser podała owoce nazbierane po drodze z połowu. Kiedy sąsiad zjawił się na miejscu, rozsiedli się na tarasie, rozmawiali ze sobą, śmiali się i miło spędzali czas.

Adrianna (uczennica klasy VIc)

Rano rybak Roman ruszył na brzeg morza, rozglądając się za rybami. Rękoma sprawdził rozłożone wczoraj sieci, porwane przez silny prąd. Rzeński wiatr rozrzucał resztki wodorostów, tworząc barwną mozaikę. Rybacy z portu mruczełi coś pod nosem, narzekając na burzliwą aurę. Rok temu Roman stracił łódź podczas sztormu, ale wrócił silniejszy niż przedtem. Ryby były rzadkością, lecz ryzyko dawało radość i rumieńce. Ruch w porcie był raczej niewielki, lecz Roman wierzył w szczęście. Zarzucił sieci, raz jeszcze patrząc, jak kręgi rozszerzają się na tafli. Radość wypełniła go, gdy spostrzegł, że coś się rusza w siatce. Rzadki okaz, ryba o srebrnych łuskach szarpała się z niezwykłą siłą. Ramię Romana drżało, ale zdołał ją wyciągnąć na pokład. Ryknął z triumfu, wołając sąsiadów, by zobaczyli zdobycz. Rodzina czekała w chacie, a ryba miała trafić prosto na ruszt. Rokowania na przyszłość było dobre – morze znów go obdarzyło.

Recenzenci artykułów w bieżącym tomie

Reviewers of the Articles in the Current Volume

dr hab., prof. UŚ Ewa Biłas-Pleszak (Katowice)
dr hab., prof. UJK Ewa Boksza (Kielce)
dr hab., prof. UP Jagoda Cieszyńska-Rożek (Kraków)
dr hab., prof. UG Ewa Czaplewska (Gdańsk)
dr hab., prof. UMK Agnieszka Hamerlińska (Toruń)
dr hab., prof. UŁ Katarzyna Jachimowska (Łódź)
dr hab., prof. UG Katarzyna Kaczorowska-Bray (Gdańsk)
dr hab. Lilianna Konopska (Szczecin)
dr hab. Danuta Lech-Kirstein (Opole)
dr hab., prof. UW Anita Lorenc (Warszawa)
dr hab. Magdalena Majdak (Warszawa)
dr hab., prof. UW Anna Majewska-Tworek (Wrocław)
dr hab. Renata Marciniak-Firadza (Łódź)
prof. dr hab. Mirosław Michalik (Kraków)
dr hab., prof. UG Stanisław Milewski (Gdańsk)
dr hab., prof. UR Agnieszka Myszka (Rzeszów)
dr hab., prof. UŁ Edyta Pałuszyńska (Łódź)
dr hab., prof. UKEN Halina Pawłowska-Jaroń (Kraków)
prof. dr hab. Danuta Pluta-Wojciechowska (Katowice)
dr hab. Natalia Siudzińska (Warszawa)
dr hab. Jolanta Sławek (Poznań)
dr hab. n. med. Bożena Wiskirska-Woźnica (Poznań)
dr hab. Katarzyna Węsierska (Katowice)
dr hab., prof. UMCS Tomasz Woźniak (Lublin)
prof. dr hab. n. med. Hanna Zielińska-Bliźniewska (Łódź)

