

Ks. prof. UKSW dr hab. Bielecki Jan
Prof. UKSW dr hab. Zabłocki Kazimierz Jacek
Instytut Psychologii
WFCH, UKSW

Zaburzony rozwój mowy u dziecka i jego terapia. Wybrane zagadnienia

Wprowadzenie

Wychowanie to długi proces w czasie którego często rodzice i wychowawcy mogą popełnić różne błędy. Te błędy popełniane są często nieświadomie z myślą chęci pomocy dziecku w różnych sytuacjach trudnych i stresowych. Dlatego warto choć krótko wspomnieć o niektórych błędach jakie popełniają rodzice i wychowawcy¹.

Przede wszystkim nie wiemy dokładnie wszystkiego, co przeżywa dziecko z zaburzeniami mowy np. jękać się, kiedy nie potrafi wymówić tego, co czuje. Wtedy rodzice często denerwują się i okazują zniecierpliwienie, co jeszcze bardziej deprymuje dziecko. Nie zawsze potrafimy zauważyć jego cierpienie, kiedy zamyka się w sobie i nie ma ochoty z nami rozmawiać (*Milcząca skarga dziecka*, Bochniarz, 1998). Dziecko nie potrafi swego cierpienia zwerbalizować ani wskazać na jego przyczyny. Taka sytuacja burzy poczucie bezpieczeństwa i gasi jego naturalną radość życia. Dlatego gdy zauważymy takie objawy należy jak najprędzej interweniować u specjalisty. To prawda, że niewłaściwe postępowanie wobec dziecka bierze się z nieświadomości i z niewiedzy rodziców. A zwracając uwagę dziecku jeszcze bardziej potęgują lęk i narażają je na kolejne przykrości i upokorzenia.

Innym błędem, który popełniają rodzice to brak czasu i cierpliwości na spokojne i życzliwe wysłuchanie dziecka kiedy chce coś powiedzieć.

Kolejnym błędem są zbyt wysokie i nadmierne wymagania stawiane dziecku. Nie zrealizowanie tych wysokich wymagań rodzi frustracje i poczucie mniejszej wartości. Podobnie negatywnie wpływa na dziecko postawa nadopiekuńcza i nadmiernego ochraniania, która wpływa na poczucie mniejszej wartości a w konsekwencji skłania do izolacji od rówieśników.

Dziecko jest osobą wrażliwą ale bezbronną, która potrzebuje przede wszystkim miłości, życzliwości i poczucia bezpieczeństwa. Jeżeli to zapewnimy dziecku, wówczas pomimo różnych trudności będzie się prawidłowo rozwijało i dobrze funkcjonowało.

Najbardziej sprzyjające procesowi rozwojowemu są postawy stymulujące, wyrażające się zainteresowaniem mową dziecka, inspirowaniem i wyzwaniem chęci i radości mówienia. Niekorzystne są

¹ Warto tutaj sięgnąć do artykułu J. Bieleckiego (2010).

natomiast postawy hamujące, gdyż wywołują w dziecku reakcję obronną w formie niechęci do mówienia, a w krańcowych wypadkach mogą prowadzić do poważnego opóźnienia rozwoju mowy.

Jednolity styl wychowawczy, stawianie dziecku przez obojga rodziców takich samych wymagań, stosowanie przez nich jednakowego układu nagród i kar (pozbawienie przywilejów) korzystnie wpływa na rozwój dziecka, w tym na rozwój jego mowy. Brak jednomysłności może spowodować zachwianie równowagi emocjonalnej, objawy nadpobudliwości bądź zahamowania.

Wychowanie zbyt surowe przyczynia się do powstawania lęku, buntu, agresji - co może prowadzić do jąkania i innych zaburzeń mowy. Wychowanie zbyt troskliwe sprzyja postawie lekceważenia wobec otoczenia. U dzieci wychowywanych w tym stylu obserwuje się mowę niestaranną, niedbałą. Bywa też często przedłużany okres swoistej mowy dziecięcej, czyli opóźnia się proces rozwoju mowy.

Atmosfera wychowawcza charakteryzująca się cierpliwością i zainteresowaniem rodziców osiągnięciami dziecka aktywizują je do mówienia, zachęcają je do relacjonowania swoich przeżyć, inspirują do formułowania myśli i przekazywania ich, co stanowi cenne ćwiczenie językowe. Klimat emocjonalny w rodzinie jest, więc ważnym czynnikiem w rozwoju mowy, który może być zaburzony w wyniku napięć, nieporozumień i różnych sytuacji stresowych. Im bardziej dziecko czuje się akceptowane, ma częsty niewymuszony kontakt z rodzicami - tym bardziej czuje się ono bezpieczne i jest motywowane do nawiązania komunikacji werbalnej.

Innym ważnym czynnikiem sprzyjającym rozwojowi mowy stanowi wzorzec językowy. Ponieważ słuchanie jest pierwszym etapem uczenia się mowy, w związku z tym mowa najbliższego otoczenia dziecka stanowi niezwykle ważny element w procesie nabywania przez nie umiejętności językowych.

Niedobory dziecka są często spowodowane niedbałą bądź wadliwą wymową dorosłych, co przy braku odpowiedniej opieki może się utrwalić. Bardzo istotny jest, więc fakt, kto uczy dziecko, kto dostarcza mu wzorców językowych.

Dlatego też najważniejszą rolę w kształtowaniu i rozwoju mowy dziecka stanowią rodzice, a później nauczyciele.

1. Uwarunkowania i czynniki prawidłowego rozwoju mowy dziecka

Analizując problematykę uwarunkowań i czynników prawidłowego rozwoju dziecka warto sięgnąć do publikacji T. Zaleskiego (1992).

Mowa dorosłych — jest modelem, który powinien cechować precyzyjną i poprawną, nie przesadną wymową. Ważne jest tu tempo mowy i ilość produkcji słownej. Dzieci powinny słyszeć w swoim otoczeniu mowę wyraźną, emitowaną w umiarkowanym tempie. Zdania powinny być formułowane w sposób naturalny z uwzględnieniem prostych zdań jak i również złożonych. Nie należy przekazywać zbyt wielu myśli, problemów jednocześnie. Należy stosować znane dziecku wyrażenia, ale także systematycznie bogacić słownictwo. Osoba dorosła musi pamiętać o poziomie rozmówcy, o jego możliwościach, wypowiedź jej ma być zrozumiała dla dziecka. Podczas mówienia rodzice winni umiejętnie rozkładać akcenty, dobierać odpowiedni ton, barwę głosu.

Pamiętać trzeba o stosowaniu kontaktu spojrzeń - należy patrzeć na dziecko i tak mówić, aby ono patrzyło na mówiącego, było zainteresowane wypowiedzią dorosłego. Zrozumieniu treści wypowiedzi sprzyja układ warg, dlatego zawsze należy mówić będąc zwróconym twarzą do dzieci. Pomaga to również w koncentracji uwagi i tworzy poczucie wspólnoty. Pomocne są środki pozawerbalne odpowiednio stosowane przez rodziców - takie jak: mimika, wyraz twarzy, gestykulacja. Nie wolno używać słów, form, zwrotów wskazujących na dominację dorosłego (nakazy, zakazy - dość tego!, nie mów nic!).

Czynniki uczuciowe wzbogacają i dynamizują rozwój mowy. Brak partnerskiego stosunku przejawia się też w stosowaniu przez rodziców określeń typu: nigdy!, na pewno nie!, bez dyskusji!. Ogromną rolę w procesie rozwoju mowy ma uświadomienie sobie przez rodziców jak ważne są wspólne, częste rozmowy, czytanie książek, opowiadanie bajek.

Ćwiczenia usprawniające - rozwój mowy podjęte przez matkę lub ojca mają mieć charakter rozmowy swobodnej np. po przeczytaniu bajki należy rozpocząć rozmowę na jej temat. Pytania powinny być tak sformułowane, aby odpowiedź wymagała zbudowania zdania i nie ograniczała się do „tak” lub „nie”. Należy pytać też o rozumienie znaczenia nowych słów napotkanych w rozmowach, opowiadaniach. Należy dążyć do sytuacji, w której dziecku nie uświadamia się ciągle jego trudności w mowie.

2. Czynniki nieprawidłowego rozwoju mowy dziecka

Problem prawidłowego rozwoju mowy koncentruje się wokół kilkuletniego dziecka. Zaniedbania tego okresu mają swoje negatywne skutki w życiu późniejszym.

Oddziaływania środowiska rodzinnego mogą mieć negatywny charakter. Dziecko przyjmuje od najbliższego otoczenia błędy językowe, wady wymowy, ubogi zasób słownictwa, złe struktury gramatyczne, nieprawidłowe akcentowanie, intonację, rytm mowy. Rodzina często nie dostrzega potrzeby pracy nad rozwijaniem mowy dziecka i błędnie stwierdza, że rozwinięta jest ona sama.

Świadome działania rodziców służące nabywaniu przez dziecko sprawności językowej są również często ograniczane jedynie do poprawiania błędów, czyli mają charakter oceny negatywnej. Natomiast brak przeważnie w korygowaniu błędów wzmocnienia dodatniego.

Brak świadomości w wielu rodzinach, iż wspólne rozmowy, czytanie książek, oglądanie odpowiednich programów telewizyjnych służy doskonaleniu mowy. Należy tu również podkreślić, że codzienne czynności pielęgnacyjno-opiekuńcze, domowe nie są powszechnie doceniane, jako sytuacje korzystne dla rozwoju mowy.

Brak podnieć do mówienia bywa często przyczyną opóźnienia rozwoju mowy dziecka, a u dziecka pozbawionego kontaktu z ludźmi mowa może się w ogóle nie rozwijać. Niewłaściwa reakcja otoczenia na pierwsze wypowiedzi dziecka, brak zainteresowania jego wypowiedziami, lekceważenie ich może spowodować zaniechanie mówienia.

Niewskazany jest również nadmierny entuzjazm, rodzice powinni wyważyć rozsądnie swoje słowa. Nadmiar bodźców słownych może również wywołać u dziecka reakcję obronną w postaci niechęci do mówienia.

Niedopuszczalne jest karanie dziecka za złą wymowę. U dziecka powstaje wtedy poczucie mniejszej wartości i problemy sfery emocjonalnej. Bardzo niekorzystne z punktu rozwoju mowy są: sytuacje rygorystyczne, przecenianie możliwości dziecka, popisywanie się dzieckiem. Nie należy też dziecku przerywać, kiedy mówi.

Do środowiskowych czynników sprzyjających powstawaniu opóźnienia mowy zalicza się głównie sytuacje deprivacyjne takie jak np. rozłąka z matką, brak bliskiego kontaktu emocjonalnego rodziców z dzieckiem. Podłożem niesprzyjających warunków dla rozwoju mowy jest nieprawidłowa, zła atmosfera domowa, styl wychowania, postawy rodziców.

Bardzo ważne są też błędy żywieniowe popełniane wobec dzieci. Narządy artykulacyjne od pierwszych chwil życia dziecka poddawane są treningowi poprzez ćwiczenie takie jak ssanie, polykanie, żucie odpowiednio do wieku życia. Przedłużanie ssania, podawanie płynnych lub półpłynnych posiłków, podczas, gdy dziecko powinno już samo odgryzać, polykać stanowi złe podłoże dla prawidłowej wymowy.

3. Najczęstsze zaburzenia występujące w rozwoju mowy dzieci - próba systematyzacji

Według Kaczmarka zaburzenie mowy polega na tym, że albo nie umiemy właściwie zbudować wypowiedzi albo też jej percypować, tak, więc mamy do czynienia z dyslalią (za: Nowak, 1999, s. 14).

3.1. Dyslalia i formy realizacji dźwięków

Termin dyslalia (z grek. dys - zaburzenie, lalia - mowa) to ogólne pojęcie stosowane przy określeniu różnych postaci wad wymowy. Wywodzi się z foniatry i najczęściej stosowany jest w klasyfikacjach zaburzeń mowy (za: Galkowski, Jastrzębska, 1999, s. 429). Wyróżniamy tutaj dwa rodzaje dyslalii - dyslalia częściowa (nieprawidłowości w realizacji jednej głoski lub kilku głosek) oraz dyslalia całkowita (nieprawidłowości w realizacji wszystkich lub niemal wszystkich głosek od razu. Zachowane są rytm, melodia, akcent, ale mowa jest niewyraźna, belkotliwa, niezrozumiała dla otoczenia).

Do zaburzeń mowy należą również:

Elizja - forma wadliwej wymowy, przy której brak realizacji jakiegoś fonemu w postaci osobnego segmentu głoski. Forma ta występuje przede wszystkim przy zniekształceniach fonemów spółgłoskowych. Elizja może być pełna, jeżeli brak realizacji jakiegoś fonemu zauważany jest we wszystkich pozycjach w nagłosie, śródgłosie i wygłosie. Elizja może być ograniczona - gdy dotyczy tylko niektórych pozycji. Może być również całkowita - fonem spółgłoskowy realizowany jest, jako zero fonetyczne oraz częściowa - gdy zmianie ulega sąsiedni segment wokalny.

Substytucja (paralalia) - ma miejsce wówczas, gdy realizacja jakiegoś fonemu mieści się w polu realizacji innego fonemu. Substytucja występuje częściej niż elizja i charakteryzuje się większym bogactwem form.

Deformacja (dyslalia właściwa) zachodzi wówczas, gdy realizacja jakiegoś fonemu wykacza poza właściwe pole realizacji tego fonemu, a zarazem nie mieści się w polu realizacji innych fonemów. Należy

do nich zaliczyć głoski nietypowe dla danego systemu fonetycznego np. głoski między zębowe, boczne, różne zlokalizowane dźwięki wibracyjne.

3.2. Zaburzenia artykulacyjne

L. Kaczmarek, G. Demelowa (1979) oraz R. Rocławski (1981, s. 335 i nast.) wyróżniają najczęściej spotykane zaburzenia artykulacyjne:

Sygmatyzm (łac. *sigmatismus*) seplenienie, czyli nieprawidłowa realizacja jednego, dwóch lub wszystkich trzech szeregów (*s, ʒ, c, dʒ, ś, ʒ̣, ć, dʒ̣, sʒ, ʒ̣, cʒ, dʒ̣*). Zaburzeniu może ulec artykulacja jednej, kilku lub nawet kilkunastu głosek.

Seplenienie między zębowe (seplenienie interdentalne, seplenienie śród zębne, sygmatyzm między zębny). Wymowa to najczęstsza forma, występująca u dzieci w okresie wymiany uzębienia. Charakteryzuje się tym, że język znajdujący się w linii środkowej wysuwa się między zęby. Jest on spłaszczony i dlatego powietrze rozprasza się po całej jego powierzchni. Dolna szczęka jest mniej lub bardziej opuszczona, co powoduje brak dentalizacji (zbliżenia dolnych i górnych zębów).

Seplenienie przy zębowe (łac. *sigmatismus addentalis*). Charakteryzuje się płaskim ułożeniem przodu języka, który zbyt mocno przylega do wewnętrznej strony siekaczy. Nie tworzy się na nim rowek i dlatego powietrze przechodzi szerokim strumieniem. W efekcie brzmienie głosek jest przytępione, szmer powstający na krawędziach dolnych siekaczy jest osłabiony lub w ogóle się nie pojawia. Najczęstszą przyczyną seplenienia przy zębowego jest utrwalanie nieprawidłowych wzorców.

Seplenienie wargowo-zębowe — (łac. *sigmatismus labiodentalis*). Bardzo wąska szczelina tworzy się między dolną wargą a górnymi siekaczami lub między górną wargą a dolnymi siekaczami. Język nie bierze udziału w artykulacji, jest bierny. Wytworzony dźwięk podobny jest do ostro brzmiącego f. Wargę zbliżając się do zębów powoduje zniekształcenie głosek dentalizowanych.

Seplenienie boczne - (łac. *sigmatismus lateralis*). Artykulacja polega na niesymetrycznym ułożeniu całego języka. Szczelina nie tworzy się w jego linii środkowej, lecz z boku - przy kłach, zębach przedtrzonowych lub trzonowych. Szczelina może być poprzedzona zwarcieciem. Wargi rozchylają się w miejscu przechodzenia powietrza. Prąd powietrza wydechowego nie jest, więc emitowany w linii prostej, lecz z jednej (prawej lub lewej) strony, bądź z obu stron i wydostaje się szerokim strumieniem, co bardzo zniekształca brzmienie głosek dentalizowanych. Rozróżniamy seplenienie boczne - prawostronne (*dexter*), lewostronne (*sinister*), obustronne (*bilateralis*).

Seplenienie nosowe - (łac. *sigmatismus nasalis*). W zależności od stopnia przechodzenia powietrza przez nos rozróżnia się:

- seplenienie nosowe częściowe (łac. *partialis*),
- seplenienie nosowe całkowite (łac. *totalis*).

Przy seplenieniu nosowym częściowym układ języka jest prawidłowy, a podniebienie miękkie nie jest zupełnie opuszczone, co powoduje, że w czasie artykulacji głosek dentalizowanych powietrze

wydychane jednocześnie wydostaje się przez nos i usta. Brzmienie głosek dodatkowo zniekształca rezonans nosowy.

Przy seplenieniu nosowym całkowitym układ języka jest nieprawidłowy, ponieważ zwiera się on z podniebieniem. Powietrze wydychane przedostaje się do jamy nosowej szczeliną powstałą przez zbliżenie obsady języka do tylnej ściany gardła, wytwarzając nieprzyjemny poszum nosowy.

Seplenienie krtaniowe - (łac. *sigmatismus laryngealis*). Głoski dentalizowane zastępowane są przez szmer wytwarzany w krtani tzw. zwarcie krtaniowe. Pod naciskiem wydychanego powietrza głośnia jest rozsunięta i prąd powietrza, który się przez nią wydostaje wytwarza szmer.

Seplenienie świszczące - (łac. *sigmatismus stridens*). Cechuje się ono bardzo ostrym, świszczącym brzmieniem głosek dentalizowanych, które powoduje silny prąd powietrza powstały w wyniku utworzenia się głębokiego rowka wzdłuż linii środkowej języka. Taką wymowę można usłyszeć przy artykulowaniu głosek z dużą siłą oraz u osób z anomaliami zębowymi.

Seplenienie wargowe - (łac. *sigmatismus labialis*). Szczelina tworzy się między wargami, a język pozostaje bierny. Jest to występujące przejściowo zniekształcenie głosek dentalizowanych, spowodowane niestaną umiejętnością wymowy lub chwiejnością stanów psychicznych.

Seplenienie podniebienne - (łac. *sigmatismus palatalis*). W wyniku zbliżenia czubka języka do podniebienia twardego powstaje trąca, nieprzyjemny szmer. Najczęściej występuje przy zgryzie otwartym, przy przodowaniu żuchwy, palatalizacji. Wymowa głosek: sz., ż, cz, dż zbliżona jest do wymowy miękkich: ś, ź, ć, dź.

Seplenienie przydechowe - (łac. *sigmatismus aspiratiren*). Wymowa głosek dentalizowanych jest przydechowa, polega na tworzeniu dźwięków w takiej formie, że przypominają one chuchający szmer. Przyczyną są najczęściej błędy środowiska.

Seplenienie szumiące — wymowa głosek dentalizowanych jest szmerowa i charcząca.

Seplenienie gardłowe - (łac. *sigmatismus pharyngealis*). Głoski dentalizowane są wymawiane gardłowo w wyniku rozszczepów podniebienia.

Do przyczyn sygmatyzmu wypływających ze środowiska dziecka należą:

- Nieprawidłowe naśladowanie wzorców wadliwych artykulacji, które w miarę czasu mogą się automatyzować i przejść w nawyk.
- Zbyt długie karmienie dziecka smoczkiem, stosowanie niewłaściwych smoczków, ssanie przez dziecko palca prowadzą do zniekształcenia zgryzu i mogą być pośrednią przyczyną sygmatyzmu.
- Złe nawyki żywieniowe, podawanie płynnych, papkowatych posiłków, gdy dziecko powinno już odgryzać, żuć sprzyjają przetrwaniu niemowlęcej pozycji języka, czyli brak jest pionizacji języka.
- Niska sprawność narządów artykulacyjnych, zwłaszcza języka, którego mięśnie mogą być zbyt słabo lub zbyt mocno napięte. Brak pionizacji języka, (co powoduje infantylne polykanie) sprzyja wysuwaniu go między zęby w trakcie artykulacji, czyli mowa między zębowa.

Rotacyzm (łac. *rhotacismus*) – reranie. Jest to nieprawidłowa wymowa głoski „r”.

Reranie języczkowe (łac. *rhotacismus uvularis*). Jest najczęstszą formą rotacyzmu. Drgania wykonywane są przez języczek znajdujący się na końcu podniebienia miękkiego. Podniebienie miękkie jest uniesione i zamyka przejście do jamy nosowej. Język nie bierze udziału w artykulacji. Jest to odmiana rotacyzmu podniebego.

Reranie wargowe - (łac. *rhotacismus labialis*). Spotyka się dwie formy tej wymowy: dwuwargową, kiedy drgają obie wargi oraz wargowo-zębową, kiedy dźwięk powstaje w wyniku drgań dolnej wargi zbliżonej do górnych siekaczy lub górnej wargi zbliżonej do dolnych siekaczy.

Reranie międzyzębrowe - (łac. *rhotacismus interdentalis*). Polega na drganiu czubka języka wsuniętego między zęby.

Reranie policzkowe - (łac. *rhotacismus buccalis*). Drga jeden policzek pod wpływem strumienia powietrza skierowanego w bok. W efekcie powstaje dźwięk o nieprzyjemnym brzmieniu. Przy jego realizacji, poza drganiem jednego lub obu policzków drga również czubek lub krawędzie języka.

Reranie podniebienne - (łac. *rhotacismus velaris*). Polega na zbliżeniu tylnej części języka do podniebienia miękkiego. Podczas artykulacji wibruje całe podniebienie miękkie.

Reranie gardłowe - (łac. *rhotacismus pharyngealis*). Powstaje między nasadą języka a tylną ścianą gardła. Wymowa głoski r gardłowa, z wibracją języczka i podniebienia miękkiego, zbliżona jest do wymowy francuskiego dźwięku r.

Reranie nosowe - (łac. *rhotacismus nasalis*). Realizacja nosowa głoski r często występuje z nosową wymianą innych dźwięków.

Reranie boczne - (łac. *rhotacismus lateralis*). Wadliwa boczna realizacja głoski r - strumień powietrza, przeciskając się między krawędzią boczną języka a górnymi dziąslami, powoduje powstanie nieprzyjemnego brzmienia.

Reranie krtaniowe - (łac. *rhotacismus laryngealis*). Polega na wadliwej krtaniowej artykulacji głoski „r”.

Negatywny wpływ środowiska rodzinnego przyczyniający się do powstania rotacyzmu polega na:

- naśladowaniu nieprawidłowych wzorców mowy „r”
- błędy żywieniowe, pielęgnacyjne w okresie wczesnego dzieciństwa (brak pionizacji języka, ograniczona jego ruchowość) powodują niską sprawność języka, zbyt mocne lub zbyt słabe napięcie języka.

3.3. Mowa bezdźwięczna

Problem mowy bezdźwięcznej podejmują I. Styczek (1980, s. 67 -68) oraz T. Zaleski (1992). Tu artykulacja polega na wymawianiu głosek dźwięcznych bezdźwięcznie, np. póty zamiast buty. Wyjątek stanowią spółgłoski sonorne: r, l, m, n, l, j, m', n'. Wyjaśnia się to faktem większego (niż nich róż przy pozostałych) stopnia otwarcia kanału ustnego, co stwarza lepsze warunki do drgań więzadeł głosowych.

Mowa bezdźwięczna oznacza pewien typ dyslalii, w którym zniekształceniu podlega korelacja dźwięczności, obejmująca 13 par opozycyjnych:

p	p'	t	k	k'	c	cz	ć	f	f'	s	sz	ś
↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑
b	b'	d	g	g'	dz	dź	dż	w	w'	z	ź	ż

Pięć pierwszych par to spółgłoski zwarte, następne trzy pary - spółgłoski zwarto szczelinowe, pozostałe pięć par - spółgłoski szczelinowe.

Przy mowie bezdźwięcznej występuje najczęściej obniżenie napięcia mięśniowego warg i policzków. Głos jest zwykle suchy, bezbarwny, monotony.

Mowa bezdźwięczna może występować w postaci:

- mowy bezdźwięcznej całkowitej - zaburzeniu podlega cała korelacja dźwięczności (spółgłoski zwarte, zwarto szczelinowe, szczelinowe);
- mowy bezdźwięcznej częściowej - w niektórych parach opozycyjnych (najczęściej szczelinowych) obserwuje się rozróżnienie głosek dźwięcznych i bezdźwięcznych. Przeważnie jest to stan przejściowy pomiędzy mową bezdźwięczną całkowitą a wymową prawidłową.
-

3.4. Kappacyzm i gammacyzm

Kappacyzm – to wada artykulacyjna, w której zaburzona jest wymiana gloski k i k'.

Gammacyzm - wada artykulacyjna, w której zaburzona jest wymowa gloski g i g'.

Formy wadliwej wymowy glosek *k, g, k', g'*:

Kappacyzm i gammacyzm właściwy - deformacja tych glosek jest wynikiem zwarcia krtaniowego, w rezultacie tego powstają gloski brzmieniowo zbliżone do k, g, k', g';

Parakappacyzm i paragammacyzm - zamiana zwartych welarnych *k, g, k', g'* na zwarte zębowe: *t, d, t', d'* lub *b*. Zjawisko to występuje, jako etap przejściowy w procencie kształtowania i rozwoju mowy dziecka. W przypadku przedłużania się do 5-6 roku życia uznane jest za patologię;

Mogikappacyzm i mogigammacyzm - opuszczanie glosek tylnojęzykowych zwartych, realizacja w postaci zera fonetycznego.

3.5. Rynolalia (tac. rhinolalia) – nosowanie

Nosowanie zamknięte - zachodzi wówczas, gdy gloski nosowe są jak gloski ustne.

Nosowanie otwarte - gloski ustne łączą się z rezonansem nosowym.

4. Terapia i jej formy

J. Nowak (1999) podaje, iż terapia zaburzeń mowy „... jest to całością czynności mających na celu usuwanie zaburzeń mowy, a ściślej złagodzeniu skutków tych zaburzeń u dzieci czy też osób dorosłych”.

Wyróżnia się następujące terapie, gdy przyczyny zaburzeń mowy są:

- uwarunkowane genetycznie – wówczas na pierwszym miejscu terapia medyczna, potem logopedyczna,
- gdy zaburzenia mowy są pochodzenia ośrodkowego – wówczas stosuje się terapię logopedyczną i psychologiczną,
- gdy zachodzi konieczność stymulacji, korekty nierozwiniętych, opóźnionych, utraconych lub błędnych funkcji językowych – wówczas to stosuje się terapię pedagogiczną i logopedyczną.
- Celem terapii jest kształcenie, rozwijanie, korygowanie i doskonalenie prawidłowego mówienia.

Rocławski (1981) pisze, że aby podjąć terapię, należy najpierw określić cele cząstkowe, w których ważne jest:

1. Zapewnienie możliwie najlepszych warunków sprzyjających pełnemu rozwojowi funkcji językowej uwzględniając:
 - stan zdrowia dziecka (leczenie, operacje chirurgiczne w sytuacjach tego wymagających),
 - oddzielne, wyciszone pomieszczenie,
 - wyposażenie w odpowiedni zestaw pomocy, aparaturę... itd.,
 - stwarzanie odpowiedniej atmosfery,
 - pracę indywidualną lub w małych grupach,
 - stosowanie różnych metod, form i technik przez logopedę.
2. Zdrowie psychiczne pacjenta, które warunkuje gotowość do uczenia się i współpracy z logopedą.
3. Wypracowanie właściwego stosunku otoczenia do osoby z nieprawidłową mową.
4. Wypracowanie odpowiedniej do: wieku, poziomu rozwoju osobowości i środowiska sprawności językowej pacjenta z zaburzoną mową i to w odpowiednim zakresie.

Potrzeba wczesnego wykrycia, badania i oceny rozwoju mowy dziecka, stanowi podstawę do szybkiego i skutecznego działania, prowadzącego do usunięcia lub zmniejszenia niepełnosprawności w sferze mowy. Na początku terapii trzeba znaleźć i zlikwidować przyczyny zaburzeń mowy. Do tego potrzebna jest znajomość sytuacji szkolnej, rodzinnej i społecznej prowadzonego pacjenta. Przyczynę można wykluczyć przy pomocy prostych zabiegów psychologicznych, logopedycznych i dydaktycznych, co wiąże się z poradnią logopedyczną - logopedą, poradnią psychologiczną - psychologiem i szkołą - nauczycielem. Zaniedbanie i niewyrównywanie w porę niedoborów rozwojowych mowy może osłabić

aktywność umysłową dziecka, wywołać negatywny stosunek do szkoły, nauczyciela i rówieśników, a także ograniczyć kontakty społeczne.

Terapia składa się z dwóch zasadniczych etapów:

- 1) Wywołanie prawidłowego wzorca artykulacyjnego danej głoski.
- 2) Utrwalenie tego wzorca w ciągu mownym (wprowadzenie go poprzez szereg ćwiczeń do spontanicznej mowy dziecka).

Praca logopedyczna przebiega według ustalonego wzorca (etapów):

- przygotowania narządów artykulacyjnych, fonacyjnych i oddechowych,
- wywoływanie żądanej głoski,
- łączenie jej z innymi głoskami,
- zastosowanie ćwiczonej głoski w wyrazach i w połączeniach wyrazowych,
- następnie w zdaniach, opowiadaniu, aż do zautomatyzowania i włączenia do wypowiedzi potocznych.

Metodyka ćwiczeń logopedycznych w nauczaniu prawidłowej artykulacji obejmuje:

- ćwiczenia usprawniające motorykę narządów mowy (języka, warg, podniebienia, zuchwy),
- ćwiczenia słuchowe w różnicowaniu poprawnego i zaburzonego brzmienia,
- ćwiczenia polegające na ustawianiu narządów mowy dla uzyskania prawidłowego brzmienia, np. szpatułką, palcem,
- ćwiczenia wykonywane pod kontrolą wzrokową (lustro), kinestetyczną (dotykem) i słuchową,
- ćwiczenia usprawniające wymowę wy ćwiczonych głosek w izolacji, w sylabie, w wyrazie, w zdaniu, w mowie potocznej,
- psychoterapię przy zaburzonej osobowości (relaks, trening autogenny),
- ścisłą współpracę z domem i innymi nauczycielami (specjalistami, a szczególnie logopedą).

Postępowanie logopedyczne przy jąkanii obejmuje:

- ćwiczenia oddechowe,
- rozluźnienie napięcia mięśni narządów mowy poprzez relaks, psychoterapię (ćwiczenia relaksacyjne),
- regulację tempa i rytmu mowy.

Reedukacja mowy u dzieci według I. Styczek (1980, s. 76 i nast.) obejmuje całość działań podjętych do wyeliminowania danej wady lub zaburzenia, tzn.:

- metoda reedukacji musi być dostosowana do zaburzeń mowy,
- stopniowanie trudności przy doborze zadań,
- ćwiczenie musi najpierw być wykonane prawidłowo przez logopedę,
- tempo przerabiania materiału dostosowane do możliwości dziecka,
- reedukację zaczynamy od głosek, wyrazów, form gramatycznych występujących najczęściej w mowie codziennej,

- wprowadzenie elementów kontrastowych,
- zainteresowanie i zachęcenie do pracy,
- dawanie pochwał,
- współpraca z rodziną i nauczycielem,
- prowadzenie zeszytu do wykonywania ćwiczeń w domu,
- powtarzanie materiału,
- reedukację kończy się stopniowo, dotyczy to coraz rzadszych wizyt u logopedy.

W terapii wyróżniamy:

Metodę logopedyczną, która obejmuje:

- a) stronę leksykalną - czyli pracę nad bogaceniem słownika biernego i czynnego dziecka,
- b) stronę gramatyczną - czyli pracę nad stymulacją świadomości językowej, między innymi kształcenie form gramatycznych,
- c) stronę fonetyczną - czyli korygowanie wymowy (zaburzeń artykulacyjnych).

Przechodząc do innych metod reedukacji mowy uwzględniono nie tylko sam defekt, ale całą osobowość jednostki (rozwój psychiczny i motoryczny) (Rodak, 2007; por. także: Dembińska, 1994). Stwierdzono, że w parze z usprawnieniem danego defektu mowy idzie usprawnienie psychomotoryczne, które wspomaga i dopinguje do dalszej pracy nad korekcją mowy - są to metody relaksacyjne. Relaks zakłada pełną współzależność ciała i psychiki, wpływa dodatnio poprzez pełne odprężenie mięśni ciała na stan psychiczny organizmu, a z drugiej strony poprzez oddziaływanie na psychikę, zmniejsza napięcie mięśniowe, wprowadza w stan spokoju, rozluźnienia.

Metoda relaksacyjna H. Wintreberfa stosowana jest dla dzieci od 10-12 roku życia (za: Rodak, 2007; por. także: Dembińska, 1994). Polega ona na ruchach biernych, czynno-biernych i muskających mięśnie twarzy w pozycji leżącej na plecach, z oczami zamkniętymi bez ruchu, w izolacji od hałasu i od światła.

W Polsce *reedukacja psychomotoryczna* prowadzona jest metodą „Bon Depart”, czyli metoda Dobrego Startu. Metoda ta zawiera elementy kształtujące orientację w schemacie ciała, w czasie i przestrzeni, realizację ruchu, a także ćwiczenia relaksacyjne. Stosowana jest dla dzieci w wieku przedszkolnym oraz do dzieci starszych przejawiających trudności w pisaniu i czytaniu.

Metoda ortofoniczno-muzyczna jest też jedną z metod psychomotorycznego rozwoju dziecka z zaburzoną mową. Najczęściej jest stosowana u dzieci z parą sygmatyzmem, przyczyniając się do ogólnego rozwoju osobowości. Piosenka w dużym stopniu przyczynia się do uwrażliwienia percepcji słuchowej. Muzyka, jako zespół bodźców oddziałujących na analizator słuchowy prowadzi do podwyższenia aktywności ośrodka słuchu, wyculając go na selektywne przyjmowanie innych bodźców słuchowych, na trwale przechowywanie. Metoda ta w sposób spontaniczny wpływa na rozwój mowy: rozumienie tekstów, mowę samodzielną, wzbogaca zasób słownictwa biernego i czynnego. Wpływa na kojarzenie treści zawartych w wiadomościach zachowanych w pamięci dziecka - a zatem rozwój logicznego myślenia.

Podczas śpiewania głębsze staje się oddychanie, występuje aktywniejsze działanie przepony i silniejsze są ruchy i działanie strun głosowych, mięśni krtani i gardła, wzrasta rola rezonatorów. Ćwiczenia oddechowe mające na celu pogłębienie oddechu, rozruszanie przepony, wydłużenie fazy wydechowej, a także zapobieganie takim niepożądanym zjawiskom jak arytmia oddechowa, mówienie na wdechu... itd.

Metoda usprawniająca harmonijny rozwój umysłu, ciała i mony jest gimnastyka opracowana przez Paula Dennisona. Metoda ta powoduje relaks całego organizmu. Ćwiczenia koordynujące pracę prawej i lewej półkuli mózgowej, przyczyniają się do koncentracji uwagi, łączenia funkcji oddechowych z fonacyjnymi i ruchowymi, a w konsekwencji wspomagają terapię dziecka.

Postępowanie reedukacyjne powinno przybierać różne formy: zabawy, rozmowy, wyliczanki, gry słowne, opowiadania, piosenki ... itd. Powinny wystąpić elementy wizualne, które będą wspomagać mowę, np.: obrazki, przezroczka, przedmioty - u dzieci młodszych (plastikowe, drewniane, metalowe), a u umiejących czytać wydrukowane materiały (listy wyrazów, zdania i teksty).

Najlepszą formą pracy jest praca w zajęciach indywidualnych i małych zespołach (2-3 osobowych). Praca indywidualna nauczyciela lub logopedy ma na celu usprawnienie aparatu mowy, a także pokonanie niechęci i wstydu w zajęciach w większym zespole. Wprowadzenie do zajęć indywidualnych kolejnych członków grupy spowoduje przyzwyczajenie się dziecka do współuczestników zabawy, pokonanie wewnętrznych oporów (zwłaszcza u dzieci jękających), a także pokonanie strachu przed innymi dziećmi. Pierwsze pozytywne kontakty spowodują wejście tej jednostki do grupy i nawiązanie kontaktów społecznych. Poczucie bezpieczeństwa i pewności przyczyni się do zlikwidowania napięcia emocjonalnego, wprowadzenia stanu rozluźnienia, spokoju, wiary we własne siły, poczucia własnej wartości i godności, a także włączy osobę do społeczności. Rozbudzając aktywność dziecka włączamy go do brania udziału w życiu klasy, szkoły i życiu rodzinnym.

Proces usprawniania mowy musi odbywać się na wszystkich trzech płaszczyznach: dom, szkoła, poradnia logopedyczna. Prawidłowe funkcjonowanie dziecka nastąpi wtedy, gdy będzie prawidłowa interakcja dziecka z rodziną, grupą rówieśniczą i nauczycielem.

5. Komunikacja alternatywna w procesie rewalidacji

Problematykę komunikacji alternatywnej omawiają m.in. M. Dworznikowska (1998) oraz M. Piszczek (1997).

Jednym z kryteriów, które określa nas, jako istotę ludzką, jest zdolność do przekazywania naszych potrzeb, myśli i pomysłów. Dla większości z nas mowa jest jedynym stosowanym sposobem porozumiewania się. Mówimy wtedy, gdy jesteśmy razem z innymi ludźmi, gdy chcemy ich poinformować o pewnych przeżyciach, doświadczeniach. Komunikowanie się obejmuje również umiejętność słuchania i rozumienia tego, co inni do nas mówią, o co nas pytają. Mową posługujemy się, na co dzień i dopiero, kiedy spotykamy kogoś, kto nie mówi lub mówi niezrozumiale, uświadamiamy sobie, jak ważnym i precyzyjnym narzędziem jest mowa. Dopiero wówczas rozumiemy, że jesteśmy bez niej zupełnie bezradni.

Wśród dzieci np. mózgowym porażeniem dziecięcym jest grupa takich, które nie mówią w skutek uszkodzenia centralnego systemu nerwowego. Ich mowa pozostanie na zawsze lub na długi okres czasu niezrozumiała. Są to dzieci z dyzartią i anartią. Niezdolność do komunikowania się językiem mówionym pogłębia dodatkowo ich bezradność i izolację społeczną. Z powodu niesprawnych rąk nie mogą posługiwać się np. językiem migowym (Piszczyk, 1997, s. 21).

Dziecko z mózgowym porażeniem dziecięcym ma pewien potencjał możliwości rozwoju poszczególnych funkcji wraz z dojrzewaniem układu nerwowego. W okresie późniejszym proces ten przebiega w znacznie zwolnionym tempie w stosunku do norm dla wieku i bardzo często jest nieharmonijny. Usprawnienie w zakresie funkcji lokomocyjnych nie ma wyznacznika czasowego, który miałby tak istotne znaczenie dla dalszych losów dziecka, jak w przypadku motoryki artykulacyjnej, a co za tym idzie możliwości czynnego posługiwania się językiem. Zakłada się, że wczesna stymulacja rozwoju mowy dzieci z podejrzeniem mózgowego porażenia dziecięcego w dużym stopniu ją uaktywni (Stecko, 1993, s.147-154).

Organizując proces rewalidacji dążymy do usamodzielnienia się jednostki niepełnosprawnej, na miarę jej możliwości. Usamodzielnienie odbywa się w procesie rozwoju każdego człowieka, a ten jest jedynie możliwy poprzez zaspakajanie podstawowych potrzeb psychicznych. Każde dziecko, nawet upośledzone, jest w stanie zdecydować o jednej, choć sprawie, która go dotyczy. W tym celu musi umieć nadać komunikat, który będzie zrozumiały. Prawidłowe kształtowanie się i rozwój komunikacji dziecka stanowi podstawę rozwoju całej osobowości. Dzięki rozumieniu poznaje ono otaczający świat, jest w stanie wyrazić swoje uczucia, pragnienia i doznania. Akt komunikacji jest aktem psychicznym. Rozwój procesów komunikacji ma także związek z rozwojem społecznym.

Umiejętność porozumiewania się daje możliwość wejścia w interakcje z rówieśnikami, osobami spoza kręgu najbliższych, szerszym kręgiem społecznym.

Dziecko głęboko zaburzone może porozumiewać się z otoczeniem za pomocą form słownych lub bezsłownych. Z uwagi na znaczne opóźnienia i zaburzenia mowy szczególnego znaczenia nabierają pozawerbalne sposoby komunikowania się z otoczeniem. Z dostępnych tym dzieciom form wymienić należy:

- formy gestowe,
- formy gestowo - dotykowe,
- mimiczno - wokalne,
- wokalne - gestowe,
- wokalno – dotykowe (za: Kosakowski, 2000, s. 181).

Znajomość tych sygnałów i ich połączeń pozwala wychowawcy na zrozumienie potrzeb dziecka, jego dążeń, stanów emocjonalnych i reakcji na otrzymane polecenia.

Do ważnych zadań rewalidacyjnych należy kształtowanie form porozumiewania się dziecka. Obejmuje ono wdrażanie do adekwatnego porozumiewania się formami bezsłownymi i rozumienia tych form u innych, uświadamianie dziecku celowości adekwatnego porozumiewania się z otoczeniem, czyli

wzbudzanie i podtrzymywanie pozytywnej motywacji do słownego czy bezsłownego kontaktowania się z ludźmi.

W zależności od możliwych (dostępnych dziecku) fizycznych kanałów porozumiewania się można zastosować jedną z metod komunikacji alternatywnej.

6. Alternatywne metody porozumiewania się

Wszyscy posługujemy się komunikacją wspomagającą. Jesteśmy świadkami korzystania z niej przez innych. Składają się na nią gesty, wyraz twarzy, lista zakupów, którą dajemy w sklepie, czy pisemne notatki pomagające w przekazie informacji.

Termin „komunikacja wspomagająca” określa sposób, w jaki ludzie przekazują informacje, kiedy nie mogą mówić na tyle wyraźnie, aby otoczenie zrozumiało ich komunikat. Natomiast „komunikacja alternatywna” jest metodą porozumiewania używaną zamiast mowy (Wrrick, 1999, s. 2 i nast.). Co zrobilibyśmy, gdyby osoba, do której mówimy, nie mogła nas zrozumieć? Moglibyśmy wskazać na osoby lub rzeczy, które próbujemy nazwać. Moglibyśmy także odegrać niektóre sytuacje, udając na przykład, że jemy lub pijemy. Moglibyśmy wreszcie zmieniać wyraz swojej twarzy, okazując radość, strach lub smutek. Wszystkie te działania są formą komunikacji wspomagającej. Rozwinęła się ona z gestów i ruchów ciała używanych przez nas podczas porozumiewania się. Komunikacja jest środkiem wymiany informacji między ludźmi. Porozumiewamy się ze sobą podczas posiłków, kiedy prosimy o podanie nam jedzenia, w miejscach spotkań, gdzie zawieramy nowe znajomości. Są to przykłady konwersacji przy użyciu mowy. Porozumiewamy się także poprzez pisanie i odczytywanie krótkich notatek lub listów oraz dzięki urządzeniom takim jak telefon czy komputer. Miliony ludzi na całym świecie próbują coś powiedzieć, lecz okazuje się, że nie są rozumiani ani przez obcych, ani przez przyjaciół. Nie potrafią mówić wystarczająco wyraźnie, szukają więc innych sposobów wyrażania swoich myśli. Ci, którzy chodzili do szkoły i nauczyli się czytać, mogą napisać swoją informację. Niektórzy ze względu na ograniczenia wynikające z trudności w nauce lub niesprawność fizyczną nie potrafią czytać lub pisać. Jeszcze inni nie są w stanie utrzymać w ręku długopisu albo też ich pismo jest nieczytelne. Mimo to wielu z nich będzie mogło używać jakiegoś sposobu komunikacji wspomagającej, aby porozumieć się z innymi. Metody porozumiewania się wykorzystywane w komunikowaniu się z osobami głuchymi, głuchoniewidomymi, z głębszym upośledzeniem umysłowym, z autyzmem, z mózgowym porażeniem dziecięcym i innymi zaburzeniami to:

- 1) Język migowy - składa się z migowych znaków ideograficznych, które określają poszczególne słowa oraz znaków daktylograficznych, na które składa się alfabet palcowy. Wykorzystywany jest przez osoby głuche oraz ich środowisko.
- 2) Fonogesty - są metodą wspomagającą rozumienie mowy. Specjalne ruchy jednej ręki towarzyszące mówieniu pomagają niesłyszącym dokładnie odczytywać mowę z ust.
- 3) Uniwersalne metody - wykorzystywane są często przez osoby głuchoniewidome. Jest to np. kreślenie na dłoni liter, alfabet punktowy na dłoni, posługiwanie się brajlowską czarnodrukową tabliczką.

- 4) Specjalne metody - specyficzne dla głuchoniemych. Możemy zastosować je w postaci:
 - a. języka migowego odbieranego dotykowo,
 - b. jednoręcznego alfabetu palcowego, gdzie słuchający kładzie swoją rękę na rękę osoby mówiącej i stara się rozpoznawać układ i jego znaczenie,
 - c. jednoręcznego brajla do palców lub dwuręcznego brajla do palców.
- 5) Słownik Makaton - przeznaczony jest do porozumiewania się osób głuchych z upośledzeniem umysłowym. Słownik zawiera 350 znaków.
- 6) Piktogramy - są zestawem obrazków ideograficznych. Wykorzystywane są w pracy z osobami autystycznymi oraz upośledzonymi umysłowo.
- 7) Komunikacja symboliczna BLISS - wykorzystywana jest przez osoby z mózgowym porażeniem dziecięcym, osoby afatyczne oraz jako metoda komunikacji i rewalidacji osób z upośledzeniem umysłowym (Dworznikowska, 1998).

Komunikację symboliczną rozwinął w latach 1942-1965 Charles Bliss. Jego zamiarem było utworzenie systemu graficznego, który mógłby być stosowany przez uczestników międzynarodowych konferencji. Symbole Bliss to nazwa systemu porozumiewania się (system komunikacji, który używa rysunków zamiast słów). W systemie tym znaczenie słów przedstawiane jest za pomocą symboli, które składają się z prostych form geometrycznych. Każdy symbol ma określone znaczenie. Symbole mogą być połączone ze sobą tworząc nowe znaczenia. Tak powstaje rozległy system, którym można wyrazić lub nazwać konkrety, ale także pojęcia abstrakcyjne, np. uczucia (...) System symboli eliminuje konieczność łączenia ze sobą różnych dźwięków, nadając pełne znaczenie słowne elementom geometrycznym (...) Dzieci niemówiące są najczęściej w znacznym stopniu niesprawne ruchowo. Nie mogą więc komunikować się za pomocą gestów. Im właśnie system komunikacji symbolicznej Bliss daje możliwość porozumiewania się z otoczeniem. Obecnie słownik podstawowych symboli Bliss zawiera 2250 symboli wyrażań, reprezentujących ponad 4000 słów. Symbole Bliss występują w następujących kategoriach: piktogramy, ideogramy, symbole arbitralne, symbole międzynarodowe.

Bibliografia:

- Bielecki J. (2010), Psychologiczne problemy dzieci i młodzieży jękającej się. W: E. Wolnicz-Pawłowska (red.), Zaburzenia tempa i płynności mowy. Warszawa: Wydawnictwo UKSW.
- Bochniarz A. (1998), Świat różnych wartości. Warszawa: Michalineum. 1998.
- Dembińska M. (1994), Domowe zabawy logopedyczne. Warszawa: WSiP.
- Dworznikowska M. (1998), Komunikacja alternatywna w procesie rewalidacji. Warszawa: WSiP.
- Galkowski T., Jastrzębska G. (1999), Logopedia, Opole: Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego.
- Kaczmarek L., Demelowa G. (1979), Elementy logopedii. Warszawa: WSiP.
- Kosakowski Cz. (2000), Dziecko o specjalnych potrzebach edukacyjnych. Toruń: Wydawnictwo Edukacyjne.
- Nowak J. (1999), Wybrane problemy logopedyczne. Bydgoszcz.

- Piszczyk M. (red.) (1997), Metody komunikacji alternatywnej w pracy z osobami niepełnosprawnymi. Warszawa: CMPP-MEN.
- Rocławski R. (1981), Poradnik fonetyczny dla nauczycieli. Warszawa: WSiP.
- Rodak K. (2007), Terapia dziecka z wadą wymowy. Warszawa
- Stecko E. (1993), Jąkanie u dzieci z obniżoną aktywnością histydazy. Logopedia, t. 20, s.147 -154.
- Styczek I. (1980), Logopedia. Warszawa: PWN.
- Wrick A. (1999), Porozumienie się bez słów. Warszawa: Stowarzyszenie Mówić Bez Słów.
- Zaleski T. (1992), Opóźniony rozwój mowy. Warszawa: PZWL.