

**Problemy społeczno-emocjonalne
dzieci z dyslalią
Wyzwania edukacyjne**

Weronika Pudełko

**Problemy społeczno-emocjonalne
dzieci z dyslalią
Wyzwania edukacyjne**

**Wydawnictwo Naukowe
Akademii Ignatianum w Krakowie**

Kraków 2023

© Akademia Ignatianum w Krakowie, 2023

Publikacja sfinansowana z subwencji Ministra Edukacji i Nauki
przeznaczonej na utrzymanie i rozwój potencjału dydaktycznego i badawczego
Akademii Ignatianum w Krakowie w 2022 roku

Recenzenci

Prof. dr hab. Maria Braun-Gałkowska
dr hab. Tamara Cierpiałowska, prof. UP

Redakcja

Dariusz Piskulak

Projekt okładki i stron tytułowych
PHOTO DESIGN – Lesław Sławiński

Ilustracja na okładce

Pexels (<https://pixabay.com>)

Opracowanie typograficzne i łamanie
Jacek Pawłowicz

ISBN 978-83-7614-566-2

Wydawnictwo Naukowe Akademii Ignatianum w Krakowie
ul. Kopernika 26 • 31-501 Kraków
tel. 12 39 99 620
wydawnictwo@ignatianum.edu.pl
<http://wydawnictwo.ignatianum.edu.pl>

Dystrybucja:

Wydawnictwo WAM
Dział Handlowy
tel. 12 62 93 254-255 • faks 12 62 93 496
e-mail: handel@wydawnictwowam.pl

Księgarnia Wysyłkowa
tel. 12 62 93 260
www.wydawnictwowam.pl

Mojej Rodzinie

Spis treści

Wstęp	9
Rozdział 1: Rozwój dziecka w wieku wczesnoszkolnym	15
1.1. Pojęcie rozwoju	16
1.2. Rozwój fizyczny i motoryczny	20
1.3. Rozwój intelektualny	22
1.4. Rozwój społeczny	33
1.5. Rozwój emocjonalny	41
1.6. Rozwój mowy	53
Rozdział 2: Dyslalia jako jedno z zaburzeń mowy	69
2.1. Pojęcie dyslalii	69
2.2. Klasyfikacja (typologia) dyslalii	77
2.3. Przyczyny (etiologia) dyslalii	82
2.4. Diagnoza i terapia logopedyczna dzieci z dyslalią	88
Rozdział 3: Metodologiczne podstawy badań własnych	105
3.1. Cele badań, problematyka badawcza i hipotezy	105
3.2. Charakterystyka badanych grup	108
3.3. Charakterystyka zastosowanych metod	118
3.3.1. <i>Projekcyjny Rysunek Rodziny</i>	119
3.3.2. Rozmowa kierowana	125
3.4. Sposób przeprowadzenia badań	130

Rozdział 4: Problemy w funkcjonowaniu społeczno-emocjonalnym ujawniane przez dzieci z dyslalią rozpoczynające edukację szkolną w porównaniu z rówieśnikami bez zdiagnozowanych wad wymowy w świetle wyników badań własnych	135
4.1. Rezultaty badań	135
4.1.1. Rezultaty badań w świetle <i>Projekcyjnego Rysunku Rodziny</i>	136
4.1.2. Wyniki badań w świetle rozmowy kierowanej	176
4.1.3. Analiza wariancji	190
4.2. Podsumowanie wyników badań własnych	201
4.3. Interpretacja wyników badań własnych	203
4.4. Wnioski z przeprowadzonych badań własnych oraz ich implikacje dla praktyki edukacyjnej	224
Zakończenie	237
Bibliografia	241
Spis tabel	251
Spis schematów	253
Spis wykresów	254
Aneksy	255
Aneks 1: Dane uzyskane na temat uczestników badań na podstawie metryczki uzupełnianej w trakcie badania	255
Aneks 2: Karta informacyjna wykorzystana podczas badania za pomocą <i>Projekcyjnego Rysunku Rodziny</i>	260
Aneks 3: Scenariusz zajęć integracyjnych	263
Aneks 4: „Gimnastyka buzi i języka” – zestawy ćwiczeń do gimnastyki śródlekcyjnej	266
Aneks 5: Ćwiczenie do zajęć logopedycznych wspierające pracę nad emocjami dziecka w procesie terapii	270
Aneks 6: Zgromadzony materiał badawczy – rysunki dzieci biorących udział w badaniach	271
Aneks 7: Kwestionariusz wywiadu	312
Indeks osób	313
Summary: Social and Emotional Problems of Children with Dyslalia: Educational Challenges	317

Wstęp

Człowiek jest istotą społeczną¹, a emocje towarzyszą mu każdego dnia, od pierwszych chwil po narodzeniu aż do ostatniego momentu życia. Można rzec, że są nieodłączną częścią naszego istnienia. Z każdym nowym doświadczeniem uczymy się coraz lepiej je wyrażać. Wraz z wiekiem wachlarz możliwości wyrażania stanów emocjonalnych zwiększa się dzięki rozwojowi mowy. To właśnie zdolność werbalnego wyrażania przeżyć pozwala człowiekowi osiągać cele, nawiązywać relacje interpersonalne, a także utrzymywać stan komfortu emocjonalnego. „Umiejętność językowego porozumienia się z innymi ludźmi umożliwia człowiekowi z jednej strony opanowanie wiedzy o otaczającym go świecie, z drugiej zaś pozwala wyrażać swe myśli i uczucia, komunikować potrzeby i informować o swych przekonaniach odnoszących się do wszelkich aspektów życia”².

W literaturze logopedycznej funkcjonuje periodyzacja rozwoju mowy autorstwa Leona Kaczmarka³, wskazująca na początki tego procesu już w okresie życia prenatalnego oraz stanowiąca etap przygotowawczy do podejmowania dalszych aktywności jednostki w danym zakresie. Noworodek potrafi swój stan niezadowolenia czy braku komfortu sygnalizować jedynie płacząc i krzycząc. Już na przełomie trzeciego i czwartego miesiąca życia dziecko podejmuje „ekspresje głosowe związane z pozytywnymi stanami emocjonalnymi”⁴, co w literaturze przedmiotu nazywane jest głużeniem. W kolejnych miesiącach kształtowania się i rozwoju mowy, czyli – według

¹ Por. E. Aronson, J. Aronson, *Człowiek – istota społeczna*, przeł. J. Radzicki, Warszawa 2012.

² T. Cierpiałowska, *Poziom umiejętności językowych uczniów niesłyszących kończących szkołę podstawową specjalną*, „Rocznik Naukowo-Dydaktyczny WSP w Krakowie. Prace Pedagogiczne XXI” 1999, z. 202, s. 161.

³ L. Kaczmarek, *Nasze dziecko uczy się mowy*, Lublin 1988.

⁴ M. Młynarska, T. Smereka, *Psychostymulacyjna metoda kształtowania i rozwoju mowy oraz myślenia*, Warszawa 2000, s. 6.

Kaczmarka – w okresie melodii⁵, pojawia się u dziecka świadome i celowe powtarzanie dźwięków i sylab, tj. tzw. gaworzenie⁶. Wszystkie aktywności głosowe dziecka doskonalą w pierwszych miesiącach życia jego aparat oddechowy, fonacyjny i artykulacyjny, tak by około pierwszego roku zaczęło wypowiadać pojedyncze słowa. Od tego momentu rozwój mowy postępuje w czterech kierunkach: rozszerzania zakresu rozumianych słów i wypowiedzi, wzbogacania używanego słownictwa, opanowania struktury gramatycznej oraz doskonalenia wymowy⁷. Należy podkreślić, że rozwój mowy jest procesem złożonym i determinowanym splotem wielu czynników egzo- oraz endogennych⁸, indywidualnie kształtujących wzrastanie jednostki w czterech wskazanych powyżej, za Barbarą Sawą, kierunkach.

Przyjmuje się, że około 7. roku życia dziecko ma w pełni opanowaną prawidłową wymowę poszczególnych fonemów oraz posiada umiejętność budowania wypowiedzi i posługiwania się obowiązującymi formami⁹. Zasoby słownikowe warunkowane są środowiskiem wychowawczym. Standardowo siedmioletnie dziecko używa od „3 500 do nawet 7 000 wyrazów”¹⁰. Zakładając zatem za Elżbietą Marią Minczakiewicz, że „prawidłowe kształtowanie się i rozwój mowy dziecka stanowi podstawę kształtowania się i rozwoju jego osobowości w ogóle”¹¹, można stwierdzić, że odchylenie od normy w rozwoju mowy (w zakresie indywidualnej realizacji kompetencji¹²) może wprost wpływać na inne sfery życia dziecka: poznawczą, społeczną, a także emocjonalną.

Wśród „trudności w mówieniu” istotną kategorią zaburzeń mowy jest dyslalia (wady wymowy)¹³. Jak wskazują dane z prowadzonych badań, wśród dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym¹⁴ „obserwuje się

⁵ Według L. Kaczmarka pierwszy rok życia dziecka (0–1) to okres melodii w procesie kształtowania i rozwoju mowy.

⁶ M. Młynarska, T. Smereka, *Psychostymulacyjna metoda kształtowania i rozwoju mowy oraz myślenia*, dz. cyt., s. 6.

⁷ E.M. Minczakiewicz, *Mowa. Rozwój – zaburzenia – terapia*, Kraków 1997, s. 69.

⁸ Por. B. Sawa, *Dzieci z zaburzeniami mowy*, Warszawa 1990, s. 7.

⁹ E.M. Minczakiewicz, *Mowa. Rozwój – zaburzenia – terapia*, dz. cyt., s. 70.

¹⁰ Tamże.

¹¹ Tamże, s. 64.

¹² Por. S. Grabias, *Mowa i jej zaburzenia*, „Audiofonologia” 1997, t. 10, s. 14.

¹³ Szczegółowa analiza zagadnienia została przedstawiona w rozdziale drugim książki.

¹⁴ Por. A. Walencik-Topiłko, *Stymulacja sprawności językowej dziecka w młodszy wieku szkolnym*, w: *Logopedia a specjalne potrzeby edukacyjne w obliczu reformy szkolnej*, red.

(utrzymujący [się] na podobnym poziomie od prawie czterdziestu lat) wysoki wskaźnik zaburzeń mowy”¹⁵. Dane Głównego Urzędu Statystycznego z 2014 r. pokazują, że „trudności w mówieniu miało 161,3 tys. dzieci w wieku 2–14 lat, przy czym 79,9 tys. dzieci w wieku 5–9 lat i 32,1 tys. dzieci w wieku 10–14 lat”¹⁶. Zjawisko to jest bardzo niepokojące i wymaga szczególnej uwagi. Z jednej strony może ono wynikać z czynników endogennych u danej jednostki, ale współcześnie dostrzega się też zewnętrzne determinanty znacząco przyczyniające się do opóźnień rozwojowych lub nieprawidłowości w zakresie wymowy.

Świat Internetu i postęp technologiczny dyktują sposób komunikowania się dzisiejszego społeczeństwa¹⁷. Na zagrożenia wynikające z zaistniałej sytuacji najbardziej podatne i narażone są dzieci oraz młodzież. Często nieświadomi tych zagrożeń rodzice kupują swoim dzieciom np. telefon, licząc na to, że posłuży im jedynie do rozmów i kontaktu z matką czy ojcem. Rzeczywistość pokazuje jednak, że młode pokolenie nadmiernie korzysta z dostępnych urządzeń komunikacji wirtualnej, a w konsekwencji zastępuje realne sytuacje i relacje społeczne światem wirtualnym. Dzieci i młodzież kontaktują się ze sobą za pomocą komunikatorów, zastępując realny dialog np. emotikonami. Atrakcyjność rzeczywistości wirtualnej, chociażby w grach, sprawia, że dziecko angażuje się emocjonalnie, jednocześnie tracąc przy tym dużo swego wolnego czasu. Rzeczywistość wirtualna nie naraża na zranienie, komunikujący się ze sobą są w niej anonimowi; nie ujawnia też ona ich deficytów i braków. Dla dziecka borykającego się np. z wadą artykulacyjną świat wirtualny może stać się rzeczywistością bezstresową, w której nikt go nie wyśmiewa lub nie domaga się od niego poprawienia artykulacji, dlatego istnieje ryzyko nieumiejętnego korzystania z zasobów nowych technologii i narzędzi komunikacyjnych, nadużywania ich, a wręcz ucieczki przed realnymi problemami w świat wirtualny. Utrudnia to

W. Brejnak, E. Wolnicz-Pawłowska (seria: „Dyslalia w Polskiej Teorii i Praktyce Logopedycznej”, t. 2), Warszawa 2011, s. 91.

¹⁵ G. Jastrzębowska, *Stan i perspektywy opieki logopedycznej w Polsce*, w: *Logopedia. Pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki*. T. 1: *Interdyscyplinarne podstawy logopedii*, red. T. Gałkowski, G. Jastrzębowska, Opole 2003, s. 307.

¹⁶ http://www.fundusze.malopolska.pl/download/program-regionalny/skorzystaj/ogloszenia-o-naborach/RPMP-09-02-01-IP-01-12-033-18-typ-B/Zalacznik_nr_16_Regionalny_Program_Zdrowotny_such_mowa.pdf (dostęp: 23.01.2017).

¹⁷ Por. np. A. Królikowska, *Dzieci nauczycielami swoich rodziców. Socjalizacja odwrotna we współczesnej rodzinie*, „Wychowanie w Rodzinie” 2015, t. 11, nr 1, s. 127–142.

dzieciom z problemami artykulacyjnymi nabycie kompetencji językowych i komunikacyjnych w rzeczywistym świecie.

Problemy w funkcjonowaniu dzieci z wadami wymowy na etapie edukacji wczesnoszkolnej to zjawisko niemalże powszechne. Uwzględniając dane statystyczne, jak również obserwacje własne z pracy zawodowej na stanowisku logopedy szkolnego zauważam, że w każdej klasie pierwszej, którą diagnozuję z początkiem roku szkolnego, pojawiają się dzieci wymagające terapii logopedycznej. Zwracam uwagę na społeczny wymiar tego problemu, ale jednocześnie dostrzegam konieczność indywidualnego wspierania dzieci z dyslalią.

Jako nauczyciel edukacji wczesnoszkolnej współpracuję z tymi dziećmi na co dzień. Obserwuję ich zmagania w rzeczywistości szkolnej, kiedy podejmują różnorodne aktywności edukacyjne, np. w trakcie lekcji. Dzieci z dyslalią, rozpoczynając nowy etap w swoim życiu, czyli naukę w szkole, muszą zmierzyć się również z wyzwaniem, jakim jest zaistnienie w społeczności klasowej. Moje doświadczenie zawodowe znajduje również potwierdzenie w literaturze przedmiotu¹⁸, w której wskazuje się, że zaburzenia w rozwoju mowy mogą wpływać na rozmaite obszary rozwojowe u dziecka: poznawczy, społeczny i emocjonalny.

Rozwój społeczno-emocjonalny przebiega w powiązaniu z rozwojem percepcyjnym, motorycznym i poznawczym¹⁹. Procesy poznawcze i emocje wzajemnie na siebie oddziałują: emocje wpływają na przebieg procesów poznawczych²⁰. Jednocześnie „w miarę rozwoju poznawczego następuje powiększanie się zakresów bodźców, które mogą wywoływać reakcje emocjonalne, a zarazem różnicowanie się tych reakcji, prowadzące do jakościowego wzbogacenia sfery emocjonalnej. W wyraźnym związku z doskonaleniem

¹⁸ Por. np.: G. Demel, *Elementy logopedii*, Warszawa 1979, s. 27; E. Stecko, *Zaburzenia mowy u dzieci. Wczesne rozpoznawanie i postępowanie logopedyczne*, Warszawa 2001, s. 23–26.

¹⁹ Por. H.R. Schaffer, *Rozwój społeczny. Dzieciństwo i młodość*, przeł. M. Białecka-Pikul, K. Sikora, Kraków 2006, s. 60; I. Kosiarska, *Zaburzenia emocjonalne u dzieci w młodszym wieku szkolnym*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Sectio J” 2007, t. 20, s. 58.

²⁰ Problemy emocjonalne dziecka powodują m.in. osłabienie jego procesów poznawczych, pamięci, uwagi, procesów myślenia. Dzieci z zaburzeniami życia uczuciowego z reguły osiągają niższe wyniki w nauce niż ich zdrowi rówieśnicy. Por. I. Krempińska, *Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD) w ujęciu neurokognitywistycznym i pedagogicznym*, „Neurokognitywistyka w Patologii i Zdrowiu” 2009–2011, s. 73–78.

się poznania pozostają również zmiany dotyczące sposobu wyrażania emocji²¹. Ze względu na istotną rolę emocji i funkcjonowania społecznego w całościowym rozwoju dziecka podjęłam tę problematykę w odniesieniu do dzieci mających zdiagnozowane wady wymowy. Poznanie sytuacji społeczno-emocjonalnej dzieci z dyslalią w okresie wczesnoszkolnym pozwoli adekwatnie odpowiedzieć na ich potrzeby, co może stanowić dla pedagogów, logopedów i rodziców rzeczywiste wyzwanie. Zdiagnozowanie konkretnych problemów społecznych i emocjonalnych pozwoli na wyciągnięcie wniosków dla praktyki edukacyjnej, na podstawie których możliwe będzie zaproponowanie modelu służącego poprawie funkcjonowania dzieci z dyslalią poprzez wskazanie odpowiednich zadań dla logopedy, wychowawcy w szkole i rodziców. To właśnie stanowi cel analiz, które prezentuję w niniejszej książce.

²¹ A. Matczak, *Zarys psychologii rozwoju. Podręcznik dla nauczycieli*, Warszawa 2003, s. 129.

ROZDZIAŁ 1

Rozwój dziecka w wieku wczesnoszkolnym

Analiza literatury pedagogicznej pozwala stwierdzić, że zadaniem wychowania powinno być stwarzanie warunków do wszechstronnego rozwoju dziecka¹. Zakłada to oddziaływanie na wychowanka w sposób całościowy, tzn. ujmujący go wraz ze wszystkimi składnikami tworzącymi jego ludzki byt². Zdaniem Władysława Cichonia „każdy człowiek jest duchowo-cieleśną całością, na którą składa się wiele elementów strukturalnych, tkwiących u podłoża psychiki i kształtujących osobowość oraz charakter człowieka”³. Badając jakiś aspekt rozwoju człowieka, nie da się go sztucznie wyabstrahować z całościowego procesu rozwojowego, ponieważ poszczególne obszary rozwoju są współzależne. Dlatego też, mimo że przedmiotem badań w tej pracy uczyniono problemy społeczno-emocjonalne dzieci⁴, w rozdziale

¹ Por. np.: H. Rowid, *Podstawy i zasady wychowania*, Warszawa 1957, s. 89; B. Śliwerski, *Pedagogika dziecka. Studium pąjdocentryzmu*, Gdańsk 2007, s. 112; C. Kupisiewicz, *Dydaktyka ogólna*, Warszawa 2000, s. 31; W. Okoń, *Nowy słownik pedagogiczny*, Warszawa 2001, s. 445; J. Karbowniczek, A. Klim-Klimaszewska, *Edukacja wczesnoszkolna w teorii i praktyce. Wybrane aspekty*, Kraków 2016, s. 565; D. Klus-Stańska, *Dyskursy pedagogiki wczesnoszkolnej*, w: *Pedagogika wczesnoszkolna. Dyskursy, problemy, rozwiązania*, red. D. Klus-Stańska, M. Szczepka-Pustkowska, Warszawa 2009, s. 61.

² Por. W. Cichoń, *Wartości, człowiek, wychowanie. Zarys problematyki aksjologiczno-wychowawczej*, Kraków 1996, s. 115.

³ Tamże, s. 114.

⁴ Problemy emocjonalne i behawioralne zaliczane są do grupy zaburzeń internalizacyjnych, „w których występuje rzutowanie do wewnątrz przeżywanych problemów i dominuje poczucie dyskomfortu psychicznego i fizycznego. Wyróżnia się cztery grupy objawów, które należą do syndromu problemów internalizacyjnych dzieci i młodzieży: 1) objawy lękowe; 2) objawy depresyjne (np. smutek, przygnębienie) i innych zaburzeń nastroju; 3) wycofanie, np. unikanie kontaktów społecznych; 4) objawy somatyczne bez wyraźnej medycznej przyczyny”; W. Radziwiłłowicz, *Zaburzenia emocjonalne*

pierwszym omówione zostaną wszystkie sfery rozwojowe u dziecka w wieku wczesnoszkolnym. Wydaje się to konieczne w celu dostrzeżenia złożoności czynników wpływających na jego rozwój, a w konsekwencji na zaburzenia mogące u niego wystąpić. Analiza poszczególnych obszarów rozwoju poprzedzona zostanie wyjaśnieniem pojęcia rozwoju.

1.1. Pojęcie rozwoju

Chociaż w perspektywie całości życia dzieciństwo jawi się jako stosunkowo krótki okres, to jednak jest ono fazą niezwykle znaczącą, co wynika z dynamiki zmian rozwojowych, najbardziej widocznych na tym etapie życia człowieka. Bardzo ważne dla przyszłości dziecka są doświadczenia z tego okresu związane z funkcjonowaniem w rodzinie, szkole i grupie rówieśniczej. Zdobyte wówczas umiejętności, wiedza oraz nawiązywane relacje i związane z nimi emocje stają się fundamentem dalszego życia. Jak pisał wybitny polski psychiatra Antoni Kępiński, „człowiek rozwija się przez całe życie, jednak to, co nabył w dzieciństwie, pozostaje zasadniczą wytyczną na dalszy ciąg jego nieraz zmiennej i burzliwej historii”⁵.

Od stuleci rozwój człowieka był przedmiotem zainteresowań wielu filozofów⁶ i przedstawicieli rozmaitych nauk szczegółowych. Zainteresowanie owym zagadnieniem przez licznych badaczy świadczyło i nadal świadczy o złożoności i wieloaspektowym wymiarze tego pojęcia. Jedną z koncepcji, która niewątpliwie wpłynęła znacząco na kształtowanie się współczesnych rozważań o rozwoju człowieka, zawarł w swoich pracach Karol Darwin (1809–1882). Ten twórca biologicznej ewolucji gatunków wskazał na konieczność analizowania wspomnianego rozwoju w aspekcie filogenetycznym⁷

(*internalizacyjne*), w: *Psychologia kliniczna dzieci i młodzieży*, red. I. Grzegorzewska, L. Cierpiałkowska, A.R. Borkowska, Warszawa 2020, s. 411.

⁵ A. Kępiński, *Autoportret człowieka. Myśli – aforyzmy*, Kraków 2001, s. 75.

⁶ Już w starożytności rozważania Arystotelesa, który poszukiwał „odpowiedzi na pytanie, jak pojmować istotę tego, co leży u podłoża różnorodnych zmian w zjawiskach”, przybliżyły sens znaczeniowy tego pojęcia. Przedstawiał on rozwój jako „proces nadawania materii formy, a więc zmianę zmierzającą w określonym kierunku, zmianę celową, polegającą na przechodzeniu od form niższych do wyższych”; M. Tyszkowa, *Pojęcie rozwoju i zmiany rozwojowej*, w: *Psychologia rozwoju człowieka. Zagadnienia ogólne*, t. 1, red. M. Przetacznik-Gierowska, M. Tyszkowa, Warszawa 1996, s. 45.

⁷ „Rozwój rodowy, dzieje ewolucyjne (specjalizacja i adaptacja) grupy systematycznej, zwykle gatunku. Ewolucyjne różnicowanie się organizmów, będące wynikiem

i ontogenetycznym⁸. Według niego rozwój jednostki zdeterminowany jest przez czynniki związane z dziedzicznością i środowiskiem, w którym ona żyje, ale także nie można zapominać i o jej indywidualnym dojrzewaniu. Maria Tyszkowa stwierdza, że „w darwinowskiej koncepcji rozwoju zarówno wzrastanie (postęp), jak i spadek sprawności (regres) były interpretowane jako serie zmian”⁹, a samo pojęcie „rozwój” zachowało charakter teleologiczny.

Nie bez znaczenia dla współczesnych definicji „rozwoju” była również ewolucjonistyczna filozofia Herberta Spencera (1820–1903). W swoim systemie filozoficznym przyjął on, że „rozwój polega z jednej strony na wzrastającym różnicowaniu się zjawisk, a z drugiej – na wzrastającym ich zintegrowaniu, uporządkowaniu i równowadze”¹⁰. Zatem następujące wskutek „wzrastania” zmiany utożsamiane są z postępem cechującym się pozytywnym wartościowaniem tego zjawiska. Należy jednak uwzględnić fakt, że jeśli dana jednostka lub układ osiągną równowagę, zaistnieje ryzyko cofnięcia się owych zmian, co będzie dowodziło rozpadu tego, co w wyniku wzrastania zaistniało. Tyszkowa dopowiada, że Spencer traktował zatem „zmiany rozwojowe jako zmiany o charakterze jednolitym i raczej ilościowym niż jakościowym”¹¹.

Bazując na dziewiętnastowiecznej myśli filozoficznej, dostrzega się we współczesnej literaturze przedmiotu dwa zasadnicze kierunki definiowania wspomnianego pojęcia, które w ogólnym rozrachunku nie wykluczają się, a wręcz przeciwnie, niejako dopełniają się wzajemnie. Uwzględniając przeprowadzone liczne analizy dotyczące pojęcia rozwoju, Janusz Trempała stwierdza, że *sensu largo* pod tym pojęciem kryje się „wzrost czynności, funkcji czy procesów psychicznych, od ich postaci niższych do wyższych, od mniej złożonych do bardziej złożonych”¹². Autor przywołuje też drugi zakres znaczeniowy tego pojęcia, w którym to zakresie „rozwój ujmowany jest jako zmiana w długotrwałym procesie ukierunkowanego różnicowania się

wyodrębniania się nowych linii rozwojowych i wymierania innych”; L. Bakiera, Ż. Stelter, *Leksykon psychologii rozwoju człowieka*, t. 1, Warszawa 2011, s. 152.

⁸ „Rozwój osobniczy (jednostkowy) z perspektywy biologii rozwojowej. Obejmuje ogół zmian zachodzących podczas życia organizmu”; tamże, s. 36.

⁹ M. Tyszkowa, *Pojęcie rozwoju i zmiany rozwojowej*, dz. cyt., s. 45.

¹⁰ Tamże, s. 46.

¹¹ Tamże.

¹² J. Trempała, *Natura rozwoju psychicznego*, w: *Psychologia rozwoju człowieka. Podręcznik akademicki*, red. J. Trempała, Warszawa 2011, s. 28.

czynności, funkcji czy procesów psychicznych”¹³. Analizując pojęcie rozwoju, należy wziąć zatem pod uwagę dwa zasadnicze jego aspekty: wzrostu i zmiany. Zamierzając określić, czy dana jednostka rozwija się, można tego dokonać jedynie na podstawie obserwowalnych zmian zachodzących np. w rozwoju fizycznym dziecka. Następujące po sobie zmiany, mające charakter progresywny¹⁴, zaświadczą o wzroście jednostki, pewnego rodzaju doskonaleniu się czy dojrzewaniu. Zatem stosując wspomniany termin, „mamy zwykle na myśli proces stosunkowo długotrwały, w toku którego dokonują się kierunkowe, prawidłowo po sobie następujące zmiany, prowadzące od form czy stanów niższych, prostszych [...] do wyższych, bardziej złożonych [...]. Rozwój jest więc synonimem *postępu*”¹⁵.

W przytoczonej definicji dostrzec można pierwiastki dziewiętnastowiecznej myśli przywołanych powyżej badaczy tego zagadnienia. Niemniej w literaturze przedmiotu można zauważyć nieprecyzyjność dotyczącą utożsamienia terminów: „rozwój” i „postęp”¹⁶, a zatem odnosząc się do tego, że dokonujące się zmiany mają zawsze charakter dodatni. Stwierdzenie, że „istotą rozwoju jest zmiana, zaś jego cechą charakterystyczną plastyczność, dzięki której możliwe są różne kierunki rozwoju indywidualnego w zależności od indywidualnych i środowiskowych zasobów, którymi jednostka dysponuje”¹⁷, sugeruje, że zmiany, które następują w rozwoju danej jednostki, mogą mieć również charakter ujemny.

„Rozwój” rozumie się jako „zmianę w czasie, będącą uruchomieniem istniejących potencjałów i modyfikacją ich pod wpływem czynników zewnętrznych”, przy czym „rozwój może być progresywny – przebiegać w kierunku coraz lepszego własnego funkcjonowania w środowisku, [ale] może być [także] stagnacją, gdy ulega zatrzymaniu, regresją, gdy ulega zmianom

¹³ Tamże.

¹⁴ „Rozwój człowieka cechują zmiany posiadające określony kierunek, prowadzą one do zapewnienia jednostce coraz lepszej równowagi z otoczeniem, do doskonalenia form regulacji jej stosunku ze środowiskiem. Mają one zatem charakter zmian postępowych, progresywnych. Najwyraźniej ta prawidłowość rozwoju przejawia się w okresie dzieciństwa i młodości”; M. Przetacznik-Gierowska, G. Makiełło-Jarża, *Psychologia rozwojowa i wychowawcza wieku dziecięcego*, Warszawa 1985, s. 23.

¹⁵ A. Matczak, *Zarys psychologii rozwoju. Podręcznik dla nauczycieli*, dz. cyt., s. 10.

¹⁶ Por. M. Tyszkowa, *Pojęcie rozwoju i zmiany rozwojowej*, dz. cyt., s. 46.

¹⁷ B. Harwas-Napierała, J. Trempała, *Przedmowa*, w: *Psychologia rozwoju człowieka. T. 2: Charakterystyka okresów życia człowieka*, red. B. Harwas-Napierała, J. Trempała, Warszawa 2000, s. 10.

wstecznym, lub podążać w kierunku negatywnym, gdy przynosi coraz większe szkody zarówno jednostce, jak i społeczeństwu”¹⁸.

W monografii uwzględniam badania rozwoju dzieci będących na pierwszym etapie edukacji szkolnej. W literaturze przedmiotu ten okres rozwoju człowieka określany jest jako późne dzieciństwo. Mimo że stanowi moment swoistego wyciszenia pod względem gwałtownych zmian rozwojowych¹⁹, obserwowalnych z zewnątrz, jest fazą, w której znacząco zmienia się sytuacja życiowa dziecka. Czas ten stanowi pewnego rodzaju pomost, wyraźnie rozgraniczający okresy beztroskiej zabawy i dojrzewania ku dorosłości. Wyznacza go moment, kiedy dziecko podejmuje naukę w szkole²⁰, czyli między 6. i 7. rokiem życia, a kończy wejście w okres dorastania, przypadające około 11. roku życia.

Po ukończeniu przez dziecko etapu, którym jest edukacja przedszkolna, ocena jego zdobytych dotychczas umiejętności i poziomu funkcjonowania zostanie bardzo szybko zweryfikowana w perspektywie podejmowanego w tym wieku kształcenia w szkole. Odmienna sytuacja życiowa dziecka stawia przed nim wyzwanie związane z podjęciem nowych ról społecznych w szkole i grupie rówieśniczej. Kumulacja wielu czynników wpływających wprost na rozwój emocjonalny dziecka wiąże się w tak krótkim czasie z ryzykiem i pewną obawą, mianowicie, w jaki sposób młody człowiek poradzi sobie np. z nagłą oceną jego zdobytych dotąd umiejętności czy też z brakiem akceptacji ze strony nowego środowiska rówieśniczego.

Początek edukacji szkolnej to trudny i wymagający czas dla każdego dziecka. Zmiana dotychczasowego trybu życia, priorytetów dnia codziennego, a także celów i zadań, jakie stawiane są przed dzieckiem, może generować

¹⁸ *Encyklopedia psychologii*, red. W. Szewczuk, Warszawa 1998, s. 739.

¹⁹ Porównując ten etap do wcześniejszych (okres prenatalny, wczesne dzieciństwo, średnie dzieciństwo), dostrzega się mniej spektakularne zmiany, zwłaszcza w rozwoju fizycznym i motorycznym.

²⁰ Dojrzałość (przez M. Przetacznik-Gierowską nazywana również gotowością) szkolna dziecka to „osiągnięcie przez dziecko takiego stopnia rozwoju umysłowego, emocjonalnego, społecznego i fizycznego, jaki umożliwia mu udział w życiu szkolnym i opanowanie treści programowych”; W. Okoń, *Słownik pedagogiczny*, Warszawa 1981, s. 54. Liczne badania naukowe nad zagadnieniem dojrzałości szkolnej dzieci prowadzili m.in.: S. Szuman, B. Wilgocka-Okoń. Autorzy tych badań skupili się na wielostronnej analizie tego zagadnienia, uwzględniając możliwości rozwojowe dziecka rozpoczynającego naukę szkolną i wymagania, jakie stawia przed nim szkoła. Por. S. Szuman, *Rozwój psychiczny dzieci i młodzieży*, Warszawa 1948, s. 41–61; B. Wilgocka-Okoń, *Dojrzałość szkolna dzieci a środowisko*, Warszawa 1972; też, *Gotowość szkolna dzieci sześciolatków*, Warszawa 2003.

różne trudności. Gdy dziecko podejmuje ten obowiązek z dodatkowym obciążeniem, jakim jest wada wymowy, jego sytuacja emocjonalno-społeczna i poznawcza staje się jeszcze bardziej skomplikowana niż w przypadku dzieci bez tego rodzaju deficytu. Ponieważ trudności emocjonalne powodują problemy w funkcjonowaniu dziecka w każdej sferze rozwoju, konieczne jest zwrócenie uwagi na rozwój w sposób całościowy, a więc z uwzględnieniem wszystkich obszarów rozwoju dziecka. Poniższa analiza poszczególnych obszarów rozwoju dziecka w wieku wczesnoszkolnym przedstawia ogólny zarys sylwetki adekwatny do tego etapu życia.

1.2. Rozwój fizyczny i motoryczny

W porównaniu z wcześniejszymi fazami życia zmiany fizyczne zachodzące w późnym dzieciństwie nie są tak spektakularne, ale w takim samym stopniu znaczące i ważne. W tym okresie obserwuje się pod względem rozwoju fizycznego równomierne tempo wzrastania u dzieci obojga płci. Ma miejsce znaczący przyrost masy ciała, dominujący nad tempem wzrostu dziecka. Jak wyczytujemy w siatkach centylowych, opracowanych przez Iwonę Palczewską i Zofię Niedźwiecką, dziecko w wieku około 7 lat ma średnio od 120 do 127 cm wzrostu i od 33 do 43 kg wagi²¹. W literaturze przedmiotu czas ten nazywany jest „okresem fizjologicznego pełnienia”²². Różnice w rozwoju fizycznym (wzrost i masa ciała), jakie zachodzą między dziewczynkami i chłopcami, stają się coraz bardziej wyraźne wraz z upływem czasu, co stanowi objaw zbliżania się kolejnego etapu rozwoju, czyli dojrzewania. Ważne cechy somatyczne tego okresu rozwojowego to: osyfifikacja kości nadgarstka i pojawienie się uzębienia stałego²³. Dojrzewa centralny układ nerwowy dziecka, co wynika z dwóch procesów mających miejsce między 6.–8. i 10.–12. rokiem życia, które obejmują ewolucję nowych synaps i przyrost grubości kory mózgowej²⁴, wpływając na intensywny rozwój psychoruchowy dziecka. Funkcje układu nerwowego regulują i koordynują rozwijanie się wszystkich

²¹ Por. I. Palczewska, Z. Niedźwiecka, *Siatki centylowe dla oceny rozwoju somatycznego dzieci i młodzieży*, Warszawa 1999, s. 2–6.

²² A. Kołodziejczyk, *Późne dzieciństwo – młodszy wiek szkolny*, w: *Psychologia rozwoju człowieka. Podręcznik akademicki*, red. J. Trempała, dz. cyt., s. 235.

²³ Por. tamże.

²⁴ D. Boyd, H. Bee, *Psychologia rozwoju człowieka*, przeł. J. Gilewicz, A. Wojciechowski, Poznań 2008, s. 270.

narządów. W pierwszym z tych procesów zmiany w mózgu dotyczą „przede wszystkim obszarów czuciowych i ruchowych”²⁵. Zatem w początkowej fazie późnego dzieciństwa obserwuje się znaczące zmiany w rozwoju narządu ruchu, natomiast w „drugim okresie rozwijają się głównie płaty czołowe kory mózgowej”²⁶. Zmiany rozwojowe, zachodzące wówczas we wskazanych powyżej obszarach mózgu, wpływają na doskonalenie się logicznego myślenia oraz na kontrolowanie przez dziecko uwagi²⁷.

Pierwszy proces skutkuje znaczącą poprawą sprawności w kontekście ruchów precyzyjnych oraz koordynacji oka i ręki. „Dojrzewanie ośrodkowego układu nerwowego, doskonalenie funkcji obwodowego oraz mięśniowego i stawowego wpływają na wzbogacenie ruchów manualnych”²⁸, co w praktyce edukacyjnej odnosi się do poziomu funkcjonowania dziecka w aspekcie motoryki małej, czyli rysowania, wycinania, pisania itp. Na tym etapie uczniowie stają się w swoim działaniu bardziej samodzielni i dokładni, a ich ruchy precyzyjniejsze. Pierwsze lata późnego dzieciństwa charakteryzują się również dużą ruchliwością dzieci, o której wspominał już w swoich analizach Stefan Szuman²⁹. Na podstawie przeprowadzonych badań stwierdzono, że w porównaniu z innymi okresami życia to właśnie na lata 7–9 przypada maksymalna częstotliwość ruchów rąk i nóg w ciągu godziny³⁰. Badania Szumana potwierdzają, że pierwsze lata funkcjonowania dziecka w środowisku szkolnym są dla niego niezwykle wymagające, co wynika ze specyfiki działań szkolnych, wiążących się z dyscypliną i koniecznością realizowania zadań w systemie lekcyjnym (np. nauka pisania, czytania). Paradoks tej sytuacji polega na tym, że z jednej strony szkoła stymuluje dziecko do rozwoju, a z drugiej strony hamuje naturalną u dziecka potrzebę ruchu. Uczeń doskonali precyzję w działaniu, wykonując zadania typu: wycinanie, rysowanie, samodzielne ubieranie się itp., ale jednocześnie musi

²⁵ Por. tamże.

²⁶ M. van der Molen, P. Molenaar, *Cognitive Psychophysiology: A Window to Cognitive Development and Brain Maturation*, w: *Human Behavior and the Developing Brain*, red. G. Dawson, K.W. Fisher, New York–London 1994. Cyt. za D. Boyd, H. Bee, *Psychologia rozwoju człowieka*, dz. cyt., s. 270.

²⁷ W okresie późnego dzieciństwa rozwija się szczególny rodzaj koncentracji zwany uwagą selektywną. Definiuje się go jako „zdolność skupiania aktywności poznawczej na ważnych elementach problemu lub sytuacji”; D. Boyd, H. Bee, *Psychologia rozwoju człowieka*, dz. cyt., s. 271.

²⁸ A. Kołodziejczyk, *Późne dzieciństwo – młodszy wiek szkolny*, dz. cyt., s. 235.

²⁹ S. Szuman, *Psychologia wychowawcza wieku szkolnego*, Kraków 1947, s. 47–50.

³⁰ Por. tamże.

podporządkować się w swoich poczynaniach rygorom czasowym i zadaniowym. Ryszard Przewęda stwierdza w tym kontekście, że „w całościowym procesie wychowania fizycznego i zdrowotnego dziecka, który powinien rozpoczynać się w rodzinie od pierwszych miesięcy życia i być kontynuowany w przedszkolu, w szkole podstawowej, w gimnazjum, w liceum, w szkole wyższej – lata edukacji wczesnoszkolnej są najsłabszym ogniwem tego ciągu wychowawczego”³¹. Dostrzegając w praktyce kształcenia i wychowania owe trudności, dąży się obecnie i zachęca nauczycieli do dostosowywania systemu edukacyjnego do potrzeb i możliwości dzieci.

Druga faza rozwoju motorycznego w późnym dzieciństwie zainicjowana zostaje wraz z zaobserwowaniem w funkcjonowaniu dziecka „przystosowania do warunków szkolnych i do domowych obowiązków związanych z nauką”³². Wiążąca się z rozwojem sprawności motorycznej nadmierna ruchliwość dziecka zaczyna się osłabiać około 10. roku życia, stopień koordynacji ruchów ciała wciąż doskonali się, a działanie staje się coraz bardziej uporządkowane i celowe. W tym okresie dzieci zazwyczaj potrafią już wykonywać układy skomplikowanych ruchów, pozwalające opanowywać nowe umiejętności, takie jak np. jazdę na deskorolce czy grę na instrumencie. W literaturze „ten wdzięczny okres w rozwoju motorycznym człowieka bywa nazywany etapem dziecka doskonałego”³³.

Przedstawiona powyżej charakterystyka rozwoju fizycznego i motorycznego u dziecka w młodszym wieku szkolnym prezentuje ogólny zarys tego zagadnienia w świetle przeanalizowanej literatury. Należy jednak pamiętać o tym, że poziom oraz tempo rozwoju fizycznego i motorycznego może znacząco odbiegać od ogólnego schematu, co wynika z indywidualnych predyspozycji i możliwości rozwojowych u dzieci.

1.3. Rozwój intelektualny

Wyjaśnieniu istoty intelektualnego rozwoju dziecka naukowcy poświęcili wiele prac, jednak nie byli w stanie stworzyć jednej, spójnej koncepcji. Poniżej zaprezentowane są dwie teorie mające wspólną cechę, jaką jest

³¹ R. Przewęda, *Rozwój motoryczny*, w: *Biologiczne i medyczne podstawy rozwoju i wychowania. Podręcznik dla studentów uczelni pedagogicznych*, red. A. Jaczewski, Warszawa 2001, s. 130.

³² Tamże.

³³ Tamże, s. 131.

konstruktywistyczna natura rozwoju poznawczego³⁴. Zarówno według Jeana Piageta, jak i według Lwa Siemionowicza Wygotskiego dziecko aktywnie interpretuje otaczający je świat. Jednakże badacze znacząco różnili się w kwestii tego, co stanowi istotę rozwoju intelektualnego. W koncepcji Piageta to dziecko decyduje o swojej aktywności, wykorzystując własny, wewnętrzny potencjał, natomiast w teorii Wygotskiego źródło rozwoju umysłowego dziecka tkwi w jego interakcji społecznej i kulturowej.

Zmiany, jakie zachodzą w rozwoju intelektualnym dziecka w ciągu kilku lat dzieciństwa, są imponujące. Pokonuje ono drogę mającą swój początek w prostych zachowaniach warunkowanych odruchami aż do momentu interioryzacji złożonych operacji umysłowych, związanych z myśleniem logicznym. Szwajcarski biolog Piaget był twórcą przełomowej w tej dziedzinie teorii. Twierdził, że istotę rozwoju intelektualnego „można zrozumieć jedynie dzięki analizie dynamicznego i ciągłego wzajemnego oddziaływania dziecka i otoczenia”³⁵. Skupił uwagę na pojedynczych etapach rozwoju dziecka, nazwawszy owe etapy stadiami rozwojowymi. Przyjął za punkt odniesienia zdobywanie przez dziecko poszczególnych umiejętności na danym etapie rozwoju.

W Piagetowskiej teorii dziecko przychodzące na świat ma już pewną strukturę psychiczną, ulegającą zmianom związanym z indywidualnym dojrzewaniem jednostki, które stale modyfikowane jest przez wymagania środowiskowe. Jednak podstawą rozwoju intelektualnego są, zdaniem Piageta, procesy asymilacji i akomodacji, które „odzwierciedlają mechanizm zmiany poznawczej”³⁶. Dziecko asymiluje z otoczenia schematy posiadane przez nie w jego strukturach psychicznych, czyli inaczej mówiąc, doświadcza tego, co jest mu już znane, co może być wzbogacone o pewne nowe cechy, ale co nie zmienia istniejącego schematu³⁷. W praktyce dotyczy to np. sytuacji, gdy dziecko uczy się schematu związanego ze zwierzęciem, jakim jest ryba, poznaje jej cechy, właściwości. Każde związane z nowo poznanym gatunkiem ryby doświadczenie będzie dostosowywane do istniejącego już schematu. Natomiast proces psychiczny, jakim jest akomodacja, dotyczy modyfikacji istniejących struktur psychicznych, czyli doświadczenia, które

³⁴ H.R. Schaffer, *Psychologia dziecka*, przeł. A. Wojciechowski, Warszawa 2008, s. 225.

³⁵ Por. tamże.

³⁶ Tamże, s. 187.

³⁷ Por. H. Aebli, *Dydaktyka psychologiczna. Zastosowanie psychologii Piageta do dydaktyki*, przeł. C. Kupisiewicz, Warszawa 1959, s. 108–116.

zmienia, można też stwierdzić: rozszerza, istniejące struktury, jednocześnie przyczyniając się do braku równowagi, czyli do takiego „stanu umysłowego, gdy jednostka napotyka nową informację, dla której przyswojenia nie ma jeszcze odpowiednich struktur umysłowych”³⁸. Odwołując się do doświadczenia związanego z poznawaniem ryb przez dziecko, proces akomodacji pojawi się wówczas, gdy dziecku umożliwi się poznanie innego obiektu pływającego o cechach czy też właściwościach niemieszczących się w schemacie ryby. Widząc np. statek podwodny, dziecko zmodyfikuje istniejący w jego umyśle schemat związany z rybą, co wpłynie na rozwój jego struktur psychicznych i powrót do stanu równowagi. Otaczająca dziecko rzeczywistość stawia przed nim zadanie ciągłej adaptacji³⁹ do nowych sytuacji, zadań itp. W teorii Piageta ten szczególny rodzaj adaptacji nazywany jest inteligencją dotyczącą rozwoju procesów umysłowych.

W pierwszej kolejności analizie podlegają indywidualne możliwości człowieka w zakresie poznania, czyli zdobywania wiedzy, a wiąże się to m.in. z takimi procesami, jak: myślenie, uczenie się, rozwiązywanie problemów czy tworzenie pojęć. Zmiany w rozwoju poznawczym dziecka, jakie zachodzą w późnym dzieciństwie, cechują „okres przejściowy pomiędzy myśleniem prelogicznym (przedoperacyjnym) a myśleniem w pełni logicznym, występującym u starszych”⁴⁰. Dziecko rozpoczynające naukę w szkole wstępuje w etap rozwoju poznawczego zwany stadium operacji konkretnych. Etap ten charakteryzuje się w szczególności wzrostem jakościowym czynności umysłowych⁴¹.

Na poziomie edukacji przedszkolnej (stadium myślenia przedoperacyjnego) „uwaga dziecka ma charakter mimowolny, skupia się na wyrazistych cechach nowego bodźca (tzw. odruch badawczy) oraz na bodźcach atrakcyjnych i/lub o dużej intensywności”⁴². Wtedy to jego zainteresowania zazwyczaj są krótkotrwałe i wynikają z emocjonalnego charakteru bodźców.

³⁸ H.R. Schaffer, *Psychologia dziecka*, dz. cyt., s. 225.

³⁹ W Piagetowskiej teorii rozwoju intelektualnego adaptacja to „dostrzegana u wszystkich organizmów biologicznych wrodzona tendencja do dostosowywania się do wymagań środowiskowych”; tamże, s. 188.

⁴⁰ B.J. Wadsworth, *Teoria Piageta. Poznawczy i emocjonalny rozwój dziecka*, przeł. M. Babiuch, Warszawa 1998, s. 110.

⁴¹ Por. J. Piaget, *Jak sobie dziecko wyobraża świat*, przeł. M. Gawlik, Warszawa 2006, s. 405.

⁴² Por. R. Stefańska-Klar, *Późne dzieciństwo. Młodszy wiek szkolny*, w: *Psychologia rozwoju człowieka*. T. 2: *Charakterystyka okresów życia człowieka*, dz. cyt., s. 134.

Ponadto okres ten cechuje egocentryzm w myśleniu i zachowaniu⁴³. Wskutek dojrzewania centralnego układu nerwowego od około 5. roku życia obserwuje się postęp w funkcjonowaniu uwagi dziecka, która zaczyna być kontrolowana przez wewnętrzne reguły poznawcze. Podejmowane w tej fazie systematyczne, związane z uczeniem się działania doskonałą uwagę, czego efektem jest selekcja informacji płynących z otoczenia, umiejętność ich przetwarzania oraz lepsze zapamiętywanie. Doskonalące się u dziecka czynności pamięciowe są ściśle powiązane z rozwijającym się, opartym na rozumowaniu myśleniem, a nie, jak dotychczas, na percepcji. „Najważniejszym, poznawczo, osiągnięciem rozwoju w stadium operacji konkretnych jest opanowanie (konstrukcja) operacji logicznych”⁴⁴, pozwalających wyzbyć się egocentrycznego pojmowania rzeczywistości, czego konsekwencją stanowi charakteryzująca rozumowanie dziecka systematyczność, elastyczność i efektywność⁴⁵. Wśród osiągnięć rozwojowych dziecka na tym etapie dostrzega się zdolność do szeregowania (seriacji), czyli „rozmieszczania zestawu elementów na jakimś wymiarze, [takim] jak na przykład wielkość, ciężar czy objętość”⁴⁶. Umiejętność ta dotyczy sytuacji, w których dziecko, poza określeniem cech danego przedmiotu, przechodzi na wyższy poziom i wnioskuje o relacji danego przedmiotu względem innych, czyli rozumuje w kontekście różnic. Za przykład może tutaj posłużyć zadanie następującego typu: jeśli biały miś jest większy niż szary miś, a szary miś jest większy niż brązowy miś, to który z nich jest większy: biały czy brązowy? Zaprezentowane zadanie wymaga od dziecka dokonania analizy poszczególnych elementów i wskazania relacji zachodzącej pomiędzy nimi. Rozwój tej umiejętności w okresie stadium operacji konkretnych rozpoczyna się od potrzeby rzeczywistego doświadczenia sytuacji zadaniowej, czyli od konkretnego, na którym dziecko manipuluje, a kończy zinterioryzowaniem operacji⁴⁷.

Kolejne osiągnięcie dziecka w stadium operacji konkretnych stanowi przechodząca na wyższy poziom umiejętność klasyfikowania. Owa umiejętność do tego momentu ograniczała się np. do dobierania figur geometrycznych tylko ze względu na określone cechy, natomiast obecnie wzbogaca się

⁴³ Por. J. Piaget, *Mowa i myślenie dziecka*, przeł. J. Kołodzka, Warszawa 2005, s. 58–62.

⁴⁴ Tamże, s. 83.

⁴⁵ Por. H.R. Schaffer, *Psychologia dziecka*, dz. cyt., s. 200.

⁴⁶ B.J. Wadsworth, *Teoria Piageta. Poznawczy i emocjonalny rozwój dziecka*, dz. cyt., s. 115.

⁴⁷ Por. J. Nowik, *Kształcenie matematyczne w edukacji wczesnoszkolnej. Poradnik dla nauczyciela*, Opole 2013, s. 10–13.

ona o zdolność dostrzegania relacji pomiędzy częścią a całością. Wzorując się na zadaniach, jakie stosował Piaget w swoich badaniach, można skonstruować następującą sytuację zadaniową dla dziecka, która zweryfikuje opanowanie omawianej umiejętności⁴⁸. Otóż pokazując dziecku płótek składający się z 20 drewnianych sztachetek, z których 15 jest brązowych, a pozostałych pięć koloru czarnego, zada mu się pytanie: których sztachetek jest więcej – brązowych czy drewnianych? W stadium przedoperacyjnym, rozumując na podstawie percepcji, skupi się ono na kolorze, odpowiadając, że więcej jest brązowych, podczas gdy w stadium operacji konkretnych dostrzeże dwie cechy i ich relacje, z których jedna zawiera się w drugiej.

Już na etapie edukacji przedszkolnej dziecko bywa zapoznawane z liczebnikami nawet w wersji graficznej; zdarza się też, że potrafi samodzielnie wymieniać je w odpowiedniej kolejności, jednak owe umiejętności nie mają jeszcze w tej fazie nic wspólnego z rozumieniem pojęcia liczby. Wówczas jest to zdolność pamięciowego odtwarzania, mająca charakter cechy danego zbioru. Dopiero około 7. roku życia liczenie zaczyna w umyśle dziecka funkcjonować jako „procedura arbitralna, w konsekwencji czego wnioskuje, że cyfry można stosować zamiennie”⁴⁹, a sama stałość pojęcia liczby naturalnej jawi się jako suma aspektu kardynalnego, porządkowego i miarowego. Według Piageta najważniejszym jednak osiągnięciem rozwojowym u dzieci w wieku wczesnoszkolnym jest zrozumienie stałości niezmienników, co „oznacza, [...] że ilość substancji pozostaje taka sama bez względu na zmiany dokonywane na wymiarach niezwiązanych z nią. [...] Poziom rozumienia niezmienników stanowi miarę rozwoju struktur logiczno-matematycznych”⁵⁰. Będąc na etapie myślenia przedoperacyjnego, dziecko nie potrafi jeszcze zachowywać stałości pewnych cech przedmiotu. Jeśli w danej sytuacji zmienia się jakiś wymiar, uwaga dziecka skupia się na bodźcu percepcyjnym. Dopiero około 7. roku życia w jego umyśle zaczyna rozwijać się stałość w aspekcie liczby, inicjująca kształtowanie się dalszych schematów myślowych. Zdolność zachowywania stałości liczby obserwuje się u dziecka dopiero wtedy, gdy stwierdza ono, że bez znaczenia jest np. odległość w rzędach czy zmiana ułożenia przedmiotów, gdyż wyznacznikiem staje się tutaj liczba przedmiotów, niezmienną w tym wypadku. Dynamikę kształtowania się stałości liczby przedstawia schemat nr 1.

⁴⁸ Por. B.J. Wadsworth, *Teoria Piageta. Poznawczy i emocjonalny rozwój dziecka*, dz. cyt., s. 117–119.

⁴⁹ Por. H.R. Schaffer, *Psychologia dziecka*, dz. cyt., s. 201.

⁵⁰ B.J. Wadsworth, *Teoria Piageta. Poznawczy i emocjonalny rozwój dziecka*, dz. cyt., s. 87.

Schemat 1. Kształtowanie się stałości liczby

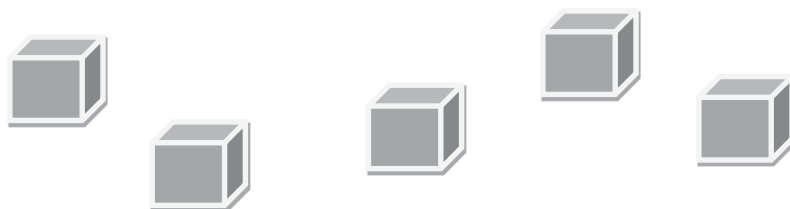
1.



2.



3.



Źródło: opracowanie własne na podstawie: A. Szemińska, *Rozwój pojęć matematycznych u dziecka*, w: *Nauczanie początkowe matematyki. Podręcznik dla nauczyciela. Praca zbiorowa*, t. 1, red. Z. Semadeni, Warszawa 1981, s. 152–162.

Zaprezentowany powyżej proces kształtowania się w umyśle dziecka stałości liczby zilustrowany został na przykładzie trzech prób badania. Podczas pierwszej próby klocki ułożone są w dwóch równych rzędach, po tyle samo elementów. Na zadane dziecku pytanie: „Czy w obu rzędach jest tyle samo klocków?” pięciolatek powinien odpowiedzieć, że tak, jest tyle

samo, natomiast chcąc sprawdzić, czy jego wiedza wynika ze świadomości stałości tego niezmiennika, wystarczy rozsunąć np. drugi rząd lub, tak jak przy trzeciej próbie, rozsunąć klocki. Wtedy dziecko, u którego zasada stałości niezmiennika jest ukształtowana, nie skupi się np. na długości (czyli percepcyjnym doświadczeniu), stwierdziwszy, że w drugim rzędzie jest więcej klocków, tylko samo sprawdzi równoliczność np. poprzez ich dokładanie. Zasada zachowywania stałości liczby stanowi podstawę do rozwoju dalszych schematów dotyczących innych cech przedmiotu, np. takich jak: masa, powierzchnia, długość czy objętość. Nabywanie świadomości stałości niezmienników jest procesem, jak wskazał Piaget, w którym występują one w określonej kolejności⁵¹.

Myślenie dziecka uniezależnia się od doświadczeń percepcyjnych, a zmierza w kierunku logicznego rozumowania otaczającej je rzeczywistości. Autor teorii rozwoju poznawczego dziecka podkreśla w swoich pracach, że nie da się przyspieszyć tego procesu⁵². Można jedynie konstruować sytuacje zadaniowe i pozwalać dziecku eksplorować otaczający je świat, co stwarza mu odpowiednie warunki, aby „pod wpływem dostatecznej asymilacji i akomodacji doświadczenia”⁵³ wzbogacało schematy.

Oprócz przedstawionego powyżej aspektu poznawczego w teorii Piageta istotny dla rozwoju intelektualnego jest także rozwój afektywny. Szczegółowo, w kontekście holistycznego rozwoju dziecka, omówię go w dalszej części monografii. Na tym etapie należy zauważyć, że „w odniesieniu do rozwoju intelektualnego interesujące są dwa aspekty afektu, jednym z nich jest motywacja, a drugim selekcja”⁵⁴. Kiedy myśli się o rozwoju intelektualnym, często uwaga skupia się jedynie na poznawczym jego aspekcie, co jest, zdaniem Piageta, błędnym rozumowaniem. Trudno wskazać zachowanie składające się tylko z aspektu poznawczego lub z samego afektu; oba te składniki są nierozłącznymi częściami każdego zachowania, a tym, co je odróżnia, jest odmienna natura⁵⁵. Poznawcza aktywność dziecka, wynikająca np. z podjęcia obowiązku szkolnego, wiąże się z rozwiązywaniem konkretnych zadań, wykonywaniem prac itp. Sytuacja ta bezpośrednio związana jest z motywacją

⁵¹ Por. tamże, s. 87–95.

⁵² Por. J. Piaget, *The Child and Reality*, New York 1973, s. 49–61.

⁵³ B.J. Wadsworth, *Teoria Piageta. Poznawczy i emocjonalny rozwój dziecka*, dz. cyt., s. 94.

⁵⁴ Tamże, s. 43.

⁵⁵ Por. J. Piaget, *Intelligence and Affectivity: Their Relationship During Child Development*, przeł. T.A. Brown, C.E. Kaegi, Palo Alto, CA 1981, cyt. za: B.J. Wadsworth, *Teoria Piageta. Poznawczy i emocjonalny rozwój dziecka*, dz. cyt., s. 44.

mogącą stanowić jego wewnętrzny stan lub też działanie zewnętrzne, wynikające z obowiązku. Realizując określone działania, istotne zaczynają być takie stany, jak: satysfakcja, znużenie, przyjemność, rozczarowanie, radość z sukcesu lub wiążący się z porażką smutek. Piaget pisze: „afekt wywiera głęboki wpływ na rozwój intelektualny. Może przyspieszyć lub spowolnić tempo rozwoju. [...] Sam w sobie nie może modyfikować struktur poznawczych, chociaż może wpływać na to, która struktura poznawcza zostanie zmodyfikowana”⁵⁶. Ponadto twórca teorii rozwoju intelektualnego podkreśla, że „gdy rozwijają się poznawcze aspekty inteligencji, następuje też równoległy rozwój afektu. Mechanizmy konstruowania są takie same. Dzieci asymilują doświadczenia do schematów afektywnych w taki sam sposób, jak wchłaniają doświadczenia do struktur poznawczych. Wynikiem jest wiedza”⁵⁷.

Myślenie dziecka różni się jakościowo od myślenia człowieka dorosłego. Narzucanie sposobu rozwiązania danej sytuacji lub zmuszanie do aktywności poznawczej w jakimś obszarze, np. edukacji matematycznej, może jedynie przyczynić się do zniechęcenia, buntu lub zaburzenia naturalnych procesów umysłowych.

Opisując poszczególne stadia rozwojowe, Piaget skupiał się na zdobywanych przez dziecko umiejętnościach w ściśle określonych ramach czasowych, czego konsekwencją, zdaniem krytyków tej teorii, było często niedocenywanie indywidualnych zdolności u dzieci, m.in. w eksperymentach przeprowadzonych przez Bowera czy McGarrigle’a i Donaldson⁵⁸ starano się udowodnić, że dzielenie rozwoju na stadia ściśle związane z wiekiem dziecka to niewłaściwe rozwiązanie: po pierwsze, ze względu na istnienie dzieci mogących zdobywać wcześniej pewne umiejętności, co wynika z ich indywidualnych możliwości, a po drugie, ze względu na pewne okoliczności, np. sposób opisu sytuacji zadaniowej przez badacza, wpływające na percepcję dziecka. W konsekwencji zadanie o tym samym poziomie trudności, ale przedstawione w rozmaitych okolicznościach, może zostać przez dziecko wykonane lub nie, co nie uwiarygodni opisu jego możliwości intelektualnych. Pomimo zarzutów stawianych koncepcji Piageta warto zaznaczyć, że opis stadiów rozwojowych z określonymi dla danego wieku umiejętnościami pozwala zarówno teoretykom, jak i praktykom na szczegółową analizę rozwoju intelektualnego u dzieci.

⁵⁶ Tamże.

⁵⁷ Por. tamże, s. 45.

⁵⁸ Por. H.R. Schaffer, *Psychologia dziecka*, dz. cyt., s. 205–209.

Teoria Piageta zetknęła się także z krytyką jako odnosząca się niewystarczająco do kontekstu społecznego w rozwoju intelektualnym dziecka. Badaczem, który na pierwszy plan w rozwoju poznawczym wysunął aspekt kontekstualny, był Wygotski. Podobnie jak w Piagetowskiej teorii, także w teorii rosyjskiego badacza dziecko nie jest biernym odbiorcą otaczającego je świata, ale jego „rozwój umysłowy to zasadniczo proces społeczny”⁵⁹. Wynika to z przeanalizowania owego rozwoju przez Wygotskiego na trzech poziomach: kulturowym, interpersonalnym i indywidualnym. Integracja tych poziomów określa kierunek rozwoju młodego człowieka.

Aspekt kulturowy dotyczy faktu, że dzieci od samego zarania swego życia korzystają z wiedzy, dóbr materialnych i duchowych, stanowiących owoc aktywności poprzednich pokoleń. Przejmują określoną kulturę, której stają się uczestnikami i kontynuatorami. W celu analizowania istoty dziedziczenia kultury przez dziecko Wygotski posługiwał się pojęciem narzędzi kulturowych⁶⁰, które w literaturze przedmiotu dzielą się na technologiczne i psychologiczne. Zatem z jednej strony ma się tutaj do czynienia z całością materialnego dorobku cywilizacji, a z drugiej z pojęciami i symbolami tworzącymi abstrakcyjną rzeczywistość. Najważniejsze narzędzie kulturowe, któremu Wygotski przypisał fundamentalne znaczenie w rozwoju umysłowym dziecka, stanowi język. Dla teorii Piageta język nie miał tak istotnego znaczenia, ponieważ w początkowych latach życia „stanowił zaledwie autonomiczny produkt uboczny podejmowanych przez nie [dziecko – W.J.P.] działań, pozbawiany funkcji regulacyjnej oraz komunikacyjnej”⁶¹. Odwrotnie tę kwestię interpretował Wygotski, który właśnie mowę dziecka uważał za główny środek przekazywania doświadczeń. Mimo że na początku życia dziecka jego komunikaty mogą okazać się niezrozumiałe dla otoczenia, najważniejsze jest to, że są one odpowiedzią dziecka na komunikaty przekazywane przez społeczeństwo⁶². Na tym etapie rozwojowym jawi się to jako niedoskonała próba podejmowania dialogu, ale jakże znacząca w kontekście późniejszego wzrostu owych funkcji. W perspektywie rozwoju „język w późniejszym okresie (około końca wieku przedszkolnego) zostaje

⁵⁹ Por. tamże, s. 218.

⁶⁰ „Narzędzia kulturowe są to wypracowane przez każde społeczeństwo i służące przekazywaniu tradycji przedmioty i umiejętności, które w tym celu muszą być przejmowane z pokolenia na pokolenie”; cyt. za: tamże, s. 219.

⁶¹ Tamże, s. 221.

⁶² Por. L.S. Wygotski, *Narzędzie i znak w rozwoju dziecka*, przeł. B. Grell, Warszawa 2006, s. 27–31.

zinternalizowany i przekształcony w myśl. Zatem zasadniczo społeczna funkcja języka staje się podstawowym narzędziem funkcjonowania poznawczego⁶³. Rola mowy i języka w życiu dziecka przeanalizowana zostanie szerzej w dalszej części pracy.

Drugi z wyróżnionych przez Wygotskiego poziomów to tzw. poziom interpersonalny, określany w teorii jako podstawa rozwoju dziecka, ponieważ „stanowi płaszczyznę krzyżowania się trzech grup wpływów – kulturowych, interakcyjnych i indywidualnych”⁶⁴. Od pierwszych chwil swojej egzystencji dziecko doświadcza interakcji z różnymi osobami. Mają one charakter nieformalny, ograniczają się do najbliższego środowiska życia dziecka, czyli do rodziny⁶⁵. Poszczególni jej członkowie, odgrywając swoje role, uczą dziecko i dzielą się z nim wiedzą i doświadczeniem. Wskutek tych interakcji przekazywane są dziecku narzędzia kulturowe, niezbędne do podjęcia intelektualnej aktywności. Dorastając, dziecko zaczyna funkcjonować w nowych środowiskach, takich jak przedszkole, a dalej szkoła. Rozszerzenie się przeznaczonego do jego poznawczej aktywności terytorium o takie instytucje, jak przedszkole czy szkoła, wiąże się dla dziecka z doznaniem nowych – o bardziej formalnym charakterze – interakcji, np. w relacji z nauczycielem. Dziecko cechuje naturalna zdolność do korzystania z pomocy innych, mających pewne kompetencje w przekazywaniu narzędzi kulturowych. W odpowiedzi na ową potrzebę dorośli zwykle wspierają dziecko i pomagają mu w pokonaniu trudności. Jednakże wymaga to od nich zaangażowania, wiedzy i odpowiednich kompetencji, gdyż w tym wypadku rozwój umysłowy dziecka kształtuje się właśnie na bazie owych interakcji⁶⁶.

W procesie rozwojowym dziecka należy umożliwiać mu częste doświadczenia w rozmaitych działaniach społecznych. Obserwując, zapoznaje się ono z pewnymi procedurami, które później ułatwią mu samodzielne funkcjonowanie. Zatem w teorii Wygotskiego rozwój poznawczy jest „postępem od interpsychicznego do intrapsychicznego, od regulacji wspólnej do autoregulacji”⁶⁷. Oznacza to, że zdolności intelektualne u dziecka pojawiają się na „określonej drodze” mającej początek we współpracy z kompetentnym dorosłym, poprzez działanie dziecka w jego obecności, aż po samodzielną

⁶³ H.R. Schaffer, *Psychologia dziecka*, dz. cyt., s. 222.

⁶⁴ Tamże.

⁶⁵ Por. M. Braun-Gałkowska, *Psychologia domowa*, Lublin 2008, s. 32–35.

⁶⁶ Por. H.R. Schaffer, *Psychologia dziecka*, dz. cyt., s. 222.

⁶⁷ Tamże, s. 223.

sprawność w danym zakresie. Istotną część teorii Wygotskiego stanowi koncepcja strefy najbliższego rozwoju (SNR). Jest ona obszarem pomiędzy tym, co dziecko osiąga samodzielnie, a tym, co może osiągnąć przy pomocy dorosłego⁶⁸. Powszechnie przyjmuje się, że oceny zdolności i umiejętności dziecka dokonuje się na podstawie jego samodzielnego działania. Wygotski uważał jednak, że dziecko osiąga optymalny poziom możliwości przy wsparciu kompetentnego dorosłego. Dziecko ma pewien poziom umiejętności umysłowych, które w wyniku interakcji społecznych wypracowało. Według autora koncepcji SNR kompetentny dorosły uważnie obserwuje dziecko, po czym „wskazuje” mu – poprzez działanie wynikające z ich interakcji – drogę do opanowania wyższego poziomu umiejętności. Koncepcja strefy najbliższego rozwoju, rozumiana jako model współdziałania dorosłego i dziecka, ukazuje jej znaczący wkład w metodykę nauczania, zwłaszcza w odniesieniu do roli nauczyciela⁶⁹. Jednakże wiąże się z nią pewne ryzyko odnoszące się do oceny zdolności dziecka na podstawie koncepcji SNR. Wygotski zakładał, że dziecko w pełni przedstawia swój potencjał we współdziałaniu z osobą dorosłą, jego samodzielną pracę jest ważna i interesująca, ale nie ujawnia wszystkich możliwości. Kompetentny dorosły według Wygotskiego kieruje procesem w taki sposób, by dziecko mogło wykazać swoje umiejętności i wiedzę. Takie „przekonanie jest, oczywiście, sprzeczne z ogólnie przyjętymi poglądami, o czym świadczą psychometryczne i inne procedury badawcze. Zakładają one, że prawdziwe zdolności dziecka mogą ujawnić się tylko w zadaniach rozwiązywanych przez nich samodzielnie”⁷⁰. Ocena dziecka w koncepcji strefy najbliższego rozwoju budzi kontrowersje dotyczące faktu, do którego momentu działania dorosłego nie ingerują w faktyczny stan i poziom umiejętności dziecka. Na każdą sytuację edukacyjną mają wpływ różne czynniki zewnętrzne, np. warunki lokalowe, dostępność materiałów dydaktycznych itp., które i tak już znacząco mogą różnicować możliwości dzieci. Dodatkowo należy wziąć pod uwagę osobę nauczyciela, czyli w koncepcji SNR – kompetentnego dorosłego. Jego postawa względem ucznia warunkowana jest indywidualnymi predyspozycjami, takimi jak np. konsekwencja w działaniu, cierpliwość i wyrozumiałość w relacji

⁶⁸ Por. E. Filipiak, *Rozwijanie zdolności uczenia się. Z Wygotskim i Brunerem w tle*, Sopot 2012, s. 24–34.

⁶⁹ Por. L.S. Wygotski, *Problem wieku rozwojowego*, przeł. B. Smykowski, w: tegoż, *Wybrane prace psychologiczne II – dzieciństwo i dorastanie*, przeł. A. Brzezińska i in., red. A. Brzezińska, M. Marchow, Poznań 2002, s. 85–90.

⁷⁰ H.R. Schaffer, *Psychologia dziecka*, dz. cyt., s. 224–225.

z uczniem, a także fizyczne predyspozycje, np. tembr głosu. Kompetentny dorosły jest przygotowany do relacji z uczniem, ale wspomniane wyżej aspekty funkcjonowania i indywidualne różnice mogą decydować o obiektywnej ocenie ucznia.

Ostatni z poziomów, jaki Wygotski wyróżnił w rozwoju poznawczym dziecka, dotyczy jego indywidualnych możliwości. Nawiązując do Piagetowskiej teorii rozwoju intelektualnego, gdzie stanowił fundament, można stwierdzić, że dla Wygotskiego dziecko jest „aktywnym współautorem własnego rozwoju”⁷¹. Młody człowiek w podejmowanych działaniach wskazuje dorosłym swoje osiągnięcia, co stanowi bazę do dalszej pracy i stawiania przed nim nowych celów. W konsekwencji potrzeby dziecka mogą zostać np. zaniedbane, gdy dorosły nie wykaże się należyłą czujnością lub wiedzą. Zdaniem Wygotskiego rozwój poznawczy jest procesem wymagającym szczególnie zaangażowania wynikającego z jego konstruktywistycznej natury⁷². Dziecko ujawnia naturalną potrzebę dotyczącą aktywności poznawczej poprzez zadawanie pytań i poszukiwanie rozwiązań napotkanych problemów. Natomiast rola dorosłego w tym procesie odnosi się do aktywnego współdziałania z dzieckiem, bazującego na wnikliwej obserwacji jego postępów oraz stwarzaniu warunków do nowych doświadczeń.

1.4. Rozwój społeczny

W literaturze psychologicznej można wyodrębnić trzy zasadnicze nurty odnoszące się do rozwoju społecznego człowieka. W nurcie psychologii poznawczej akcentuje się aktywną rolę w rozwoju społecznym samego dziecka, co bezpośrednio dotyczy teorii rozwoju poznawczego Piageta. Inaczej istotę rozwoju społecznego określają przedstawiciele podejścia psychodynamicznego, wywodzącego się z teorii osobowości Zygmunta Freuda⁷³, oraz zwolennicy teorii uczenia się, zwłaszcza warunkowanego obserwacją, którego prekursorem był Albert Bandura⁷⁴. Dla nich dziecko w procesie rozwoju społecznego jest „przeważnie bierne, zdane na wpływy związane

⁷¹ Tamże, s. 224.

⁷² Por. tamże, s. 225.

⁷³ Por. M. Jacobs, *Zygmunt Freud*, przeł. M. Lipińska, Gdańsk 2006, s. 90–97; A. Kokoszka, *Psychoanalityczne ABC. Podstawy psychoanalitycznego myślenia*, Kraków 1997.

⁷⁴ Por. A. Bandura, *Teoria społecznego uczenia się*, przeł. J. Kowalczevska, J. Radzicki, Warszawa 2007, s. 37–43.

z działaniem popędów (psychoanaliza) albo czynników środowiskowych (teoria uczenia się)⁷⁵.

Kolejne różnice w owych trzech podejściach dotyczą tego, co wywiera bardziej istotny wpływ na rozwój społeczny jednostki. Czy są to uwarunkowania biologiczne, na co wskazywali w swoich teoriach Piaget i Freud? Czy może istota rozwoju społecznego warunkowana jest jedynie wpływem środowiska, w którym dziecko doświadcza i obserwuje? U tych reprezentantów wskazanych podejść dostrzega się rozbieżności także na temat drogi i celu w rozwoju społecznym dziecka. W psychodynamicznym i poznawczym nurcie dziecko osiąga poszczególne etapy, czy inaczej stadia rozwoju, dzięki zaobserwowanemu u niego przyrostowi umiejętności związanych ze społecznym funkcjonowaniem, natomiast w oczach zwolenników teorii uczenia się rozwój dziecka stanowi „rezultat warunkowania i naśladowania zachowań modelu”⁷⁶. Ważna wydaje się analiza istoty rozwoju społecznego dziecka z uwzględnieniem następujących założeń: dziecko jest inicjatorem własnej aktywności, korzysta z możliwości stwarzanych mu przez otoczenie i uczy się regulowania wpływu środowiska na nie wywieranego.

Maria Żebrowska definiuje rozwój społeczny dziecka jako „szereg zmian, jakie dokonują się w osobowości jednostki, powodując [...], iż jednostka ta staje się zdolna do konstruktywnego uczestnictwa w życiu i działalności społeczeństwa”⁷⁷. Za Anną Matczak można dodać, że zachodzące u jednostki zmiany dotyczą prawidłowej regulacji stosunków z otoczeniem społecznym, co jednoznaczne jest z utrzymywaniem równowagi pomiędzy przystosowaniem się do jego wymagań a oddziaływaniem na nie⁷⁸. Rozwój procesów psychicznych pozwala dziecku zdobywać, przekazywać i wartościować informacje, które otrzymuje ono z otoczenia. Zatem proces społecznego dojrzewania to inaczej umiejętność różnicowania zachowań ludzi, wiążąca się z rozwojem percepcji społecznej⁷⁹, umiejętnością nawiązywania kontaktów z innymi członkami społeczności oraz z uczestnictwem w procesie socjalizacji, będącym, według Marii Przetacznikowej, „aktywnym procesem dwustronnych i wzajemnych oddziaływań jednostki i środowiska

⁷⁵ A. Birch, T. Malim, *Psychologia rozwojowa w zarysie. Od niemowlęstwa do dorosłości*, przeł. J. Łuczyński, M. Olejnik, Warszawa 1998, s. 86.

⁷⁶ Tamże, s. 82.

⁷⁷ M. Żebrowska, *Psychologia rozwojowa dzieci i młodzieży*, Warszawa 1980, s. 627.

⁷⁸ Por. A. Matczak, *Zarys psychologii rozwoju. Podręcznik dla nauczycieli*, dz. cyt., s. 154–155.

⁷⁹ Por. tamże.

[...], [w którym to procesie – W.J.P.] socjalizacja trwa przez całe życie, ponieważ wraz z wiekiem jednostki zmienia się jej struktury czynnościowe i świadomościowe, które łącznie ze zmianami dokonują się w środowisku społecznym i materialnym, warunkują zdolność do działania”⁸⁰. W tych trzech aspektach analizowany będzie rozwój społeczny dziecka w młodszym wieku szkolnym.

Z chwilą pojawienia się dziecka na świecie staje się ono członkiem społeczności, gdyż od samego początku wpływa na innych, jednocześnie samo pozostając zależne od reakcji otoczenia. Zaspokajanie potrzeb fizjologicznych i emocjonalnych staje się podstawą nawiązywania kontaktu i relacji z najbliższymi członkami środowiska. W pierwszym roku życia dziecko potrafi odmiennie reagować na twarze bliskich i nieznanych mu osób, co stanowi pierwszą oznakę percepcji społecznej⁸¹, której forma z wiekiem doskonalą się i wzbogaca. W pierwszych latach swej egzystencji dziecko preferuje relacje z dorosłymi, stanowiące dla niego źródło bardziej intrygujących bodźców społecznych oraz uczy się dystansu w nawiązywaniu z nimi kontaktu, wynikającego z wieku, tudzież ogólnie przyjętych norm dotyczących społecznego zachowania. Przedszkolak zaczyna klasyfikować ludzi ze względu na wiek, czego przejawem są specyficzne formy zachowań, np. wobec ludzi starszych i ze względu na płeć. Mimo że nie ma to znaczenia w kontaktach z rówieśnikami, w trakcie rozwoju staje się istotnym czynnikiem, np. podczas zabawy. Z czasem rozwija się zdolność dostrzegania przez dziecko indywidualnych właściwości u innych ludzi, wiążących się z rozszerzaniem głębokości opisu, integracji poszczególnych elementów tego opisu i jego obiektywizacji⁸². Wpierw dziecko dostrzega jedynie zewnętrzne przyczyny zachowań, związane z czynnikiem sytuacyjnym, np. chłopczyk płacze, bo się przewrócił. Z upływem czasu zaczyna „zauważać przyczyny działań, tkwiące we właściwościach ludzi – najpierw sytuacyjnych (w aktualnych stanach wewnętrznych), a potem dyspozycyjnych (we względnie stałych cechach psychicznych)”⁸³. Wpierw dokonuje oceny czyichś zachowań, uwzględniając bardziej złożone przyczyny, takie jak np. stan emocjonalny, potrzeby, cechy charakteru itp., co oznacza, że potrafi

⁸⁰ M. Przetacznik-Gierowska, Z. Włodarski, *Psychologia wychowawcza*. 2, Warszawa 1994, s. 88.

⁸¹ Por. tamże.

⁸² Por. tamże, s. 160.

⁸³ Tamże.

wczuć się w sytuację drugiej osoby. Owa zdolność, w literaturze przedmiotu określana jako decentracja interpersonalna⁸⁴, okazuje się możliwa dzięki rozwojowi procesów poznawczych związanych z odwracalnością myślenia, obserwowaną u dzieci w stadium operacji konkretnych. To wtedy dziecko wyzbywa się egocentrycznego sposobu myślenia, czego efekty obserwuje się w jego sposobie zachowania i w ocenie innych ludzi. Rozwijająca się u dziecka w młodszym wieku szkolnym zdolność do bardziej zawilej interpretacji czyichś zachowań i postaw powoduje również zmianę w myśleniu o autorytetach i wyborach wiążących się z grupą rówieśniczą⁸⁵. Zdaniem Piageta dziecko w wieku od 4 do 7 lat znajduje się na etapie moralności heteronomicznej, czyli inaczej – posłuszeństwa⁸⁶, z czym łączy się podporządkowanie się prawu dorosłych, ich wiedzy i autorytetowi. Około 7. roku życia dziecko wstępuje w etap moralności autonomicznej. Etap ten cechuje rozwój woli, generujący poczucie przywiązania, by postępować zgodnie ze swoimi normami i wartościami⁸⁷. W tej fazie dziecko zaczyna uczyć się dokonywania własnych ocen moralnych na podstawie wzajemnego szacunku⁸⁸. Między 8. a 9. rokiem życia wskutek rozkwitu rozumowania operacji konkretnych u dziecka zaczyna rozwijać się zdolność formułowania własnych osądów i oceny innych członków społeczeństwa, co jednocześnie staje się podstawą kształtowania się ogólnej wiedzy społecznej, „czyli poglądów dotyczących tego, jacy są ludzie i co charakteryzuje na przykład chłopców w porównaniu z dziewczętami”⁸⁹. Wiedza ta jest z jednej strony kształtowana przez indywidualną ocenę, a z drugiej strony nie jest wolna od społecznie panujących stereotypów. W młodszym wieku szkolnym dokonywana przez dziecko ocena społeczna wykazuje „wzrastający obiektywizm”, gdyż uwalniając się z egocentrycznego pojmowania rzeczywistości, uczy się ono oceniać, zwracając uwagę na cechy innych osób, niezależnie od ich bezpośredniej interakcji⁹⁰. Dziecko zmniejsza ilość sądów wartościujących na korzyść sądów opisowych. Jest to chwilowy stan, ponieważ z wiekiem powróci ono

⁸⁴ Por. A. Polkowska, *Umiejętność decentracji interpersonalnej*, „Psychologia Wychowawcza” 2000, nr 2–3, s. 108–118.

⁸⁵ Por. R. Stefańska-Klar, *Późne dzieciństwo. Młodszy wiek szkolny*, dz. cyt., s. 147.

⁸⁶ Por. B.J. Wadsworth, *Teoria Piageta. Poznawczy i emocjonalny rozwój dziecka*, dz. cyt., s. 122–123.

⁸⁷ Por. tamże.

⁸⁸ Por. tamże, s. 125.

⁸⁹ Por. A. Matczak, *Zarys psychologii rozwoju. Podręcznik dla nauczycieli*, dz. cyt., s. 154–155.

⁹⁰ Por. tamże, s. 164.

do wartościowania w opisie, ale wówczas będzie to „efekt wzmożonego krytycyzmu”⁹¹, pojawiający się w okresie dorastania.

W rozwoju społecznym dziecka poza aspektem związanym z kształtowaniem się wynikającej wprost ze wzrostu procesów poznawczych percepcji społecznej należy podkreślić znaczenie wzrastania aktywności społecznej dziecka, „czyli stopnia czynnego uczestnictwa w sytuacjach społecznych”⁹². Od pierwszych chwil życia dziecko obserwuje otaczający je świat, zachowania ludzi ze swego otoczenia, przy jednoczesnym zaznaczaniu swojej obecności w środowisku. Pierwsze formy zachowań społecznych dotyczą pojawienia się u dziecka niewerbalnego dialogu, który, jak wskazują Jagoda Cieszyńska i Marta Korendo, dotyczy etapu gaworzenia i gestu wskazywania przez dziecko palcem, mającego miejsce już pod koniec pierwszego roku życia⁹³. Początkowy etap uczestnictwa w życiu społecznym odnosi się do odbierania i przekazywania informacji przez dziecko. Pojawiająca się wtedy zdolność „naśladowania obserwowanych czynności”⁹⁴ świadczy o tym, że dziecko wstępuje na wyższy poziom uczestnictwa w sytuacjach społecznych, w pierwszej kolejności naśladowując dorosłych, a później także swoich rówieśników. Działanie poprzez naśladowanie umożliwia dziecku zdobycie umiejętności w zakresie podstawowych czynności dnia codziennego, jak też staje się podstawą aktywności, jaką stanowi zabawa. W pierwszej fazie ma ona charakter tzw. zabawy równoległej: uczestnicy bawią się „bardziej obok siebie” niż „ze sobą”⁹⁵, następnie zaczynają „dostrzegać możliwość i efekty koordynowania swoich czynności, wykonywanych przedtem oddzielnie. Pojawia się wówczas zdolność do współdziałania – wspólnej realizacji jednego celu”⁹⁶. Ma ona formę współpracy bez konkretnego podziału ról; wszyscy wykonują określone czynności w celu osiągnięcia wspólnego efektu, ale z czasem uczestnicy zabaw zaczynają dokonywać pewnych podziałów na podstawie społecznie przyjętych norm (np. zabawa w dom, zabawa w szkołę). Umiejętności w tym zakresie, doskonalące się w toku zabaw przedszkolnych, pozwalają dzieciom na podjęcie w wieku szkolnym wspólnych aktywności, w których będą dzielić się zadaniami.

⁹¹ Tamże.

⁹² Tamże, s. 167.

⁹³ Por. J. Cieszyńska, M. Korendo, *Wczesna interwencja terapeutyczna. Stymulacja rozwoju dziecka od noworodka do 6. roku życia*, Kraków 2007, s. 237–240.

⁹⁴ Por. A. Matczak, *Zarys psychologii rozwoju. Podręcznik dla nauczycieli*, dz. cyt., s. 168.

⁹⁵ Por. tamże, s. 169.

⁹⁶ Tamże.

Dochodzenie do celu będzie bazować na podziale ról w zależności od takich czynników, jak społecznie przyjęte normy i zasady lub wewnętrzne ustalenia uczestników działania, wynikające z ich indywidualnych predyspozycji. Często też współdziałając w grupie, dzieci stają się zdolne do organizowania działania innych i kierowania nimi, co stanowi jeszcze doskonalszą formę uczestnictwa w życiu społecznym. Co więcej, poza rozwijającymi się u niektórych zdolnościami organizacyjnymi rozwija się także forma aktywności społecznej, polegająca na działaniu na rzecz innych, określanym w literaturze przedmiotu jako „działanie prospołeczne”⁹⁷. Ma ono charakter doraźnej pomocy, np. koleżance, która przewróciła się podczas zabawy. Potem zaczyna wynikać z przyjmowanych przez dziecko norm społecznych, w konsekwencji czego podejmuje ono aktywność prospołeczną. Bodziec do takiej aktywności stanowi dostrzeżenie przez nie długofalowej potrzeby pomocy drugiemu człowiekowi, np. pomocy w nauce koleżance mającej słabe oceny.

A. Matczak podkreśla, że istotnym elementem rozwoju aktywności społecznej u dziecka jest „uniezależnianie się jego zachowań społecznych od zewnętrznych czynników motywujących”⁹⁸. Od zarania życia dziecka osoba dorosła organizuje i zdecydowanie wpływa na aktywność społeczną młodego człowieka. Już w pierwszych latach swej egzystencji dziecko zaangażowane zostaje przez dorosłych do podejmowania interakcji, a charakter tej aktywności warunkowany jest przez czynniki związane z samym inicjatorem (np. jego ocena społeczna). Natomiast wraz ze wzrostem samodzielności dziecka (etap przedszkolny i wczesnoszkolny) jakość jego aktywności społecznej zaczynają warunkować czynniki związane bezpośrednio z jego oceną rzeczywistości. Zdaniem Renaty Stefańskiej-Klar dziecko ocenia np. swoich rówieśników, „kierując się tym, jak są oni spostrzegani przez osoby reprezentujące społeczny autorytet. Następnie pojawia się społeczna akomodacja, czyli proces uświadamiania sobie, że między ludźmi istnieją różnice oraz uznawanie tego faktu”⁹⁹. Na etapie edukacji wczesnoszkolnej dziecko częściej samodzielnie dokonuje oceny społecznej. Ocena ta przestaje być warunkowana czynnikami zewnętrznymi, a zaczyna w coraz większym stopniu wynikać z „nastawienia wobec ludzi i siebie samego oraz przyjętych norm moralnych”¹⁰⁰. Jednocześnie w okresie edukacji wczesnoszkolnej

⁹⁷ Por. tamże.

⁹⁸ Tamże, s. 171.

⁹⁹ R. Stefańska-Klar, *Późne dzieciństwo. Młodszy wiek szkolny*, dz. cyt., s. 147.

¹⁰⁰ Por. A. Matczak, *Zarys psychologii rozwoju. Podręcznik dla nauczycieli*, dz. cyt., s. 172.

wydłuża się czas trwania i stałość we wspólnym działaniu u dzieci, zarówno ten dotyczący sytuacji zadaniowych, jak i związany z koleżeńskim aspektem ich współdziałania.

Zmiany, jakie obserwuje się u dzieci w kontekście ich aktywności społecznej, są związane wprost z rozpoczęciem edukacji szkolnej w późnym dzieciństwie. Według Klausa-Jürgena Tillmana szkoła stanowi podstawowe, a wręcz można nawet stwierdzić, że niekiedy jedyne źródło poznawczego i praktycznego treningu ról społecznych¹⁰¹. Dziecko podejmuje liczne interakcje, dzięki którym „rozwija umiejętności zarówno interpersonalne, jak i związane z własnym funkcjonowaniem (a więc poznawcze, afektywne i wykonawcze o różnym stopniu ogólności)”¹⁰². Jednocześnie, jak wskazuje Stefańska-Klar, ma ono w tym okresie szansę na rozwój „kompetencji społecznych, które obejmują: lepsze rozumienie sytuacji społecznych, poszerzenie wiedzy o ludziach i zjawiskach społecznych, rozwój w zakresie wnioskowania społecznego, a także poznanie i trening nowych zachowań oraz ról”¹⁰³.

W procesie rozwoju kompetencji społecznych istotną rolę odgrywają też „rówieśnicy, zarówno indywidualnie, jak i w grupie, [którzy] stają się dla dziecka modelami wzorców myślenia, spostrzegania, oceniania i reagowania, a także sposobów komunikowania się”¹⁰⁴. Grupa rówieśnicza ma znaczenie dla rozwoju jednostki z kilku powodów. Odgrywa ona, zdaniem Stefańskiej-Klar, „szczególną rolę w przyswajaniu przez dziecko norm społecznych dotyczących funkcjonowania w układach wzajemnych zależności, takich jak: komunikowanie się, okazywanie i doświadczanie przyjaźni, podporządkowywanie się oraz kierowanie innymi”¹⁰⁵. Układ owych wzajemnych zależności od samego początku funkcjonowania dziecka prowadzi do „zdobywania określonej pozycji w grupie rówieśniczej”¹⁰⁶. Matczak stwierdza, że „badania nad nieformalną strukturą klas szkolnych wskazują, że poszczególne uczniowie zajmują w tej strukturze zróżnicowane, a zarazem względnie stałe miejsca: są wśród nich *gwiazdy* klasowe, górujące swą popularnością nad pozostałymi, są wzajemnie się lubiący członkowie mniejszych grup,

¹⁰¹ Por. K.J. Tillman, *Teorie socjalizacji. Społeczność, instytucja, upodmiotowienie*, przeł. G. Bluszcz, B. Miracki, Warszawa 1996.

¹⁰² R. Stefańska-Klar, *Późne dzieciństwo. Młodszy wiek szkolny*, dz. cyt., s. 148.

¹⁰³ Tamże.

¹⁰⁴ Tamże.

¹⁰⁵ Tamże.

¹⁰⁶ A. Matczak, *Zarys psychologii rozwoju. Podręcznik dla nauczycieli*, dz. cyt., s. 173.

osoby *izolowane*, nieodgrywające w życiu klasy żadnej roli, czy wreszcie *odrzucone*, spotykające się z wyraźną niechęcią rówieśników¹⁰⁷. Pozycja, jaką zajmuje dziecko w klasie, ma bezpośredni wpływ na jego wszechstronny rozwój, a zwłaszcza na jego emocjonalną sferę życia.

Ross Vasta, Marshal Haith i Scott Miller w książce zatytułowanej *Psychologia dziecka* wskazują na uzależnienie rozwoju emocji wprost od otoczenia społecznego, a zwłaszcza od dwóch typowych procesów społecznych – modelowania i wzmacniania¹⁰⁸. Akceptacja przez grupę, poczucie przynależności do niej, współdziałanie z jej członkami decydują w oczach dziecka o poczuciu bezpieczeństwa i integracji z członkami społeczności szkolnej, co warunkuje pozytywne emocje do podejmowania kolejnych wyzwań i zadań, jakie stawia przed uczniem rzeczywistość szkolna. Stefańska-Klar przypomina, że „bycie mało atrakcyjnym lub źle ocenianym, doznawanie porażek w jakiejś dziedzinie czy choćby tylko niewyróżnianie się niczym szczególnym mogą obniżać szanse społeczne istnienia dziecka. Mogą wpływać tym samym ujemnie na jego samopoczucie oraz powodować pesymistyczne spostrzeganie siebie teraz i w przyszłości¹⁰⁹. Negatywne doznania, wynikające ze społecznego funkcjonowania dziecka w grupie, „podtrzymują również niechęć do podejmowania wysiłku z obawy przed niepowodzeniem¹¹⁰, co może skutkować wycofywaniem się dziecka z życia społecznego klasy, nabieraniem przez nie coraz większego dystansu. Jeśli tego typu sytuacje nasilą się i przedłużą w czasie, „mogą prowadzić do rozwinięcia się u dziecka społecznej bierności, nieśmiałości, niskiej samooceny, poczucia niższości, a także różnych form społecznego niedostosowania¹¹¹.

Podsumowując zagadnienia związane z rozwojem społecznym dziecka w późnym dzieciństwie, należy zauważyć, że w największym stopniu jest on warunkowany w tym okresie przez jakość funkcjonowania dziecka w szkole. Relacje z nauczycielami i kontakty z rówieśnikami wywierają znaczący wpływ na rozwój kompetencji społecznych u dziecka. Doskonaląca się w tym wieku percepcja społeczna i wyzbywanie się egocentrycznego pojmowania rzeczywistości na korzyść decentracji interpersonalnej stanowi u niego

¹⁰⁷ Tamże.

¹⁰⁸ Por. R. Vasta, M.M. Haith, S.A. Miller, *Psychologia dziecka*, przeł. M. Babiuch i in., Warszawa 1995.

¹⁰⁹ R. Stefańska-Klar, *Późne dzieciństwo. Młodszy wiek szkolny*, dz. cyt., s. 150.

¹¹⁰ Tamże.

¹¹¹ Tamże, s. 151.

o rozwoju społecznym. Jednakże doświadczenia szkolnej codzienności, relacje z członkami społeczności szkolnej mogą zdecydowanie rozwijać lub hamować zdobywanie kolejnych umiejętności społecznych, które w naturalny sposób oddziałują na pozostałe sfery życia dziecka.

1.5. Rozwój emocjonalny

Pomimo wielu badań prowadzonych nad istotą emocji nie odnajdujemy w literaturze przedmiotu jednoznacznej definicji tego pojęcia. W podręczniku akademickim z psychologii ogólnej znajduje się definicja przedstawiająca emocję jako „subiektywny stan psychiczny, uruchamiający priorytet dla związanego z nią programu działania. Jej odczuwaniu towarzyszą zwykle zmiany somatyczne, ekspresje mimiczne i pantomimiczne oraz zachowania”¹¹².

Jest to jedna z rozlicznych definicji funkcjonujących w literaturze, w której została opisana istota pojęcia, uwzględniający podstawowe komponenty emocji¹¹³. Pierwsza część definicji dotyczy komponentu łączonego ze składnikiem osobistego doświadczenia, czyli rzeczywistego odczucia wewnętrznego jednostki¹¹⁴, np. przestraszone niemowlę zareaguje w danej sytuacji wszelkimi dostępnymi mu oznakami strachu (m.in. płaczem, krzykiem), a starsze dziecko potrafi w toku nabytego doświadczenia wynikającego z rozwoju poznawczego poza naturalną reakcją wyrażającą strach odwołać się do planu działania, takiego jak np. ucieczka przed osobą, która je wystraszyła. Kolejny element definicji dotyczy komponentu wskazującego na czynnik lub wydarzenia wzbudzające lub przyspieszające reakcję specyficzną w odniesieniu do każdej emocji¹¹⁵. Tak np. lęk zostanie wywołany przez sytuację pewnego zagrożenia, której doznaje dana osoba itp. Następny komponent dotyczy fizjologicznych procesów związanych z działaniem mózgu i pozostałych części układu nerwowego¹¹⁶. Są to wszelkie fizjologiczne reakcje ludzkiego organizmu, do których zalicza się m.in.: pocenie się, przyspieszony

¹¹² D. Doliński, *Mechanizmy wzbudzania emocji*, w: *Psychologia. Podręcznik akademicki. T. 2: Psychologia ogólna*, red. J. Strelau, Gdańsk 2007, s. 322.

¹¹³ Por. J. Reykowski, *Eksperymentalna psychologia emocji*, Warszawa 1974, s. 44–45.

¹¹⁴ Por. H.R. Schaffer, *Psychologia dziecka*, dz. cyt., s. 149.

¹¹⁵ Por. H. Hurme, *Rozwój emocjonalny*, przeł. P. Izdebski, w: *Psychologia rozwoju człowieka*, t. 3, red. B. Harwas-Napierała, J. Trempała, Warszawa 2004, s. 46.

¹¹⁶ Por. tamże.

oddech, zaczerwienienie itp. Ostatni z komponentów, również wyróżniony w przytoczonej powyżej definicji, obejmuje reakcje behawioralne wraz z ekspresją mimiczną¹¹⁷. Świadomości w tym aspekcie nabiera się, obserwując zachowania innych ludzi, którzy wskutek emocjonalnego pobudzenia prezentują określoną mimikę twarzy, mogą zmieniać głos lub prezentować charakterystyczne w odniesieniu do danej emocji gesty.

Terminem „emocje” opisujemy szczególną grupę pojęć afektywnych czy subiektywnych przeżyć, określanych różnie: jako uczucia, afekty, nastroje¹¹⁸. Chaos terminologiczny wynika z faktu, że w rozmaitych środowiskach i sytuacjach zamiennie stosuje się owe terminy. W mowie potocznej zwykle używa się słowa „uczucie”; w różnych sytuacjach codzienności można powiedzieć np.: „odczuwam smutek w związku z utratą przyjaciela” lub „towarzyszy mi uczucie strachu, gdy pomyślę, jak mogło się to skończyć”. Na co dzień mówimy o uczuciu, jakie towarzyszy nam w danej sytuacji. Termin „emocje” zaś częściej wykorzystywany jest w świecie nauki, gdzie synonimicznie stosuje się również pojęcie afektu, pochodzące z języka angielskiego. W literaturze przedmiotu funkcjonuje także termin „nastrój”, o szerszym niż „emocja” znaczeniu w odniesieniu do czasu trwania¹¹⁹. Zdaniem Hurme’a wszystkie wspomniane terminy „odnoszą się jednak do klasy zjawisk mających pewne wspólne cechy pozwalające mówić o przeżyciach emocjonalnych”¹²⁰. Dla mnie istotne jest używanie pojęcia przeżyć emocjonalnych w kontekście odniesienia do emocji, jakie przeżywają dzieci mające problemy z artykulacją.

Wstępnie należy podkreślić, że w literaturze przedmiotu zaprezentowano kilka poglądów na temat natury emocji. Można wskazać dwa główne nurty w badaniu emocji. W pierwszym nurcie emocje są wrodzone i biologicznie zdeterminowane. Jego przedstawiciele określili na podstawie wieloletnich badań zwłaszcza niemowląt i dzieci pewną grupę emocji podstawowych, uniwersalnych, jednocześnie liczbowo ograniczonych. Drugi nurt dotyczy poglądów, w jakich emocje są wynikiem społeczno-kulturowego wpływu lub efektem rozwoju poznawczego.

¹¹⁷ Por. tamże.

¹¹⁸ Por. W. Łosiak, *Psychologia emocji*, Warszawa 2007, s. 25–27.

¹¹⁹ Por. R.J. Davidson, *Co odróżnia emocje od nastroju, temperamentu i innych pojęć afektywnych?*, w: *Natura emocji. Podstawowe zagadnienia*, red. P. Ekman, R.J. Davidson, przeł. B. Wojciszke, Gdańsk 1999, s. 51–52.

¹²⁰ H. Hurme, *Rozwój emocjonalny*, dz. cyt., s. 46.

Zdaniem takich badaczy, jak m.in. Karol Darwin, Paul Ekman, Robert Plutchik¹²¹ czy Carroll Izard¹²² „istnieje ograniczona liczba emocji, które są biologicznie zdeterminowane i dlatego też są uniwersalne”¹²³. Bazując na licznie prowadzonych badaniach, w szczególności niemowląt i dzieci, spostrzeżono, że istnieje pewna grupa emocji, które „ujawniają się w sposób naturalny; stanowią część naszego dziedzictwa. Nie znaczy to jednak, że dziecko przychodzi na świat wyposażone w pełen zakres emocji. [...] genetycznie nastawiony program zapewnia to, że różne emocje ujawniają się w różnym wieku oraz to, że u wszystkich ludzi przyjmują one jednakową formę bez względu na kontekst społeczny lub kulturowy”¹²⁴.

Badanie rozwoju emocjonalnego jawi się jako bardzo trudne zadanie, gdyż emocje stanowią „zjawisko ulotne i większość z badań opiera się jedynie na wrażeniach badaczy”¹²⁵. Na podstawie długoletnich obserwacji i badań, jakie w tym zakresie poczynił już Darwin, a współcześnie kontynuuje m.in. badacz ekspresji mimicznej Ekman, opisano sześć emocji podstawowych, mianowicie: „gniew, lęk, obrzydzenie, smutek, radość, zaskoczenie”¹²⁶. Każda z nich cechuje się konkretną ekspresją twarzy i reakcją fizjologiczną, a wyrażanie emocji pomaga człowiekowi przetrwać i radzić sobie z zadaniami i sytuacjami życiowymi. Na podstawie badań prowadzonych m.in. przez wspomnianych powyżej badaczy stwierdzono, że na całym świecie istnieje

¹²¹ Autor koła emocji (*emotion wheel*) – Robert Plutchik – przedstawił zbiór 8 wrodzonych emocji tworzących cztery pary przeciwieństw. Jego zdaniem pozostałe emocje „są wariantami lub mieszankami” zbioru podstawowego, a zaznaczone zostały na zewnątrz koła. Wszystkie emocje podstawowe wskazują na jakąś ewolucyjną reakcję adaptacyjną; im bardziej zwiększa się ich intensywność, tym bardziej emocje zaczynają się różnicować. Por. P.G. Zimbardo, *Psychologia i życie*, przeł. E. Czarniawska i in., Warszawa 1999, s. 476.

¹²² Inny zbiór emocji podstawowych zaproponował Carroll Izard, twórca tzw. teorii emocji osobnych (*Discrete Emotions Theory* – DET). Autor obserwował reakcje niemowląt podczas szczepień i zauważył, że większość z nich reagowała podobnie zarówno pod względem reakcji mimicznej, jak i złości wyrażonej w krzyku i płaczu. Stwierdził zatem, że „na niektóre bodźce wywołujące emocje człowiek odpowiada reakcjami wrodzonymi”, a jako podstawowe emocje wyróżnił: lęk, zdziwienie, złość, smutek, ciekawość, radość i wstręt. Por. H. Hurme, *Rozwój emocjonalny*, dz. cyt., s. 46.

¹²³ Tamże, s. 48.

¹²⁴ Por. H.R. Schaffer, *Psychologia dziecka*, dz. cyt., s. 150.

¹²⁵ Tamże.

¹²⁶ Por. P. Ekman, *Wszystkie emocje są podstawowe*, w: *Natura emocji. Podstawowe zagadnienia*, dz. cyt., s. 20–25.

„uniwersalność wyrażania emocji twarzą”¹²⁷. Zatem „wrodzony charakter naszego repertuaru emocjonalnego wydaje się niemalże pewny” w opinii pewnej grupy badaczy. Należałoby teraz zadać pytanie, jaki więc istnieje związek między emocjami a poznaniem i społecznym oddziaływaniem.

W literaturze przedmiotu dostrzega się i drugi nurt. Reprezentujący go badacze przypisują znaczącą rolę w rozwoju emocjonalnym mniej biologicznym uwarunkowaniom, a bardziej społecznym i poznawczym jego aspektom. Otóż w grupie zorientowanej na społeczne działanie i znaczącą rolę kultury uwypukla się trzy dowody świadczące o dominującej roli środowiska w rozwoju emocjonalnym człowieka. Jednym z nich, dowodzących społecznego podłoża emocji, „jest fakt występowania innych emocji w różnych kręgach kulturowych lub przynajmniej stosowania innych nazw dla tych samych emocji”¹²⁸. Chodzi o sytuację, w której w danym kręgu kulturowym występuje jakaś emocja niemająca odpowiednika w sensie znaczeniowym w innych kulturach¹²⁹. Kolejnym dowodem świadczącym o społecznym warunkowaniu emocji „jest fakt, iż treść emocji różni się w zależności od czynników, które je wywołują. Jednym z czynników, który może wpływać na doświadczenie emocji, jest częstość występowania w danej kulturze sytuacji wzbudzającej określone emocje”¹³⁰. Jako trzeci dowód, świadczący o społecznym uwarunkowaniu emocji, wymienia się „zjawisko tzw. zanikających emocji (*extinct emotions*), tj. emocji, które pojawiają się w przeżyciach ludzi współcześnie żyjących coraz rzadziej”¹³¹.

Poglądy badaczy tego nurtu dowodzą, że emocje mają istotne znaczenie dla interakcji w społeczeństwie¹³² i „są różne w zależności od kultury, a tym samym różne jest okazywanie emocji”¹³³. Uwarunkowania kulturowe mogą modyfikować wyrażanie i odbieranie emocji, ale nie dotyczy to emocji podstawowych, sposobu ich wyrażania oraz, jak wskazują badania Ekmana, nie wywierają znaczącego wpływu różnice kulturowe. Warto też zaznaczyć w nurcie społecznych uwarunkowań emocji, że kontekst

¹²⁷ Por. D. Keltner, P. Ekman, *Wyrażanie emocji twarzą*, w: *Psychologia emocji*, red. M. Lewis, J.M. Haviland-Jones, przeł. M. Kacmajor, Gdańsk 2005, s. 313–315.

¹²⁸ H. Hurme, *Rozwój emocjonalny*, dz. cyt., s. 50.

¹²⁹ Por. C. Saarni, *Społeczny kontekst rozwoju emocjonalnego*, w: *Psychologia emocji*, red. M. Lewis, J.M. Haviland-Jones, dz. cyt., s. 393–394.

¹³⁰ H. Hurme, *Rozwój emocjonalny*, dz. cyt., s. 50.

¹³¹ Tamże.

¹³² Por. P.G. Zimbardo, *Psychologia i życie*, dz. cyt., s. 477.

¹³³ Tamże.

kulturowy i czynniki społeczne mogą powodować pewnego rodzaju wytłumienie emocji¹³⁴, ustalając normy i okoliczności obowiązujące w danym społeczeństwie.

Emocje są nieodłączną częścią życia każdego człowieka. Mają istotne znaczenie na poziomie społecznych relacji. Co więcej, indywidualnie dla jednostki realizują one jeszcze kilka ważnych funkcji, w szczególności motywacyjną, czyli „pobudzają nas do podjęcia działania dotyczącego jakiegoś doświadczonego lub wyobrażonego zdarzenia”¹³⁵. Jednocześnie ukierunkowują i podtrzymują działania wobec założonego celu, gdy ów okazuje się dla człowieka korzystny¹³⁶. Proces ten polega na unikaniu w działaniu bodźców szkodliwych, a podejmowaniu zachowań przybliżających do celu: „pozytywne emocje wynikają z działania w sposób zgodny z naszymi motywami (osiąganie pożądanego, nagradzającego celu), podczas gdy emocje negatywne wywołują niezgodność z motywami (oddalenie się od pożądanego celu lub zbliżanie się do awersyjnych, odstręczających celów)”¹³⁷. Jak mówi Philip G. Zimbardo, np. odczuwa się frustrację, gdy nie można działać w sposób pozwalający uzyskać to, co chce się pozyskać, gdy się założyło, że cel będzie osiągnięty¹³⁸. Znaczenie emocji w życiu człowieka, jak pisze Zimbardo, wynika z faktu, że pomagają one w „organizowaniu naszych doświadczeń, gdyż od nich zależy, na co zwracamy uwagę, a także wpływają na nasz sposób spostrzegania siebie i innych”¹³⁹, wskutek czego interpretuje się i zapamiętuje rozmaite sytuacje życiowe. Należałoby więc podkreślić, że doświadczenia wczesnego okresu egzystencji są dla dziecka szczególnie ważne: po pierwsze, warunkują sposób jego funkcjonowania w danej chwili życia, ponieważ dopiero gromadzi doświadczenia, i po drugie, zgromadzone z okresu dzieciństwa doświadczenia mogą znacząco wpłynąć na jego dalsze życie.

Zdobywanie przez dziecko doświadczeń jest nierozłącznie związane z procesami poznawczymi, z jego naturalną ciekawością świata. W swej teorii rozwoju intelektualnego Piaget stwierdzał, że „rozwój afektywny [...] postępuje w podobny sposób jak rozwój poznawczy, czyli struktury

¹³⁴ H.R. Schaffer, *Psychologia dziecka*, dz. cyt., s. 154.

¹³⁵ P.G. Zimbardo, *Psychologia i życie*, dz. cyt., s. 477.

¹³⁶ Tamże.

¹³⁷ Tamże.

¹³⁸ Por. tamże.

¹³⁹ Por. tamże.

afektywne są konstruowane tak, jak konstruowane są struktury poznawcze¹⁴⁰. Jednakże Izard zauważył, że „definiowanie emocji jako zawierających w sobie poznanie, utrudnia rozróżnienie poznania jako przyczyny emocji od poznania jako jej skutku”¹⁴¹. W procesie rozwoju istotne jest, jego zdaniem, że emocje to „jeden z podsystemów podmiotu i mogą rozwijać się one w różnym stopniu i tempie, ułatwiając lub utrudniając rozwój emocjonalny. Proces ten polega głównie na wykształceniu się związków między emocją a poznaniem oraz na kształtowaniu się wewnętrznie spójnych struktur poznawczych, emocjonalnych i struktur działań”¹⁴². Jednakże dla wielu badaczy to właśnie procesy poznawcze jawią się jako konieczne do poznania emocji¹⁴³.

Dla naukowców reprezentujących podejście poznawcze w procesie doznawania emocji (Richard Lazarus, Stanley Schachter, Nico H. Frijda), ważne jest pojęcie schematu, o którym w swojej koncepcji wspominał już Piaget¹⁴⁴. „Gdy rozwijają się poznawcze aspekty inteligencji, następuje też paralelny rozwój afektu. Mechanizmy konstruowania są takie same. Dzieci asymilują doświadczenia do schematów afektywnych w taki sam sposób, jak wchłaniają doświadczenia do struktur poznawczych”¹⁴⁵.

Proces doznawania emocji w życiu człowieka przebiega w ścisłym związku z rozwojem poznawczym, co współcześnie w literaturze funkcjonuje pod hasłem dwuczynnikowej teorii emocji, której autorami są Lazarus i Schachter. Jak wskazał Lazarus, „doświadczenia emocjonalnego nie da się zrozumieć w kategoriach tylko tego, co dzieje się w danej osobie czy w jej mózgu, lecz wynika ono z zachodzącej aktualnie interakcji (*transactions*) ze środowiskiem, które są oceniane”¹⁴⁶. Człowiek ocenia zarówno bodziec wywołujący, jak i pobudzenie fizjologiczne. Oba te czynniki niezbędne są do powstania emocji. Ocena poznawcza „w tym samym czasie dokonywana jest na podstawie sygnałów sytuacyjnych i czynników kontekstowych,

¹⁴⁰ Por. B.J. Wadsworth, *Teoria Piageta. Poznawczy i emocjonalny rozwój dziecka*, dz. cyt., s. 45.

¹⁴¹ H. Hurme, *Rozwój emocjonalny*, dz. cyt., s. 49.

¹⁴² Tamże.

¹⁴³ Por. tamże.

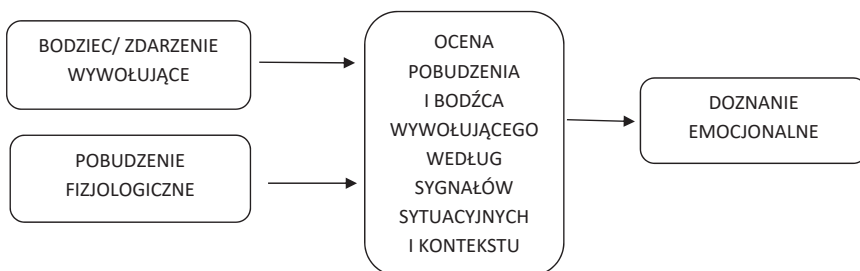
¹⁴⁴ Por. B.J. Wadsworth, *Teoria Piageta. Poznawczy i emocjonalny rozwój dziecka*, dz. cyt., s. 24–28.

¹⁴⁵ Tamże, s. 45.

¹⁴⁶ R.S. Lazarus, *On the Primacy of Cognition*, „American Psychologist” 1984, t. 39, nr 2, s. 124, cyt. za: P.G. Zimbardo, *Psychologia i życie*, dz. cyt., s. 479.

przy czym doświadczenie emocjonalne jest wynikiem interakcji poziomu pobudzenia i charakteru oceny¹⁴⁷. Poniżej opracowany został schemat poznawczej teorii pobudzenia¹⁴⁸.

Schemat 2. Schemat poznawczej teorii pobudzenia według R.S. Lazarusa



Źródło: opracowanie własne na podstawie: R.S. Lazarus, *On the Primacy of Cognition*, dz. cyt., s. 124.

Bazując na badaniach Lazarusa, Frijda opracował prawa odnoszące się do emocji, z których jedno głosi, że „emocje powstają w reakcji na strukturę znaczeniową danych sytuacji, odmienne emocje powstają w reakcji na odmienne struktury znaczeniowe”¹⁴⁹. Analogicznie przebiega sytuacja w procesie rozwoju struktur poznawczych. Dziecko zdobywa wiedzę i umiejętności intelektualne w konkretnych sytuacjach zadaniowych. Gromadzi jako doświadczenia takie, które wpisują się w znany mu schemat (asymilacja) lub modyfikują istniejący (akomodacja). Wskutek równoważenia tych procesów doskonalą się u dziecka rozwój poznawczy.

W rozwoju emocjonalnym dziecko zdobywa doświadczenia poprzez ocenę kontekstu sytuacyjnego. Wydarzenia, których jest uczestnikiem, mogą być dla niego istotne, w związku z czym je zapamiętuje. Hurme twierdzi, że „jeżeli wydarzenie prowadzi do realizacji celu jednostki, to fakt ten wzbudza emocje pozytywne, jeżeli uniemożliwia jego osiągnięcie, to w konsekwencji powstaje emocja negatywna”¹⁵⁰.

Lazarus na podstawie przeprowadzonych badań opisał „związek pomiędzy wcześniejszymi wydarzeniami, oceną tych wydarzeń i emocjami.

¹⁴⁷ P.G. Zimardo, *Psychologia i życie*, dz. cyt., s. 478.

¹⁴⁸ Por. tamże.

¹⁴⁹ N.H. Frijda, *The Laws of Emotions*, „American Psychologist” 1988, t. 43, nr 5, s. 349, cyt. za: H. Hurme, *Rozwój emocjonalny*, dz. cyt., s. 51.

¹⁵⁰ Por. H. Hurme, *Rozwój emocjonalny*, dz. cyt., s. 51.

W swoich rozważaniach stwierdził, że istnieje 15 emocji [...]. Każda z tych emocji posiada odmienny wątek lub fabułę, dotyczącą związków pomiędzy osobą a środowiskiem, które nazywa on podstawowymi tematami relacyjnymi (*core relational themes*)¹⁵¹.

Tabela 1. Emocje według R.S. Lazarusa

Emocje negatywne	Emocje pozytywne	Emocje mieszane
Gniew Lęk Strach Poczucie winy Wstyd Smutek Zawiść Zazdrość Wstręt	Szczęście Duma Ulga Miłość	Nadzieja Współczucie

Źródło: opracowanie własne na podstawie: H. Hurme, *Rozwój emocjonalny*, dz. cyt., s. 51.

Zdaniem Lazarusa pobudzenie emocji „nie jest możliwe bez poznawczej oceny sytuacji bodźcowej podmiotu i odniesienia jej do następstw, jakie dana sytuacja może mieć dla dobrostanu jednostki”¹⁵². Ocena poznawcza wywołujących bodźców jest – w kontekście oszacowania ich znaczenia dla jednostki – fundamentalna dla doznania danej emocji: „kluczem do wyróżnienia specyficznych emocji wzbudzanych w danej sytuacji bodźcowej jest typ zaangażowania *ego*”¹⁵³. Autor wskazuje na „sześć aspektów (typów) zaangażowania *ego*: (1) społeczny szacunek i szacunek do siebie samego; (2) wartości moralne; (3) ideały *ego* (4) znaczenia i idee; (5) inne osoby i ich dobrostan; (6) cele życiowe”¹⁵⁴. To, jaka wzbudzona zostanie emocja, zależy od aspektu *ego*, którego dotyczy sytuacja bodźcowa. Sytuacje bodźcowe zaś nie są tutaj prototypami wzbudzania emocji, ale podstawowym znaczeniem relacyjnym danych emocji¹⁵⁵, które według Lazarusa stanowią „molarną, poznawczo-relacyjno-motywacyjną istotę pewnej prototypowej emocji, konfigurację określającą główną szkodę lub korzyść wynikającą z danej relacji

¹⁵¹ Tamże, s. 51–52.

¹⁵² B. Danieluk, *Konceptualizacja poczucia winy i wstydu w ujęciu poznawczym i społecznym*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Sectio J” 2006, t. 19, s. 75.

¹⁵³ Tamże.

¹⁵⁴ Tamże.

¹⁵⁵ Por. H. Hurme, *Rozwój emocjonalny*, dz. cyt., s. 51.

między człowiekiem a jego otoczeniem”¹⁵⁶. Człowiek rozpatruje znaczenie danego bodźca w „wymiarze szkody–zagrożenia–korzyści”¹⁵⁷, wynikających z relacji ze środowiskiem i samym sobą.

Jako przykład zaprezentuję sytuację poznawczego wpływu na kształtowanie się negatywnej emocji w życiu dziecka, jaką stanowi wstyd. Zdaniem Lazarusa człowiek odczuje emocję wstydu, gdy temat relacyjny będzie dotyczył niemożności sprostanienia wymaganiom „ja idealnego”¹⁵⁸. W codzienności obejmuje to wszelkie sytuacje, w jakich dziecko uświadamia sobie swoje deficyty odróżniające je od powszechnie akceptowalnego schematu „ja idealnego”, do którego dąży, a którego oczekiwaniom nie może sprostać. Jako jeden z deficytów rozwojowych u dziecka definiuje się wady artykulacyjne – dyslalię. Zaburzenia w prawidłowej wymowie głosek stanowią deficyt bardzo często słyszalny dla otoczenia, zdarza się też, że dla samego dziecka. Uwagi zachęcające do poprawy wymowy u dziecka są dla niego w rozmaitych okolicznościach bodźcami (doświadczeniami), które interpretuje jako niemożność sprostanienia wymaganiom „ja idealnego”, czyli mówiącemu prawidłowo pod względem artykulacyjnym i w konsekwencji doznaje emocji, jaką jest wstyd. Intensywność owych doświadczeń wpływa na ogólny stan emocjonalny u dziecka. Jeśli młody człowiek często doświadczy sytuacji odnoszących się do tematu relacyjnego emocji wstydu, wtedy jego poziom funkcjonowania ulegnie obniżeniu, co utrudni podjęcie działania mającego na celu korygowanie deficytu. Jednocześnie sytuacja ta wygeneruje możliwość pojawienia się innych emocji z grupy negatywnych, np. gniewu czy lęku.

Z punktu widzenia prowadzonych w ramach tej pracy badań interesująca jest poznawczo-rozwojowa koncepcja emocji stworzona przez Kurta W. Fischera. Stanowi ona integrację dotychczas omówionych koncepcji, która najlepiej oddaje naturę emocji i pozwala na ich badanie w kontekście zaburzenia mowy.

W koncepcji Fischera „emocje pojawiają się w momencie dostrzeżenia i oceny dającej się zauważyć zmiany; zmiana ta musi mieć znaczenie dla jednostki”¹⁵⁹. Poznawcza ocena danej sytuacji pozwala człowiekowi określić,

¹⁵⁶ R. Lazarus, *Uniwersalne zdarzenia poprzedzające emocje*, w: *Natura emocji. Podstawowe zagadnienia*, dz. cyt., s. 147.

¹⁵⁷ B. Danieluk, *Konceptualizacja poczucia winy i wstydu w ujęciu poznawczym i społecznym*, dz. cyt., s. 5.

¹⁵⁸ Por. H. Hurme, *Rozwój emocjonalny*, dz. cyt., s. 51.

¹⁵⁹ Tamże, s. 53.

czy osiągnięcie on cel dla niego istotny. Zdaniem Fischera człowiek doświadcza emocji pozytywnych, gdy „osiągnięcie celu jest ułatwione”¹⁶⁰, a negatywnych, „kiedy jednostka napotyka wydarzenia, które przeszkadzają w osiągnięciu celu”¹⁶¹. W swojej koncepcji Fischer dzieli emocje na dwie grupy: pozytywne i negatywne¹⁶². Następnie wskazuje na dwa ich poziomy: emocje podstawowe i podrzędne. Na poziomie emocji podstawowych pozytywnych umieszcza miłość i radość, zaś spośród negatywnych wyróżnia na nim: złość, smutek i lęk. Na tym poziomie, zdaniem Fischera, emocje nie są warunkowane społecznie, ale są one, bez względu na kontekst kulturowy, takie same dla wszystkich. Dopiero na trzecim poziomie, na którym występują tzw. kategorie emocji podrzędnych, dostrzega warunkowanie kulturowe. Emocje w tej grupie „rozwijają się znacząco później niż kategorie podstawowe”¹⁶³; są ponadto warunkowane doświadczeniami społecznymi.

Koncepcja Fischera w kilku założeniach podobna jest do teorii rozwoju intelektualnego Piageta. Obaj uważali, że w rozwoju nie należy oddzielać procesu poznania od emocjonalnego wzrostu człowieka¹⁶⁴. Twórca koncepcji poznawczo-rozwojowej emocji zakładał, że wszystkie dzieci rodzą się z „kilkoma specyficznymi dla gatunku ludzkiego kategoriami emocji”¹⁶⁵, tzn. z emocjami podstawowymi: „każdej z emocji towarzyszy zestaw tendencji działania, który organizuje skrypt związany z tą emocją. Skrypty te tworzą prototyp każdej emocji. Są one konsekwencją rozwoju poznawczego i wpływów socjalizacyjnych”¹⁶⁶. W procesie rozwoju dziecko doskonali podstawowe zasoby emocjonalne, które wskutek nabywanego doświadczenia stają się coraz bardziej szczegółowe, prowadząc do odczuwania emocji podrzędnych¹⁶⁷. Jak wskazuje Fischer, rozwój emocjonalny zaczyna się w okresie niemowlęcym od pierwszych, prymitywnych odruchów stanowiących

¹⁶⁰ Tamże.

¹⁶¹ Tamże.

¹⁶² K.W. Fischer, P.R. Shaver, P. Carnochan, *How Emotions Develop and How They Organise Development*, „Cognition and Emotion” 1990, t. 4, nr 2, s. 89–92.

¹⁶³ Por. H. Hurme, *Rozwój emocjonalny*, dz. cyt., s. 54.

¹⁶⁴ Por. K.W. Fischer, P.R. Shaver, P. Carnochan, *How Emotions Develop and How They Organise Development*, dz. cyt., s. 98; B.J. Wadsworth, *Teoria Piageta. Poznawczy i emocjonalny rozwój dziecka*, dz. cyt., s. 43.

¹⁶⁵ Tamże, s. 54.

¹⁶⁶ Tamże.

¹⁶⁷ Por. K.W. Fischer, P.R. Shaver, P. Carnochan, *How Emotions Develop and How They Organise Development*, dz. cyt., s. 99.

podstawowe składniki dalszego wzrostu i doskonalenia bardziej złożonych emocji¹⁶⁸.

Fischer, podobnie jak to było w rozwoju intelektualnym u Piageta, podzielił rozwój emocjonalny dziecka na cztery poziomy, niespójne pod względem czasowym. Według Fischera pierwszy poziom rozwoju emocjonalnego przypada na okres czterech pierwszych miesięcy życia dziecka, kiedy to niemowlęta stopniowo tworzą podstawowe elementy działania sensomotorycznego, obejmujące ruch, percepcję i odczuwanie¹⁶⁹. Za pomocą odruchów, jeszcze znacząco ograniczonych w przestrzeni, dziecko wyraża swoje emocje i potrzeby, jednocześnie nawiązując kontakt z otaczającym je światem, np. jeśli chodzi o emocję, jaką stanowi gniew, już w 1. miesiącu życia potrafi ono wyrazić swoje poczucie złości. Czyni to nie tylko za pomocą mimiki twarzy, ale również, jak wskazuje Fischer, za pomocą takich odruchów, jak: uderzenie, zaciskanie przedmiotu lub dłoni, odwracanie wzroku czy napięcie całego ciała¹⁷⁰. Około 2. miesiąca życia dziecko za pomocą uśmiechu zaczyna wyrażać drugą z podstawowych emocji, czyli radość¹⁷¹. Od 4. miesiąca do końca 2. roku życia, zdaniem Fischera, dziecko znajduje się na drugim poziomie rozwoju emocjonalnego, na którym kontroluje swoje działania sensomotoryczne poprzez doskonalącą się zdolność i złożoność koordynacji odruchów¹⁷². Fischer na przykładzie dziecięcej zabawy piłką opisuje, jak znaczący postęp w zakresie kontrolowania ruchów i samodzielności u dziecka pozwala na zdobywanie nowych doświadczeń, czego konsekwencją jest doskonalenie skryptów dla emocji podstawowych. Od końca 2. roku życia rozpoczyna się trzeci poziom rozwoju emocjonalnego, który, według Fischera, potrwa przez najbliższe około 8 lat życia dziecka. Większość doświadczeń związanych z jego rozwojem emocjonalnym w tym okresie dotyczy, jak zaznacza Fischer, zabaw w „udawanie”¹⁷³. Uaktywniająca się w tzw. zabawach „na niby” spontaniczność pozwala dziecku wyrazić szeroki zakres emocji towarzyszących mu na co dzień. Okres wczesnego dzieciństwa (czas edukacji przedszkolnej) wypełniony jest zabawą, której w dużym stopniu organizatorami są dzieci. Podczas spontanicznych zabaw

¹⁶⁸ Por. tamże.

¹⁶⁹ Por. tamże, s. 101.

¹⁷⁰ Por. tamże.

¹⁷¹ Por. H. Hurme, *Rozwój emocjonalny*, dz. cyt., s. 54.

¹⁷² Por. K.W. Fischer, P.R. Shaver, P. Carnochan, *How Emotions Develop and How They Organise Development*, dz. cyt., s. 99.

¹⁷³ Por. tamże, s. 105.

najśmielej wyrażają one za pomocą mimiki, gestów, okrzyków czy zaangażowania swoje emocje. Według Fischera dzieci dzięki przedmiotom (np. lalkom) lub samodzielnemu odegraniu jakiejś roli wyrażają odczuwane przez siebie emocje. Na początku owego poziomu rozwojowego są to proste skrypty, np. radość to pocałunek, złość to uderzenie, smutek to płacz. „Wraz z rozwojem języka jednostka uczy się nazywać swoje emocje i jest w stanie wyrażać je w zupełnie nowy sposób”¹⁷⁴ – dodaje Hurme.

W opracowaniu zatytułowanym. *How Emotions Develop and How They Organise Development*¹⁷⁵ opisano za pomocą wypowiedzi dzieci, w jaki sposób ewoluuje świadomość doznawanych emocji u dziecka od końca 2. aż do przełomu 6./7. roku życia¹⁷⁶. W tym okresie rozwojowym skrypty używane przez dziecko do wyrażania emocji podstawowych są jeszcze w dużym stopniu ograniczone do konkretów, ludzi lub sytuacji związanych z jego życiem; dzieci nie są jeszcze uzdolnione do uogólniania społecznego w kontekście emocji¹⁷⁷. Dzięki słowom uczą się coraz dokładniej wyrażać złożoność skryptów wiążących się z emocjami. Pojawia się zdolność nazywania swoich emocji i stanów, których obserwację doskonałą w kontekście innych osób. Za przykład może posłużyć wypowiedź zaczerpnięta z opracowania Fischera. Badacz przytacza słowa dziecka w wieku około 7 lat: „Czasami, kiedy cię uderzę, a potem chcę cię pocieszyć, ty odpychasz mnie, bo wciąż jesteś zły”¹⁷⁸. Podobnie proces zdobywania doświadczenia postrzegał w swej teorii Piaget, akcentując, że dla dziecka w tym okresie rozwoju najważniejsza jest możliwość samodzielnego poszukiwania rozwiązań i gromadzenia w procesach umysłowych nowych struktur poznawczych. Fischer ponadto stwierdza, że od około 10. roku życia dzieci zaczynają opracowywać swoje skrypty emocjonalne na podstawie abstrahowania, co cechuje myślenie osób dorosłych. Do 12. roku życia trwa czwarty poziom w poznawczo-rozwojowej koncepcji emocji.

Poznawczo-rozwojowa koncepcja jest, według Fischera, niejako próbą integracji podstawowych teorii dotyczących natury emocji¹⁷⁹. Badacz

¹⁷⁴ Por. H. Hurme, *Rozwój emocjonalny*, dz. cyt., s. 54.

¹⁷⁵ „Jak rozwijają się emocje i jak organizują rozwój”.

¹⁷⁶ Por. K.W. Fischer, P.R. Shaver, P. Carnochan, *How Emotions Develop and How They Organise Development*, dz. cyt., s. 106.

¹⁷⁷ Por. tamże.

¹⁷⁸ „Sometimes when I hit you and then I want to comfort you, you push me away because you're still angry”, s. 106.

¹⁷⁹ Por. H. Hurme, *Rozwój emocjonalny*, dz. cyt., s. 53.

w odniesieniu do teorii zorientowanych biologicznie wskazuje grupę emocji podstawowych dla wszystkich ludzi, niezależnie od kontekstu kulturowego czy społecznego. Proces rozwoju emocji podrzędnych to „rozbudowywanie” skryptów emocji podstawowych. Człowiek ocenia zdarzenie, kategoryzuje je do danego skryptu emocji, zorientowanego wokół emocji podstawowych, związanych z prototypowymi skryptami zdarzeń¹⁸⁰. Za każdym doświadczeniem emocja podstawowa jest aktywowana, co kształtuje nowe zachowania – doskonalsze wraz z wiekiem rozwojowym. Fischer wskazał na „krótkoterminową reakcję behawioralną” odnoszącą się do danego doświadczenia emocji, a „rozwój długoterminowy” w kontekście doskonalenia zasobów emocjonalnych¹⁸¹, definiując rozwój emocjonalny jako zdolność kontrolowania coraz bardziej złożonych umiejętności wpływających na rozmaite aspekty emocji, od oceny do samokontroli emocjonalnej¹⁸². Doskonające się umiejętności są konsekwencją rozwoju poznawczego u dziecka, a wielość doświadczeń wynika z warunków społeczno-kulturowych.

1.6. Rozwój mowy

Przyjrzyć się teraz rozwojowi mowy u dziecka. Stanisław Grabias twierdzi, że „mowa [...] realizuje się jednocześnie w sferze biologicznej, psychologicznej i społecznej”¹⁸³. Na rozwój mowy, a także na zaburzenia w jej zakresie warto spojrzeć holistycznie, przez pryzmat wszystkich obszarów rozwojowych. Ponadto należy uwypuklić zależności występujące w rozwoju mowy, związane z innymi obszarami rozwojowymi.

Jak wskazała Genowefa Demel, „o ile aparat mowy jest filogenetycznie ukształtowany, a jego cechy są przekazywane dziedzicznie, o tyle sama czynność mowy jest sprawnością, która musi być nabywana przez każdego osobnika na drodze uwarunkowań społecznych poprzez kontakt z otoczeniem ludzkim”¹⁸⁴. Dziecko od pierwszych chwil po narodzeniu, mając prawidłowe

¹⁸⁰ Por. K.W. Fischer, P.R. Shaver, P. Carnochan, *How Emotions Develop and How They Organise Development*, dz. cyt., s. 81.

¹⁸¹ Por. tamże.

¹⁸² Por. tamże.

¹⁸³ S. Grabias, *Teoria zaburzeń mowy. Perspektywy badań, typologie zaburzeń, procedury postępowania logopedycznego*, w: *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy*, red. S. Grabias, M. Kurkowski, Lublin 2014, s. 22.

¹⁸⁴ G. Demel, *Elementy logopedii*, dz. cyt., s. 18.

warunki w obrębie zespołu orofacialnego¹⁸⁵, podejmuje wysiłek zdobywania sprawności przygotowującej do rozwoju mowy w aspekcie artykulacyjnym. Jak podaje Demel, „dziecko uczy się używać krtani, języka, warg, podniebienia i szczęki do produkowania dźwięków, chociaż pierwotnie (biologicznie) są to narządy przeznaczone do oddychania, żucia i połykania”¹⁸⁶. Zdaniem Danuty Pluty-Wojciechowskiej stanowią one czynności prymarne w odniesieniu do mowy, która jest czynnością sekundarną, wtórną¹⁸⁷. W literaturze logopedycznej dostrzega się pewną nieścisłość terminologiczną, wynikającą z faktu używania pojęcia narządu mowy. Pluta-Wojciechowska pisze: „Układ oddechowy i jama ustna zostały zatem w sposób wtórny wykorzystane dla potrzeb artykulacyjnych, a tzw. narządy mowy są w istocie ich pierwotnej funkcji narządami oddychania i przyjmowania pokarmów”¹⁸⁸. Zdolność wykorzystania układu oddechowego i jamy ustnej do czynności sekundarnej, jaką jest mowa artykułowana, to atrybut tylko jednego przedstawiciela z gatunku ssaków – człowieka. W pracach poświęconych zagadnieniu mowy artykułowanej „wskazuje się na różne czynniki, które mogły mieć znaczenie w jej powstaniu: przemiany fizyczne organizmu, zmiany psychologiczne i społeczne, zmianę organizacji życia, rozwój mózgu itd.”¹⁸⁹. Na przestrzeni setek tysięcy lat człowiek wykształcił w sobie zdolność komunikowania się, w tym także za pomocą języka mówionego. Proces wykorzystania aparatu oddechowego i jamy ustnej do tworzenia mowy artykułowanej jest warunkowany biologicznie, ale ściśle powiązany również z kontekstem kulturowym. Około dziewiątego miesiąca życia dziecko zaczyna przejawiać zachowania, które bezpośrednio związane są ze specyficzną dla gatunku ludzkiego umiejętnością postrzegania innych ludzi jako „takich jak ja”¹⁹⁰. W doskonaleniu tej umiejętności istotne znaczenie ma uczenie się warunkowane kulturowo, które wiąże się z nabywaniem wiedzy i umiejętności w obrębie danej grupy społecznej¹⁹¹. Dziecko przejmuje ze środowiska, w którym żyje, wzorce zachowania się, zasoby kulturowe, w tym także sam język jako

¹⁸⁵ Por. D. Pluta-Wojciechowska, *Zaburzenia czynności prymarnych i artykulacji. Podstawy postępowania logopedycznego*, Bytom 2013, s. 18–19.

¹⁸⁶ G. Demel, *Elementy logopedii*, dz. cyt., s. 18.

¹⁸⁷ Por. D. Pluta-Wojciechowska, *Zaburzenia czynności prymarnych i artykulacji...*, dz. cyt., s. 21–24.

¹⁸⁸ Tamże, s. 28.

¹⁸⁹ Tamże, s. 25.

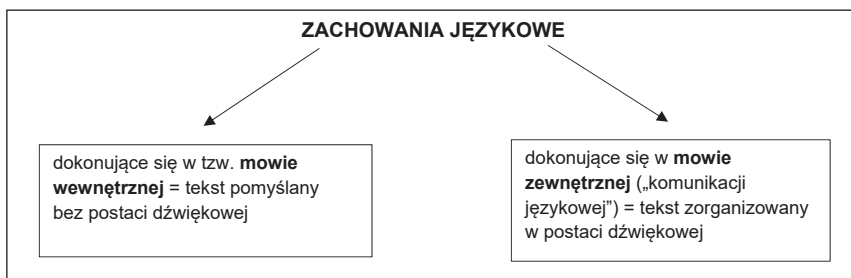
¹⁹⁰ Tamże, s. 33.

¹⁹¹ Por. tamże.

sposób komunikacji z innymi członkami społeczności i nawiązywania relacji z nimi. Biologiczne uwarunkowanie związane z umiejętnością wydawania przez człowieka dźwięków nie miałyby zatem takiego znaczenia gdyby nie kontekst społeczno-kulturowy.

W tej monografii mowa będzie interpretowana zgodnie z definicją Grabiasa, który określa ją jako „zespół czynności, jakie przy udziale języka wykonuje człowiek, poznając świat i przekazując jego interpretację innym uczestnikom życia społecznego”¹⁹². Jak podkreśla sam autor, definicja ta odbiega od powszechnie funkcjonujących nurtów, które z jednej strony albo uwzględniają tylko biologiczny aspekt mówienia, albo utożsamiają mowę z komunikacyjnym zachowaniem się człowieka. Dla Grabiasa pojęcie mowy jest tożsame z pojęciem zachowania językowego¹⁹³. Poniżej przedstawiam schemat własnego autorstwa na podstawie literatury przedmiotu.

Schemat 3. Zachowania językowe według S. Grabiasa



Źródło: opracowanie własne na podstawie: S. Grabias, *Teoria zaburzeń mowy...*, dz. cyt., s. 15–16.

Przytoczona definicja „ujmuje swoim zakresem trzy rodzaje zachowań”¹⁹⁴ pełniących określone funkcje:

1. „Czynności poznawcze człowieka;
2. Językowe czynności komunikacyjne;
3. Czynności socjalizacyjne i grupotwórcze”¹⁹⁵.

Grabias wskazuje, że współcześnie można wyodrębnić sferę językowych zachowań wspólnych, łączących wszystkich uczestników grupy społecznej, i sferę zachowań indywidualnych, przynależnych pojedynczym członkom.

¹⁹² S. Grabias, *Teoria zaburzeń mowy...*, dz. cyt., s. 15.

¹⁹³ Tamże.

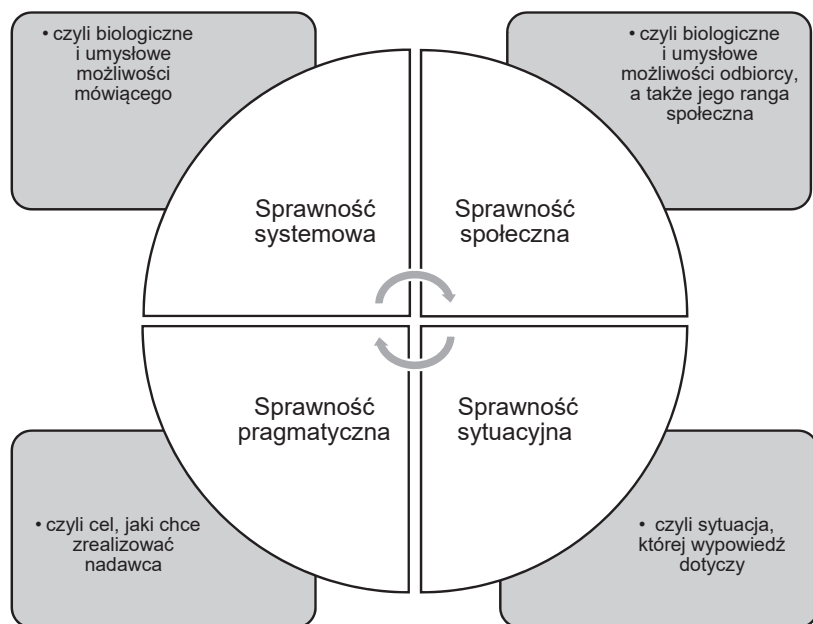
¹⁹⁴ Tamże.

¹⁹⁵ Tamże.

W odniesieniu do zachowań wspólnych mówi się o „kompetencji językowej”, czyli „wiedzy pozwalającej budować zdania gramatycznie poprawne”, i „kompetencji komunikacyjnej”, tj. „wiedzy umożliwiającej budowanie sensownych wypowiedzi”¹⁹⁶. Natomiast sfera zachowań indywidualnych uwarunkowana jest psychicznymi i fizycznymi możliwościami jednostki.

Grabias wyraził również przekonanie, że „wszystkie reguły budowania wypowiedzi da się ująć w następującą formułę: «kształt wypowiedzi zależy od tego, kto, do kogo, w jakiej sytuacji i w jakim celu mówi»”¹⁹⁷. Powyższa formuła stanowi sumę sprawności, które dotyczą nadawcy i odbiorcy komunikatu, sytuacji, w której są nadawca i odbiorca, oraz zamierzonego celu wypowiedzi. Graficzną ilustrację tej formuły prezentuje schemat nr 4.

Schemat 4. Sprawności niezbędne w budowaniu wypowiedzi według S. Grabiasa



Źródło: opracowanie własne na podstawie: S. Grabias, *Teoria zaburzeń mowy...*, dz. cyt., s. 22–23.

Z biologicznego punktu widzenia człowiek wtórnie wykorzystał aparat oddechowy i jamę ustną do realizacji artykulacyjnych aspektów mowy. Stąd też istotne jest zwrócenie uwagi na anomalie rozwojowe w obrębie

¹⁹⁶ Por. tamże, s. 21–22.

¹⁹⁷ Tamże.

kompleksu ustno-twarzowego, które mogą wpływać na poziom artykulacyjny¹⁹⁸. Człowiek jako jedyny przedstawiciel istot żywych posiada język, który „jawi się jako zjawisko o niebywałej komplikacji”, a którego opanowanie możliwe jest dzięki „dalece ustrukturowanemu bytowi, jakim jest ludzki mózg”¹⁹⁹. Czynności poznawcze realizuje za pomocą języka, a ich wynik stanowi konstruowana pojęciowo wiedza. Ilość doświadczeń poznawczych, które w znacznym stopniu są efektem interakcji społecznych, rozbudowuje schematy umysłowe²⁰⁰. Zatem na rozwój mowy należy popatrzeć przez pryzmat fizycznych zmian, które rozpoczynają się w okresie życia prenatalnego, a postępują w kolejnych latach życia dziecka, natomiast dalej, przez wzgląd na rozwój struktur poznawczych, które pozwalają nabywać i doskonalić sprawności dotyczące zachowań językowych, jak również ze względu na aspekt związany ze społecznym procesem kształtowania się kompetencji komunikacyjnych i językowych.

Opisując etapy rozwoju mowy dziecka, należy rozpocząć rozważania od okresu życia prenatalnego, który stanowi, według Leona Kaczmarka, etap przygotowawczy, zwany również wstępnym lub zerowym²⁰¹. Charakteryzuje go duża dynamika i intensywność zmian rozwojowych. Jak wskazuje Dorota Kornas-Biela, „im wcześniejszy etap rozwoju, tym bardziej burzliwe tempo zmian. Godziny liczą się wtedy jak miesiące, a dni jak lata”²⁰². Syntetyczny opis dynamiki rozwoju w okresie prenatalnym zawiera tabela nr 2.

Okres życia prenatalnego to etap przygotowawczy do życia poza łonem matki. W okresie tych dziewięciu miesięcy powinny ukształtować się i rozwinąć narządy ludzkiego organizmu, a także podjąć swoje funkcje układy, które są niezbędne dla człowieka do przeżycia. Od pierwszych miesięcy życia prenatalnego można obserwować, jak organizm przygotowuje się do podjęcia aktywności związanej z rozwojem mowy, jej nadawaniem i odbiorem²⁰³.

¹⁹⁸ Por. D. Pluta-Wojciechowska, *Zaburzenia czynności prymarnych i artykulacji...*, dz. cyt., s. 36–37.

¹⁹⁹ S. Grabias, *Teoria zaburzeń mowy...*, dz. cyt., s. 23.

²⁰⁰ Por. A. Skoczek, *Zaburzenia kompetencji komunikacyjnej u dzieci z SLI – specyficznymi zaburzeniami rozwoju językowego, na przykładzie procesu argumentowania*, w: *Studia z logopedii i neurologopedii*, red. I. Nowakowska-Kempna, Kraków 2012, s. 142.

²⁰¹ Por. L. Kaczmarek, *Nasze dziecko uczy się mowy*, dz. cyt., s. 65.

²⁰² D. Kornas-Biela, *Okres prenatalny*, w: *Psychologia rozwoju człowieka. Podręcznik akademicki*, red. J. Trempała, dz. cyt., s. 169.

²⁰³ Por. L. Kaczmarek, *Nasze dziecko uczy się mowy*, dz. cyt., s. 39–40.

Tabela 2. Fazy rozwoju prenatalnego dziecka

TRYMESTR	MIESIĄC	FAZA	OPIS
I	I	FAZA JAJA PŁODOWEGO	W wyniku zapłodnienia komórki jajowej przez plemnik powstaje zygota, która jest pierwszą komórką nowego organizmu, określającą wszystkie cechy dziedziczne. Od momentu zapłodnienia będą następowały liczne podziały zapłodnionej komórki oraz zagnieżdżenie się jej w ścianie macicy.
		FAZA ZARODKOWA (EMBRIONALNA)	Po upływie pierwszego miesiąca rozwoju prenatalnego zarodek ludzki, składający się już z kilku milionów komórek, ma około 0,5 cm długości i waży poniżej 1 g, w tym czasie rozpoczyna się intensywny proces organogenezy. Kształtują się zaczątki układu nerwowego , zawiązki kręgow. W 21. dniu życia zarodkowego zaczyna pracę cewa sercowa. Pod koniec czwartego tygodnia pojawiają się zawiązki: nerek, wątroby, trzustki, pęcherzyka żółciowego, żołądka, narządów płciowych, jelit, płuc , tarczycy, kończyn, oczu, uszu i nosa oraz otwór ustny .
	II		Ten miesiąc w rozwoju prenatalnym to intensywny okres neurogenezy. Wszystkie narządy wewnętrzne są ukształtowane i spełniają swoje podstawowe funkcje. Pojawiają się zawiązki dłoni i stóp. Dziecko kończące embrionalny okres swojego życia ma około 5 cm długości. „Wyglądem przypomina miniaturowego człowieka”, którego głowa stanowi połowę długości ciała, a tułów jest zaokrąglony. W tym okresie rozwojowym wzrasta wrażliwość na działanie czynników szkodliwych, tzw. taratogenów.
II	III		Rozpoczyna się proces udoskonalania organogenezy. Na ciele dziecka pojawia się meszek płodowy, zawiązki paznokci oraz doskonalą się zewnętrzne części narządów płciowych. W połowie tego miesiąca wzrasta wrażliwość dotykowa okolic twarzy oraz kształtują się struny głosowe . Dziecko ma około 7,5 cm wzrostu i 14 g wagi.
	IV	FAZA PŁODOWA	Narządy dojrzewają i wykonują już wiele funkcji, np. serce jest w stanie przepompować około 30 l krwi dziennie. Mózg dziecka rozwija się dynamicznie w wyniku namnażania się neuronów i tworzenia nowych połączeń synaptycznych. W 13. tygodniu pojawiają się pierwsze spontaniczne ruchy oddychania, polegające na skurczach klatki piersiowej . Dziecko na całej powierzchni swojego ciała staje się wrażliwe na dotyk. W tym okresie przyrost ciała dziecka może sięgnąć do 15 cm, a jego waga zwiększyć się do 20 dag.
	V		Miedzy czwartym i piątym miesiącem życia dziecko zaczyna reagować na bardzo silne dźwięki . Następuje porost włosów, brwi i rzęs; pojawiają się paznokcie. Ruchy dziecka w łonie matki doskonalą się i są coraz bardziej dla niej wyczuwalne. Wzrasta również wrażliwość zmysłu smaku. W 5. miesiącu dziecko mierzy już około 25 cm i waży do 40 dag.

Tabela 2. cd.

TRYMESTR	MIESIĄC	FAZA	OPIS
II	VI	FAZA PŁODOWA	Proporcje ciała zaczynają zbliżać się do tych, jakie będzie miało po urodzeniu, osiąga ono około 35 cm wzrostu i waży od 50 do 70 dag. Jego ciało pokrywa maź płodowa, wytwarzają się więzadła stawowe, szkielet intensywnie kostnieje. Można już zaobserwować okresy silnej ruchliwości i spokoju u dziecka, co wiąże się ze stanem snu i czuwania. W tym miesiącu ulega otwarciu szpara powiekowa. Kończy się rozwój komórek i zwojów nerwowych, a następuje mielinizacja mózgowia (której proces zakończy się około siódmego roku życia).
III	VII		Zmniejsza się przestrzeń wokół dziecka, jednak wciąż doskonale precyzję swoich ruchów ciała oraz tych związanych z mimiką twarzy. Można zaobserwować następujące odruchy: ssania, poszukiwania pokarmu, kroczenia, Moro, chwytny.
	VIII		Pełny wzrost dziecka, jaki osiągnie w tym miesiącu, to około 45 cm, a jego waga oscyluje w granicach 180–220 dag. Przyrost tkanki tłuszczowej powoduje, że skóra dziecka wygładza się i różowieje; ciało przybiera zaokrąglone kształty. Narządy doskonałą swoje funkcje, czego efektem jest przygotowywanie organizmu do funkcjonowania poza tonem matki. Serce dziecka jest już w stanie przetoczyć około 300 l krwi dziennie.
	IX		Okolo 2–3 tygodni przed porodem dziecko przestaje już tak intensywnie rosnąć. Charakterystyczna dla tego okresu rozwoju jest wzrastająca zdolność dziecka do przeżycia poza organizmem matki. Dzięki pępowinie i łożysku dziecko przez cały okres życia prenatalnego miało bezpośredni kontakt z matką. W wyniku tego kontaktu dostarczane mu były z organizmu matki niezbędne do życia substancje, np. tlen, substancje energetyczne, budulcowe itp.

Źródło: opracowanie własne na podstawie: D. Kornas-Biela, *Wokół początku życia ludzkiego*, Warszawa 2002; E. Lichtenberg-Kokoszka, *Ciąża zagadnieniem biomedycznym i psychopedagogicznym*, Kraków 2008; D. Kornas-Biela, *Okres prenatalny*, dz. cyt.

Rozwój mowy dziecka stanowi przedmiot zainteresowań badaczy wielu dyscyplin naukowych, na których gruncie powstały liczne periodyzacje rozwoju mowy. Trzeba wspomnieć m.in. prace: Andrzeja Jurkowskiego, Stefana Szumana, Leona Kaczmarka, Pawła Smoczyńskiego czy Marii Zarębiny. W pierwszej kolejności przedstawię szczegółową analizę periodyzacji rozwoju mowy autorstwa Kaczmarka, która należy do klasyki polskiej literatury przedmiotu. Następnie, odnosząc się do współczesnej literatury przedmiotu, zaprezentuję jeden z najnowszych podziałów, którego autorem jest Józef Porayski-Pomsta.

Od chwili narodzin do końca pierwszego roku życia, według periodyzacji rozwoju mowy autorstwa Kaczmarka, dziecko znajduje się w okresie melodii (sygnału, apelu)²⁰⁴. Formy wokalne, jakie dostępne są mu na tym etapie życia, przygotowują aparat oddechowy, fonacyjny i artykulacyjny do aktywności związanej z rozwojem mowy w późniejszych latach życia²⁰⁵. Pierwsze formy wokального komunikowania się dziecka z otoczeniem związane są z krzykiem i płaczem. Potrzeba około 2 do 3 tygodni życia dziecka, kiedy to matka zaczyna rozróżniać rodzaje krzyku spowodowane głodem, bólem czy dyskomfortem związanym z potrzebami fizjologicznymi. Wówczas zaczyna ona odpowiednio reagować na dany krzyk i płacz, a dla dziecka staje się to komunikatem zwrotnym, że jego potrzeby zostają zaspokojone. Płacz i krzyk dziecka w pierwszych miesiącach życia, jak podaje Elżbieta Maria Minczakiewicz, nie tylko służy komunikowaniu się z otoczeniem i doskonaleniu aparatu oddechowo-artykulacyjnego, ale jest również źródłem wiedzy diagnostycznej o dziecku. Jak wskazuje autorka na podstawie prowadzonych badań, obserwuje się różnice w sposobie płaczu i krzyku u dzieci zdrowych i tych z różnego rodzaju zaburzeniami, np. z zespołem Downa czy z opóźnieniem rozwoju umysłowego²⁰⁶.

W tym samym czasie pojawia się również tzw. uśmiech społeczny będący reakcją dziecka na bliskość osób z otoczenia, które są źródłem pozytywnych bodźców wzrokowych, słuchowych i dotykowych²⁰⁷. Pod koniec drugiego miesiąca życia w repertuarze wokalnym dziecka pojawia się tzw. głużenie, które jest odruchem bezwarunkowym²⁰⁸: „Dziecko wytwarza przypadkowe dźwięki gardłowe tylnojęzykowe, wybuchowe pojedyncze lub w połączeniu z samogłoskami”²⁰⁹. Gdy dziecko kończy pół roku, powinno pojawić się u niego gaworzenie, którego mechanizm powstawania „polega na słuchowym sprzężeniu zwrotnym, tj. adekwatnym powtarzaniu dźwięków z użyciem samokontroli słuchowej”, a dla otoczenia dziecka słyszalne jest jako „wymawianie zespołu sylab”, np. ma-ma, la-la, nieposiadających jeszcze określonego znaczenia²¹⁰. Pojawienie się u dziecka gaworzenia jest

²⁰⁴ Por. tamże, s. 66–67.

²⁰⁵ Por. D. Pluta-Wojciechowska, *Zaburzenia czynności prymarnych i artykulacji...*, dz. cyt., s. 48–49.

²⁰⁶ Por. E.M. Minczakiewicz, *Mowa. Rozwój – zaburzenia – terapia*, dz. cyt., s. 66–67.

²⁰⁷ Por. G. Demel, *Elementy logopedii*, dz. cyt., s. 19.

²⁰⁸ Por. E.M. Minczakiewicz, *Mowa. Rozwój – zaburzenia – terapia*, dz. cyt., s. 67.

²⁰⁹ B. Sawa, *Dzieci z zaburzeniami mowy*, dz. cyt., s. 22.

²¹⁰ Por. G. Demel, *Elementy logopedii*, dz. cyt., s. 20.

możliwe tylko wówczas, gdy prawidłowo rozwija się u niego słuch. „Pierwociny mowy polegają na kojarzeniu ruchów mownych, uczucia tych ruchów oraz towarzyszących im (tj. równoczesnych) wrażeń słuchowych”²¹¹, pisze Demel. Za Marią Kielar-Turską wskazuję podział gaworzenia na stadia, co przekierowuje dotychczasowy sposób analizowania tego zjawiska. Autorka wskazuje następujące okresy w gaworzeniu:

1. Od narodzin do 8. tygodnia życia – odruchowy krzyk i życiowe odgłosy.
2. Od 8. do 20. tygodnia – stadium gruchania i śmiechu.
3. Od 16. do 30. tygodnia – zabawy wokalne.
4. Od 25. do 50. tygodnia – samonaśladowe gaworzenie.
5. Od 9. do 18. miesiąca – gaworzenie i ekspresywna mowa niezrozumiała²¹².

Od około 9. miesiąca życia w repertuarze wokalnym dziecka pojawiają się tzw. echolalie²¹³, które – jak wskazał Piaget – nie mają jeszcze treści znaczeniowej, ale stanowią istotny element rozwoju mowy, „w którym dziecko poprzez obserwację i naśladowanie najbliższego otoczenia nabywa umiejętności odtwarzania ruchów mownych oraz fraz”²¹⁴. Wszystkie formy wokalne tego okresu życia dziecka mają istotne znaczenie, gdyż są wskaźnikiem potwierdzającym dokonywanie się w mózgu dziecka istotnych zmian rozwojowych:

[...] w toku głużenia, a potem gaworzenia dziecko zaczyna kojarzyć obraz otaczających je przedmiotów z ich dźwiękowymi odpowiednikami. W ośrodkowym układzie nerwowym dziecka dokonuje się proces kojarzenia (złożona czynność umysłowa). Dziecko zaczyna rozumieć to, co do niego mówimy, jak również podejmować próby wymawiania pierwszych wyrazów, które są nazwami przedmiotów (posiadającymi określone znaczenie). Bez kojarzenia wypowiedziane dźwięki nie miałyby sensu, byłyby pustymi pozbawionymi treści ćwiczeniami. Brak odpowiedników treściowych w umyśle dziecka uniemożliwia mówienie i rozumienie (nadawanie i odbiór)²¹⁵.

²¹¹ Tamże, s. 21.

²¹² Por. M. Kielar-Turska, *Rozwój sprawności językowych i komunikacyjnych*, w: *Diagnoza logopedyczna. Podręcznik akademicki*, red. E. Czaplewska, S. Milewski, Sopot 2012, s. 26.

²¹³ Por. J. Piaget, *Mowa i myślenie*, dz. cyt., s. 37.

²¹⁴ A. Hamerlińska-Latecka, *Dyslalia. Psychospołeczny aspekt terapii logopedycznej*, Bydgoszcz 2012, s. 27.

²¹⁵ E.M. Minczakiewicz, *Mowa. Rozwój – zaburzenia – terapia*, dz. cyt., s. 67.

W 9. miesiącu życia w rozwoju dziecka powinien pojawić się gest wskazywania palcem, kształtuje się pole wspólnej uwagi oraz rozumienie intencji komunikacyjnych²¹⁶, co stanowi znaczący postęp na drodze rozwoju kompetencji w zakresie zachowań językowych.

Od odruchów bezwarunkowych, do których należy głużenie u dziecka, poprzez doskonalenie aparatu artykulacyjnego w procesie gaworzenia, pod koniec pierwszego roku życia dziecko zaczyna wypowiadać pierwsze słowa typu mama, baba itp., a także stopniowo zaczyna rozumieć proste polecenia, nazwy przedmiotów z najbliższego otoczenia; pojawia się także reakcja na swoje imię²¹⁷. Jak wskazuje Minczakiewicz, mówienie do dziecka na tym etapie czy też, jak określa autorka, przemawianie, pozostawia „ślady słuchowe w mózgu”²¹⁸. Poprzez wielokrotne powtórzenia mówienie do dziecka podczas czynności związanych z manipulowaniem przedmiotami wyrabia w nim zdolność kojarzenia, stopniowe opanowywanie rozumienia (odbioru). Ponadto warto stawiać dziecku na tym etapie rozwojowym pytania, których celem będzie pobudzenie go do własnej aktywności w kierunku mówienia. Stymulacja środowiska już na tym etapie życia ma ogromne znaczenie dla rozwoju mowy. O ile samo dziecko ma jeszcze ograniczone możliwości nadawania komunikatów, o tyle traktowanie go jako „partnera dialogu”, czyli mówienie do niego, zadawanie mu pytań ma dla dziecka znaczenie w kontekście pobudzania aktywności do dalszego rozwoju mowy²¹⁹. Wszystkim formom wokalnym, jakie w pierwszym roku życia dostępne są dziecku, towarzyszą tzw. formy awokalne²²⁰, wśród których Demel wymienia: mimikę doskonalącą sprawność mięśni twarzy oraz pantomimikę, czyli ruchy całego ciała, w tym gestykulację dotyczącą głównie kończyn górnych, np. gest „na ręce”.

Na drugi rok życia dziecka, w podziale rozwoju mowy według Kaczmaraka, przypada okres wyrazu zwany inaczej etapem sygnału jednoklasowego²²¹.

²¹⁶ Por. M. Tomasello, *Kulturowe źródła ludzkiego poznania*, przeł. J. Rączaszek, Warszawa 2002, s. 131–145.

²¹⁷ Por. E.M. Minczakiewicz, *Mowa. Rozwój – zaburzenia – terapia*, dz. cyt., s. 67; A. Hammerlińska-Latecka, *Dyslalia. Psychospołeczny aspekt terapii logopedycznej*, dz. cyt., s. 27; D. Pluta-Wojciechowska, *Zaburzenia czynności prymarnych i artykulacji...*, dz. cyt., s. 48–49.

²¹⁸ E.M. Minczakiewicz, *Mowa. Rozwój – zaburzenia – terapia*, dz. cyt., s. 68.

²¹⁹ Por. np. D. Pluta-Wojciechowska, *Rola rodziców i logopedy we wspieraniu rozwoju mowy dziecka w rodzinie w: Studia z logopedii i neurologopedii*, dz. cyt., s. 218–220.

²²⁰ Por. G. Demel, *Elementy logopedii*, dz. cyt., s. 19.

²²¹ Por. L. Kaczmarek, *Nasze dziecko uczy się mowy*, dz. cyt., s. 67.

Jest to okres, w którym następuje znaczący postęp w rozwoju mowy dziecka, słyszalny dla najbliższego otoczenia w liczbie wymawianych wyrazów. Dzięki wzrostowi sprawności motorki dużej dziecko aktywnie uczestniczy w eksplorowaniu otoczenia, co stwarza mu warunki do nowych doświadczeń. Jak wskazuje Cieszyńska i Korendo, na tym etapie życia dziecka najważniejsza jest dla niego sytuacja „tu i teraz”²²², umożliwiająca mu dotykanie, chwytanie, manipulowanie i „zaczepianie” innych. Stwarza to warunki do nazywania lub określania. W taki sposób, jak wskazuje Demel, „mowa staje się dla dziecka – w coraz większym stopniu – narzędziem myślenia, badania, dociekania świata (eksploracji)”²²³. Tu znów należy podkreślić rolę i znaczenie środowiska w rozwoju mowy dziecka. Otóż dziecko, co wynika z jego naturalnej ciekawości, będzie eksplorowało otaczające je miejsca, ale ważne jest, żeby na swojej drodze poszukiwań spotykało dorosłych, którzy będą mówili do niego, nazywali to, co się dzieje, określali to, czego dotyczy. Reagowanie dorosłych na zachowania dziecka i próby jego komunikowania się są podstawą komunikacji na tym etapie rozwojowym. Zaangażowanie i otwartość na relację u osób, które spędzają czas z dzieckiem, są bardzo ważne, gdyż stwarza to dobre warunki rozwojowe, oparte na poczuciu bezpieczeństwa i akceptacji. Ważne jest również, by przedstawiać dziecku prawidłowe wzorce wymawianiowe, ponieważ właśnie to, co słyszy na tym etapie życia, staje się podstawą dalszego rozwoju.

W drugim roku życia dziecko potrafi wypowiedzieć wszystkie samogłoski z wyjątkiem tych realizowanych nosowo. Wymawia już dużą grupę spółgłosek („dwuwargowe twarde i miękkie, wargowo-zębowe twarde i miękkie, przedniojęzkowo-zębowe – t, d, n; środkowojęzykowe: ś, ź, ć, dź, k', g', ń oraz tylnojęzykowe k, g, x”)²²⁴. Charakterystyczne dla tego okresu rozwojowego jest substytuowanie spółgłosek trudniejszych tymi łatwiejszymi, które dziecko potrafi już wymawiać, lub upraszczanie grup spółgłoskowych, np. czytaj – sitaj; mamy nie ma – mama ima; zimno – timno, babcia dała – babta ała. Pojawia się również realizacja polegająca na wymawianiu tylko „części nagłosowej wyrazu (pierwszej sylaby) lub końcówki”²²⁵. Spośród umiejętności oczekiwanych rozwojowo do końca drugiego roku życia Cieszyńska i Korendo wymieniają:

²²² Por. J. Cieszyńska, M. Korendo, *Wczesna interwencja terapeutyczna...*, dz. cyt., s. 169.

²²³ Por. G. Demel, *Elementy logopedii*, dz. cyt., s. 22.

²²⁴ Tamże.

²²⁵ E.M. Minczakiewicz, *Mowa. Rozwój – zaburzenia – terapia*, dz. cyt., s. 69.

- 13.–16. miesiąc życia – posługiwanie się nazwami osób, przymiotników i kilku czynności, wyrazy głównie amorficzne, zbudowane z reduplikowanych sylab otwartych, doskonalenie zdolności dzielenia uwagi z dorosłymi;
- około 18. miesiąca życia – dalszy rozwój słownictwa, wypowiedzi w większości jednowyrazowe, pojawiają się już dwuwyrazowe, ale bez odmiany, doskonalenie sprawności w rozumieniu prostych zdań;
- koniec drugiego roku życia – stały wzrost w zakresie słownictwa, pojawiają się wypowiedzi dwuwyrazowe i początki fleksji, najpierw deklinacja, w odmianie czasownika najczęściej używana jest trzecia osoba liczby pojedynczej, także w znaczeniu pierwszej osoby trybu orzekającego, występują też formy drugiej osoby liczby pojedynczej trybu rozkazującego²²⁶.

Kolejny etap w rozwoju mowy to, według Kaczmarka, okres zdania, przypadający pomiędzy drugim a trzecim rokiem życia, funkcjonujący w literaturze przedmiotu również pod nazwą sygnału dwuklasowego²²⁷. W tym okresie rozwoju mowy obserwuje się postęp w zakresie poszczególnych kategorii gramatycznych oraz przyrost zasobów słownikowych u dziecka²²⁸. Jak wskazuje Minczakiewicz, dziecko pod koniec tego okresu życia może w swoim zasobie słownikowym posiadać nawet około 1 500 słów, co dotyczy wszystkich części mowy²²⁹. Na bogactwo zasobów słownikowych u dziecka istotny wpływ mają czynniki zewnętrzne, tzn. stymulacja ze strony środowiska, w którym się rozwija. U dzieci w tym wieku następuje „szybki rozwój konstrukcji składniowych (buduje wszystkie typy zdań złożonych podrzędnie i współrzędnie)”²³⁰. Oczywiście w mowie spontanicznej dziecko popełnia liczne błędy składniowe, ale stale doskonali sprawność komunikacyjną w różnych sytuacjach społecznych, co rozwija jego kompetencje i zachowania językowe. Aparat artykulacyjny jest wciąż doskonalony, więc w mowie dziecka trzyletniego słyszalne są liczne substytucje głosek trudniejszych do wypowiedzenia tymi łatwiejszymi. Pojawia się realizacja samogłosek nosowych oraz głosek szeregu syczącego i szumiącego, które „nie

²²⁶ Por. J. Cieszyńska, M. Korendo, *Wczesna interwencja terapeutyczna...*, dz. cyt., s. 174.

²²⁷ Por. L. Kaczmarek, *Nasze dziecko uczy się mowy*, dz. cyt., s. 67.

²²⁸ Por. tamże; E.M. Minczakiewicz, *Mowa. Rozwój – zaburzenia – terapia*, dz. cyt., s. 69–71; J. Cieszyńska, M. Korendo, *Wczesna interwencja terapeutyczna...*, dz. cyt., s. 177–178.

²²⁹ Por. E.M. Minczakiewicz, *Mowa. Rozwój – zaburzenia – terapia*, dz. cyt., s. 70.

²³⁰ J. Cieszyńska, M. Korendo, *Wczesna interwencja terapeutyczna...*, dz. cyt., s. 180.

zawsze bywają wartościowe w pełni, zwłaszcza w wyrazach, w trudniejszych zestawieniach oraz w dłuższych wypowiedziach²³¹. Występują zmiękczenia większości spółgłosek, a głoska „r” najczęściej bywa wymawiana jako „j” lub „l”²³². Dziecko upraszcza grupy spółgłoskowe w nagłosie i śródgłosie oraz nie zaznacza wyraźnie końcówek wyrazów.

Ostatni z etapów w podziale rozwoju mowy według L. Kaczmarka to okres swoistej mowy dziecięcej/swoistych form językowych²³³. Jest to najdłużej trwający etap, który rozpoczyna się od trzeciego roku życia, a kończy w wieku siedmiu lat²³⁴. Na przestrzeni tych kilku lat obserwuje się u dziecka znaczący przyrost sprawności we wszystkich aspektach dotyczących mowy: składniowym (znajomość reguł gramatycznych), semantycznym (rozumienie znaczenia słów), pragmatycznym (użyteczności języka w sytuacji społecznej), percepcji mowy i artykulacji²³⁵.

Przed wszystkim z roku na rok dziecko jest coraz bardziej aktywne w prowadzeniu swobodnych rozmów. Oczywiście w pierwszych latach tego okresu jego komunikacja obarczona jest jeszcze licznymi błędami w zakresie artykulacyjnym i składniowym, ale coraz mniej zależna w odbiorze zewnętrznym od kontekstu sytuacyjnego. Zasoby słownikowe są stale wzbogacane, na co znaczący wpływ ma środowisko wychowawcze; na tym etapie ma również miejsce oddziaływanie osób spędzających z dzieckiem czas w przedszkolu. Według Minczakiewicz zasoby słownikowe dziecka siedmioletniego mogą wynosić nawet 7 000 wyrazów²³⁶. Sprawność artykulacyjna u dzieci warunkowana jest silnie indywidualnymi predyspozycjami i możliwościami jednostki. Jak wskazuje literatura przedmiotu, do siódmego roku życia dziecko powinno prawidłowo wymawiać wszystkie głoski; jego mowa wówczas pod względem artykulacyjnym jest podobna w realizacji do mowy osób dorosłych. Jednak droga do osiągnięcia tej sprawności jest bardzo zindywidualizowana, co wynika z kilku powodów. Jak wskazuje Minczakiewicz, istotne jest, jak częstym treningom artykulacyjnym (ćwiczeniom usprawniającym) poddawane jest dziecko. Dotyczy to stwarzania dziecku sytuacji, w których może mówić, stymulacji osób z otoczenia

²³¹ Por. E.M. Minczakiewicz, *Mowa. Rozwój – zaburzenia – terapia*, dz. cyt., s. 70.

²³² Tamże.

²³³ Por. L. Kaczmarek, *Nasze dziecko uczy się mowy*, dz. cyt., s. 68–69.

²³⁴ Tamże.

²³⁵ Por. E. Filipiak, *Konteksty rozwoju aktywności językowej dzieci w wieku wczesnoszkolnym*, Bydgoszcz 2002, s. 94.

²³⁶ Por. E.M. Minczakiewicz, *Mowa. Rozwój – zaburzenia – terapia*, dz. cyt., s. 70.

poprzez prowadzenie rozmów, odpowiedzi na pytania itp. Aktywność językowa dziecka zmienia się, gdy uczęszcza ono do przedszkola. Kontakt z rówieśnikami stymuluje do aktywności językowej, ale wzorce wymowy mogą być niewłaściwe, co stwarza ryzyko utrwalania się nieprawidłowych realizacji. Okres przedszkolny, jak ustalił Kaczmarek, charakteryzuje się tworami językowymi, które są pełne czaru i świeżości²³⁷. Dotyczy to m.in. opuszczania sylaby początkowej lub końcowej, czyli tzw. elizji, np. komotywa, tj. lokomotywa; przestawek głoskowych, czyli tzw. metatez, np. faszka, tj. szafka, czy tworzenia nowych wyrazów, tzw. neologizmów²³⁸. Około czwartego roku życia dzieci zaczynają zadawać niezliczoną ilość pytań dotyczących wszystkiego, co poznają i czego doświadczają. Chociaż dla otoczenia dziecka zjawisko to może być męczące, z rozwojowego punktu widzenia jest ważne i potrzebne, gdyż świadczy o prawidłowo postępujących procesach poznawczych²³⁹. Pod koniec tego etapu w rozwoju mowy, jak wskazują Cieszyńska i Korendo, obserwuje się twórczą aktywność językową i kształtowanie się wiedzy metajęzykowej u dziecka²⁴⁰. Wzrost tych sprawności polega na zabawie słowem, tworzeniu rymów, dostrzeganiu wieloznaczności wyrazów czy stosowaniu porównań.

Dziecko w wieku siedmiu lat kończy etap swoistej mowy dziecięcej i – jak wskazuje literatura przedmiotu – powinno „mieć mowę w pełni uformowaną pod względem fonicznym, dysponować dużym już zasobem słownikowym i poprawnie budować zdania z punktu widzenia logiki, gramatyki i składni. Powinno mówić nie tylko poprawnie i z sensem, ale też z właściwą intonacją (akcentem, rytmem i melodią mowy)”²⁴¹. Opisany zakres umiejętności, dotyczący mowy, przewidziany rozwojowo dla absolwenta przedszkola, to wyzwanie i wysiłek przede wszystkim dla samego dziecka, ale również dorosłych, którzy towarzyszą mu na co dzień.

Na tym etapie dostrzega się złożoność czynników decydujących o osiągnięciu sprawności w zakresie mowy. Po pierwsze, są to predyspozycje i możliwości fizyczne dziecka. Po drugie, sprawność narządu mowy, wynikająca z prawidłowo funkcjonującego aparatu oddechowego i aktywności poszczególnych części jamy ustnej, np. języka czy warg oraz z prawidłowo

²³⁷ Por. L. Kaczmarek, *Nasze dziecko uczy się mowy*, dz. cyt., s. 68.

²³⁸ Por. tamże, s. 96–101.

²³⁹ Por. tamże, s. 88–95.

²⁴⁰ Por. J. Cieszyńska, M. Korendo, *Wczesna interwencja terapeutyczna...*, dz. cyt., s. 189.

²⁴¹ Por. G. Demel, *Elementy logopedii*, dz. cyt., s. 25–26.

funkcjonującego narządu słuchu. Dalej trzeba podkreślić sprawność centralnego układu nerwowego²⁴² i prawidłowy rozwój umysłowy dziecka, wiążący się m.in. ze złożonymi procesami poznawczymi. Wśród czynników zewnętrznych, które od pierwszych chwil życia dziecka stymulują je w zakresie zdobywania kompetencji komunikacyjnych i językowych, podkreśla się znaczenie środowiska wychowawczego, początkowo ograniczonego tylko do najbliższego otoczenia dziecka, czyli rodziny, a później rozszerzonego także do środowiska przedszkolnego.

Autorem jednego z najnowszych podziałów dotyczących rozwoju mowy jest Józef Porayski-Pomsta. Zaprezentowany przez niego model „opiera się na założeniu, że podstawą kształtowania się systemu językowego dziecka jest mówienie, a raczej rozmawianie (porozumiewanie się, dialog, konwersacja dziecka z innymi osobami)”²⁴³. Porayski-Pomsta stworzył opis normy rozwojowej, „której przedmiotem jest używanie przez dziecko języka w postaci wyrażania w mowie własnych intencji [...], czyli funkcja komunikatywna albo raczej pragmatyczna”²⁴⁴, stanowiąca w przekonaniu autora „podstawę kształtowania się systemu językowego i komunikacyjnego dziecka”²⁴⁵.

Tabela 3. Okresy rozwoju mowy z perspektywy komunikacyjnej

STADIUM		WIEK DZIECKA	FAZY
I	Komunikacji przedjęzykowej – prelingwalne (niemowlęce)	0.–9./12. m.ż.	1. Zachowań symptomatycznych (0.–6./12. tydzień życia dziecka)
			2. Apeli-sygnatów oraz pierwotnej wokalizacji, czyli głużenia – wytwarzania w torze głosowym dźwięków bez aktywnego udziału narządów artykulacyjnych (6./12. tydzień – 5./7. miesiąc życia dziecka)
			3. Apeli-sygnatów oraz naśladownictwa, czyli gaworzenia (5./7.–9./12. miesiąc życia dziecka): - wytwarzanie w torze głosowym dźwięków systemowych - naśladownictwo intonacji bez jej rozumienia (około 8. miesiąca życia) - echolalia (około 10. miesiąca życia)

²⁴² Por. B. Sawa, *Dzieci z zaburzeniami mowy*, dz. cyt., s. 7.

²⁴³ J. Porayski-Pomsta, *O rozwoju mowy dziecka. Dwa studia*, Warszawa 2015, s. 170.

²⁴⁴ Tamże, s. 177.

²⁴⁵ Tamże.

Tabela 3. cd.

STADIUM		WIEK DZIECKA	FAZY
II	Komunikacji językowej (werbalnej) wczesnodziecięcej	9./12. – 36. m.ż.	1. Tworzenia wypowiedzi nierozczłonkowanych lub wypowiedzi o jednej, izolowanej funkcji komunikacyjnej (9./12.–17./19. miesiąc życia dziecka)
			2. Tworzenia wypowiedzi dwu-, trzywyrazowych lub wypowiedzi o funkcjach względnie zgeneralizowanych (17./19.–24./27. miesiąc życia dziecka)
			3. Tworzenia wypowiedzi względnie rozbudowanych lub wypowiedzi wielofunkcyjnych (24./27.–36./42. miesiąc życia dziecka)
III	Komunikacji językowej (werbalnej) średnio-dziecięcej	37. m.ż. – 6./7. r.ż.	1. Pierwotnej konwersacji i pierwotnych form narracyjnych (przełom 3./4. roku – koniec 5. roku życia dziecka)
			2. Konwersacji zdecentrowanej i narracyjnych form tworzonych względnie samodzielnie (6–8 lat)
IV	Komunikacji językowej (werbalnej) późnodziecięcej	6./7. r.ż. – 10./12. r.ż.	1. Rozwiniętej konwersacji i rozwoju form narracyjnych związanych z aktualną sytuacją mówienia (8–10 lat)
			2. Konwersacji i form narracyjnych oderwanych od aktualnej sytuacji mówienia (10–12 lat)

Źródło: opracowanie własne na podstawie J. Porayski-Pomsta, *O rozwoju mowy dziecka. Dwa studia*, dz. cyt., s. 168–170.

Zagadnienie rozwoju mowy dziecka jest wciąż na nowo analizowane. Wynika to m.in. z faktu, że jak wskazuje Porayski-Pomsta:

[...] język stanowi [...] najważniejsze narzędzie ludzkiego poznania. Język ludzki wykształcił się z potrzeb społecznych: człowiek ze swej natury jest istotą społeczną i z potrzeby działania głównie w obrębie środowiska społecznego. [...] Trzeba też zwrócić uwagę na szeroko pojmowaną funkcję edukacyjną języka: w języku zawiera się wiedza o świecie i za pośrednictwem języka człowiek poznaje i opisuje rzeczywistość²⁴⁶.

Dotychczasowa analiza miała na celu ukazanie teoretycznych założeń dotyczących rozwoju dziecka w aspekcie fizycznym, intelektualnym, społecznym, emocjonalnym, a także dotyczącym mowy. Chodziło również o wskazanie na związki, jakie występują pomiędzy poszczególnymi obszarami rozwojowymi, zwłaszcza pomiędzy rozwojem społeczno-emocjonalnym a rozwojem mowy. Spłot wielu czynników wewnętrznych i zewnętrznych często decyduje o nienormalnym rozwoju u dziecka w jakimś obszarze.

²⁴⁶ Tamże, s. 176–177.

ROZDZIAŁ 2

Dyslalia jako jedno z zaburzeń mowy

W niniejszym rozdziale teoretycznej analizie poddane zostanie jedno z głównych zaburzeń w rozwoju mowy dziecka, jakim jest dyslalia, czyli wady artykulacyjne. Dotyczą one deficytów w rozwoju mowy, ale jednocześnie powiązane są z innymi obszarami rozwojowymi: poznawczym, społecznym i emocjonalnym. Związek, jaki zachodzi pomiędzy wadami wymowy a innymi sferami rozwoju, u każdego może być inny, m.in. dlatego, że różne mogą być uwarunkowania tych trudności. Przede wszystkim do tych uwarunkowań należy zaliczyć środowisko wychowawcze dziecka i indywidualne możliwości poznawcze. Natomiast wydaje się, że problemy społeczno-emocjonalne, z jakimi muszą zmierzyć się dzieci, które mają dyslalię, będą podobne. Omówienie problematyki dyslalii rozpoczęte zostanie od przeanalizowania samego pojęcia oraz nieścisłości terminologicznych w literaturze, które dotyczą tego zaburzenia. Drugi podrozdział zawiera klasyfikację dyslalii, a jej przyczyny zostały omówione w przedostatnim, trzecim punkcie tego rozdziału. Na końcu tej części pracy prezentuję możliwości diagnozy i terapii logopedycznej dzieci z dyslalią.

2.1. Pojęcie dyslalii

W polskiej terminologii logopedycznej nie zdefiniowano dotychczas jednoznacznie terminu: „dyslalia”. Przyczyną takiego stanu wiedzy jest fakt, że nieprawidłowa wymowa u pacjentów o tym samym obrazie klinicznym może mieć odmienną etiopatogenezę. „Od rodzaju czynnika patogennego i piętra uszkodzenia mechanizmu mowy zależy, czy powstające zaburzenia będą miały formę jednoobjawową, czy też będą tylko jednym z wielu i to

niekoniecznie najważniejszym objawem zaburzeń mowy”¹, stwierdza Grażyna Jastrzębowska.

Rozważania na temat dyslalii należałoby rozpocząć od zwięzłej charakterystyki innych pojęć, znaczeniowo bardzo bliskich. Jednym z nich są „zaburzenia mowy” (inaczej: „defekty mowy”, „deficyty mowy”, „patologia mowy”, „zaburzenia komunikacji werbalnej”, „zniekształcenie mowy”)². Ta wielość określeń wskazuje na szerokie znaczenie tego terminu, obejmujące problemy z prawidłowym porozumiewaniem się jednostki, zatem dyslalia mieści się w polu znaczeniowym omawianego pojęcia. Jastrzębowska w „zaburzeniu mowy” widzi „wszystkie patologiczne zachowania językowe, poczynając od prostych wad wymowy, aż do całkowitej niemożności mówienia lub/i rozumienia włącznie”³. Pod terminem „zaburzenia mowy” mogą kryć się zakłócenia w realizacji niektórych głosek, np. seplenienie, reranie, albo wszystkich głosek, skutkujące brakiem zrozumienia mowy. Zaburzenia komunikacji werbalnej mogą dotyczyć również takich aspektów mowy, jak: leksykalny, gramatyczny bądź ekspresyjny; w skrajnych przypadkach mogą mieć postać całkowitej niemożności mówienia. Zdaniem Kaczmarka „zaburzenia mowy polegają na tym, że nie potrafimy właściwie zbudować wypowiedzi lub też jej percypować. Wypowiedź – w całości lub w jakiejś jej części składowej – w różnym stopniu ulega zniekształceniu”⁴. W literaturze można zetknąć się z różnorodnością klasyfikacji zaburzeń mowy, wynikającą z odmiennych podejść w terminologii, sposobie opisu, praktyce oraz podłożu dyscypliny, z jakiej wywodzi się dany podział.

Opracowany przez Irenę Styczek w 1979 r. podział zaburzeń mowy uwzględnia kryterium przyczynowe, na którego podstawie wyróżnia ona zaburzenia:

- a) zewnątrzpochodne (egzogenne). Zapoczątkowane są w środowisku. Nie stwierdza się tutaj defektów anatomicznych ani też psychoneurologicznych. Nie są to także typowe wady, lecz, co już podkreślono, zaburzenia spowodowane najczęściej brakiem podnieć do mówienia lub zniechęcającym do mówienia nadmiarem werbalnych

¹ G. Jastrzębowska, *Dyslalia*, w: *Logopedia. Pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki*. T. 2: *Zaburzenia komunikacji językowej u dzieci i osób dorosłych*, red. T. Gałkowski, G. Jastrzębowska, Opole 2003, s. 144.

² G. Jastrzębowska, *Podstawy teorii i diagnozy logopedycznej*, Opole 1998, s. 70.

³ Por. tamże.

⁴ Tamże.

bodźców słownych, naśladowanymi przez dzieci w toku rozwoju mowy niewłaściwymi wzorcami wypowiedzi osób z najbliższego otoczenia bądź nieodpowiednią reakcją otoczenia na pierwsze wypowiedzi dziecka lub/i brakiem zainteresowania, a nawet lekceważeniem bycia nadawcą wypowiedzi;

- b) wewnątrzpochodne (endogenne), czyli: dysglosję (zniekształcenie wypowiedzi lub trudności w ich wytwarzaniu, będące konsekwencją niewłaściwej budowy narządów mowy lub obniżenia słyszalności), dysartrię *vel* anatrię (zniekształcenie wypowiedzi lub trudności w ich wytwarzaniu, wynikające z uszkodzenia ośrodków i dróg unerwiających narządy mowne), dyslalię *vel* alalię (opóźnienia w rozwoju mowy, stanowiące skutek zbyt późnego wykształcenia się funkcji struktur mózgowych), afazję (utrata umiejętności posługiwania się językiem w wyniku uszkodzenia struktur mózgowych), jąkanie (zaburzenie płynności mówienia o trudnej do ustalenia patogenezie, zaliczane do nerwic), logoneurozę *vel* nerwicę mowy (czyli: mutyzm, afonię, jąkanie, zaburzenia głosu, tj. tempa mówienia, modulacji siły i wysokości, zaobserwowane u osób ze zdiagnozowaną nerwicą), oligofazję (niedokształcenie mowy u osób z niepełnosprawnością intelektualną) oraz schizofazję (niedokształcenie mowy wywołane chorobami psychicznymi)⁵.

Śród istniejących typologii należy wymienić także objawową klasyfikację zaburzeń mowy opracowaną przez Kaczmarka. Według tej klasyfikacji zaburzenia mowy dzielą się na:

- a) zaburzenia treści (obejmujące zaburzenia procesu uogólniania i abstrakcji, brak logiki w zbudowanych tekstach oraz nieprawidłowości w ukierunkowaniu myślenia);
- b) zaburzenia języka (formy językowej): niemotę, afazję, alalię, agramatyzm i przejęzyczenie;
- c) zaburzenia substancji w płaszczyznach: suprasegmentalnej (jąkanie, rynolalia, wymowa po usunięciu krtani, afonia, gielkot, bradyłalia, tachylalia), segmentalnej (dyslalia) oraz suprasegmentalnej i segmentalnej (palatolalia i mutyzm)⁶.

⁵ G. Gunia, *Wprowadzenie do zaburzeń w kształtowaniu się mowy*, w: *Wprowadzenie do logopedii*, red. G. Gunia, V. Lechta, Kraków 2011, s. 72–73.

⁶ L. Kaczmarek, *Korekcyjna klasyfikacja zaburzeń słownego i pisemnego porozumiewania się*, „Logopedia” 1975, t. 12, s. 5–13.

Jednakże Grabias dostrzega, na co należy zwrócić uwagę, pewne niedostatki w podziałach autorstwa Styczek i Kaczmarka. W klasyfikacji przyczynowej zauważa nieprecyzyjny podział obejmujący zaburzenia i wady mowy, a w klasyfikacji objawowej wykazuje nieprawidłowość w rozłącznym traktowaniu przez Kaczmarka trzech komponentów wypowiedzi, jakimi są: treść, forma i substancja. W związku ze sformułowanymi zastrzeżeniami Grabias prezentuje innowacyjną klasyfikację zaburzeń mowy, mającą za fundament postępowanie logopedyczne:

- a) budowanie kompetencji w umysłach jednostek. Aby człowiek mógł uczestniczyć w komunikacji językowej, musi dysponować kompetencjami: poznawczą, językową i komunikacyjną. Wiedzę, która wynika z kompetencji, nabywamy dzięki sprawnościom: percepcyjnej i realizacyjnej⁷. Takie potrzeby stwarzają: głuchota i niedosłuch⁸, alalia i dyslalia⁹, oligofazja¹⁰, autyzm¹¹ i różnorodne postacie padaczek dziecięcych¹². Autor klasyfikacji słusznie dopowiada, że każdy konkretny przypadek wymaga pomocy w nabywaniu kompetencji w rozmaitym stopniu;
- b) usprawnianie czynności mowy przy zdobytych kompetencjach. Zaburzenia dotyczące tej grupy przyczyniają się jedynie do częściowego wykorzystania zdobytych kompetencji. Owe zaburzenia to: dysglosja¹³, jąkanie i gielkot¹⁴ oraz dyzartria¹⁵;

⁷ Por. S. Grabias, *O ostrości refleksji naukowej. Przedmiot logopedii i procedury logopedycznego postępowania*, w: *Logopedia. Wybrane aspekty historii, teorii i praktyki*, red. S. Milewski, K. Kaczorowska-Bray, Gdańsk 2012, s. 58–59.

⁸ Kompetencje nie wykształcają się, ponieważ niewłaściwie funkcjonuje słuch fizyczny. Por. tamże.

⁹ Kompetencje nie wykształcają się, ponieważ niewłaściwie funkcjonuje słuch fonemataczny. Por. tamże.

¹⁰ Kompetencje są niewykształcone, ponieważ pacjent ma niedorozwój umysłowy. Por. tamże.

¹¹ Niewykształcenie kompetencji w związku z dysfunkcją mózgu. Por. tamże.

¹² Istniejąca dysfunkcja mózgu nie pozwala na wykształcenie lub degraduje istniejące kompetencje. Por. tamże.

¹³ Spowodowane jest zaburzeniami w budowie aparatu artykulacyjnego, takimi jak np. rozszczepy, wady zgryzu, problemy z wędzidełkiem itp. Por. tamże.

¹⁴ Zaburzenie płynności mówienia wielorakiego pochodzenia. Por. tamże.

¹⁵ Wynikające z porażenia mózgowego. Por. tamże.

c) stabilizowanie rozpadu oraz odbudowa czynności mowy i funkcjonowania umysłu. Mowa tutaj o afazji¹⁶, pragnozji¹⁷, schizofazji¹⁸ i demencji¹⁹.

Poza „zaburzeniem mowy” w terminologii logopedycznej występuje też termin: „wada mowy”, węższy znaczeniowo od pojęcia: „zaburzenie mowy”. Grabias definiuje wadę mowy jako „odchylenie od normy językowej spowodowane zmianami w budowie narządów mowy (nadawczych i odbiorczych) lub dysfunkcją mechanizmów mowy zarówno na poziomie centralnym, jak i obwodowym”²⁰. Terminy „zaburzenie mowy” i „wada mowy” nie są w kwestii znaczenia tożsame, co wynika z czynnika etiologicznego. Wady mowy dotyczą jedynie defektów anatomicznych lub psychoneurologicznych, gdy tymczasem zaburzenie mowy może wynikać również z przyczyn zewnątrzpochođnych, takich jak „niewłaściwe postawy, wzorce językowe czy styl wychowawczy”²¹.

W literaturze przedmiotu istnieje także termin „wada wymowy” (inaczej: dyslalia, zaburzenie artykulacji, wada artykulacyjna). Jest on terminem najwęższym, a określa się nim wadliwe realizacje fonemów, odbiegające od ustalonej normy (Kaczmarek). Termin ten najczęściej stosuje się w odniesieniu do zaburzeń wymowy, obejmujących niemożność prawidłowego wymawiania jednego, kilku lub nawet kilkunastu dźwięków. Zatem ów termin dotyczy zaburzeń „dźwiękowej strony języka”²². O niewłaściwej realizacji danego fonemu mówi się wtedy, gdy jego artykulacja wykracza poza przyjęte normy językowe.

Terminy „zaburzenia mowy” i „wady mowy” odnoszą się do zakłóceń w aspekcie treści, formy i substancji wypowiedzi, przy czym „wada wymowy” dotyczy jedynie substancji wypowiedzi²³. Zdaniem Jastrzębowskiej

¹⁶ Dotyczy uszkodzeń mechanicznych lewej półkuli mózgu; związane z tym są trudności realizacyjne wszystkich trzech kompetencji. Por. tamże.

¹⁷ Następuje rozpad kompetencji semantycznej, który jest wynikiem uszkodzenia prawej półkuli. Por. tamże.

¹⁸ Związana jest z zaburzeniami schizofrenicznymi. Por. tamże.

¹⁹ Jest związana z zamieraniem neuronów i układów synaptycznych w mózgu ludzi starszych na przykład w chorobie Alzheimera. Por. tamże.

²⁰ Tamże, s. 73.

²¹ Tamże, s. 74.

²² Tamże, s. 73.

²³ Por. A. Sołtys-Chmielowicz, *Zaburzenia artykulacji. Teoria i praktyka*, Kraków 2008, s. 20.

„wady wymowy dotyczą tylko tych zaburzeń, które przejawiają się zniekształceniem realizacji fonemów, czyli zaburzeniami dźwiękowej strony języka”²⁴. Wyodrębnienie w terminologii tego terminu związane jest z czynnikiem objawowym, a nie z czynnikiem etiologicznym, tak jak dzieje się to w przypadku zaburzeń mowy. Współcześnie wady wymowy (dyslalia) są jednymi z najczęściej występujących zaburzeń mowy. Obowiązujące w danym społeczeństwie normy wskazują granicę prawidłowej wymowy, a także moment, od którego dana artykulacja zostaje zaburzona²⁵. Dlatego należy zwrócić uwagę na to, że tylko do pewnego czasu błędy artykulacyjne w rozwoju dziecka są dopuszczalne, później bowiem wymagają diagnozy i terapii logopedycznej.

Termin „dyslalia” (z grec. *dys* – zaburzenie, *lalia* – mowa) to pojęcie obejmujące rozmaite postacie wad wymowy²⁶. Synonimicznie logopedzi stosują następujące określenia: zaburzenia artykulacyjne, zaburzenia wymowy, wady artykulacyjne, nieprawidłowe realizacje fonemów, zniekształcenia substancji fonicznej w płaszczyźnie segmentalnej²⁷. Pojęcia dyslalii po raz pierwszy użył w 1827 r. Józef Frank (1771–1842)²⁸, profesor Uniwersytetu Wileńskiego. Jednakże pomimo już prawie dwustuletniego funkcjonowania tego terminu w literaturze logopedycznej nadal nie zdefiniowano go jednoznacznie. Owe trudności wynikają z faktu, że wśród autorów licznych definicji istnieje zgodność tylko w jednym aspekcie, mianowicie dotyczącym dyslalii jako zaburzenia związanego z nieprawidłowościami w sferze wymowy. Kwestią dyskusyjną dla badaczy pozostaje natomiast to, czy wszystkie zaburzenia substancji fonicznej w płaszczyźnie segmentalnej należy nazywać dyslalią.

Rozbieżności dotyczące znaczenia wspomnianego terminu bezpośrednio wpływają na charakter definicji formułowanych na przestrzeni lat przez rozmaitych badaczy. Autorzy licznych prac z tego zakresu wskazują, że dyslalia to nieprawidłowa realizacja głosek języka ojczystego. Takie stanowisko ukierunkowuje myśl ku objawowemu charakterowi owych definicji. Według Kaczmarka dyslalia to „wada wymowy, realizacja fonemów odbiegająca od ustalonej przez zwyczaj społeczny normy”²⁹. Kolejną próbę zdefiniowania

²⁴ G. Jastrzębowska, *Podstawy teorii i diagnozy logopedycznej*, dz. cyt., s. 74.

²⁵ Por. A. Sołtys-Chmielowicz, *Zaburzenia artykulacji. Teoria i praktyka*, dz. cyt., s. 65–66.

²⁶ Por. G. Jastrzębowska, *Dyslalia*, dz. cyt., s. 143.

²⁷ Por. tamże.

²⁸ Por. G. Jastrzębowska, *Podstawy teorii i diagnozy logopedycznej*, dz. cyt., s. 263.

²⁹ L. Kaczmarek, *Nasze dziecko uczy się mowy*, dz. cyt., s. 192.

dyslalii, utrzymującą się w nurcie objawowej analizy tego zagadnienia, podjęła Halina Spionek, widząc w dyslalii „zaburzenie mowy polegające na niemożności prawidłowego wymawiania określonych dźwięków”³⁰. W ten nurt definicyjny wpisuje się również Demel, postrzegająca dyslalię jako „nieprawidłowość w wymawianiu jednej głoski, wielu głosek, a nawet wszystkich lub niemal wszystkich głosek od razu”³¹, przy czym, jej zdaniem, krańcowy stan to bełkot³². Przykładem definicji dyslalii, akcentującej jej charakter objawowy, jest określenie sformułowane przez Halinę Rodak. Definiuje ona dyslalię jako symptom zaburzenia rozwoju mowy, dotyczący tylko jednego aspektu języka – aspektu artykulacyjnego³³. Analogicznie rozumieją dyslalię też tacy badacze, jak np. Józef Tadeusz Kania³⁴, Halina Mierzejewska i Danuta Emiluta-Rozey³⁵. Przytoczone definicje, mające za podstawę analizy zjawiska objawy tego zaburzenia, wskazują, że dyslalia to wady wymowy.

Odmienne stanowisko dotyczące definiowania pojęcia dyslalii prezentują wspomniani już Styczek i Grabias, posługujący się terminologią zaczerpniętą z rozważań polskiego lekarza (laryngologa, foniatry i logopedy)

³⁰ H. Spionek, *Zaburzenia psychoruchowego rozwoju dziecka*, Warszawa 1969, s. 177.

³¹ G. Demel, *Minimum logopedyczne nauczyciela przedszkola*, Warszawa 1994, s. 32.

³² Tamże.

³³ H. Rodak, *Terapia dziecka z wadą wymowy*, Warszawa 1992, s. 25.

³⁴ Autor w pracy *Szkice logopedyczne* analizuje zjawisko zaburzeń wymowy jako zakłóceń procesu kodowania. Wyróżnia zakłócenia o charakterze suprasegmentalnym („znieskształcenie określonych cech prozodycznych wypowiedzi”) i zakłócenia o charakterze segmentalnym („zaburzenia określonych odcinków ciągu fonicznego”). Według badacza zjawiska te mogą występować łącznie, np. u osób niesłyszących, jednakże „w dyslalii występuje jedynie zaburzenie substancji segmentalnej”. Może ono ujawniać się „na płaszczyźnie izolowanych głosek, sylab, wyrazów i wypowiedzi”. J.T. Kania, *Szkice logopedyczne*, Warszawa 1982, s. 9–11.

³⁵ Badaczki określają dyslalię jako „szczególną sytuację, kiedy defekt obwodowy powoduje wyłączenie zakłócenia w sferze dźwięków, kiedy nie towarzyszą temu inne patologiczne zjawiska językowe, stwarza podstawę do zastosowania nazwy tego jednego objawu *dyslalia* jako nazwy formy zaburzenia mowy, charakteryzującej się tylko tym objawem” – ta część definicyjna ma charakter objawowy. Natomiast analizując dalsze ich rozważania definicyjne, dostrzega się, że dookreślają przy użyciu różnych przymiotników przyczyny wadliwych realizacji fonemów: „Jest jednak tych form trzy, bo trzy różne przyczyny natury obwodowej wywołują tylko zakłócenia dźwięków mowy [...]”: 1. Dyslalia anatomiczna ruchowa (nazywana też dysglosją), 2. Dyslalia funkcjonalna, 3. Dyslalia anatomiczna słuchowa”. H. Mierzejewska, D. Emiluta-Roza, *Projekt zestawienia form zaburzeń mowy*, „Audiofonologia” 1997, t. 10, s. 37–48.

Władysława Ołtuszewskiego³⁶. W rozważaniach definicyjnych tych autorów pojawiło się pojęcie „dysglosja”³⁷, oznaczające, ich zdaniem, wady wymowy. Dyslalię natomiast Styczek definiuje jako „opóźnienie w przyswajaniu sobie języka, na skutek opóźnionego wykształcenia się funkcji pewnych struktur mózgowych”³⁸. Podobnie postrzega ją Grabias, autor jednej z najnowszych logopedycznych klasyfikacji zaburzeń mowy, widząc w dyslalii „wycofujące się stadium alalii, w której kompetencje nie wykształcają się w ogóle lub wykształcają się w stopniu niewystarczającym do prawidłowej realizacji wypowiedzi w związku z niewłaściwie funkcjonującym słuchem fonematycznym”³⁹. Autor klasyfikuje dyslalię w grupie zaburzeń mowy związanych z „niewykształconymi sprawnościami percepcyjnymi”⁴⁰. Według Grabiasa stosowanie pojęcia „dyslalia” jako oznaczającego wszystkie zaburzenia ujawniające się w płaszczyźnie segmentalnej wprowadza „zamęt terminologiczny”⁴¹ w literaturze przedmiotu.

W analizie przyczyn dyslalii, poza nieprawidłowościami w obrębie procesów percepcyjnych (co uwypuklił Grabias), Danuta Pluta-Wojciechowska sytuuje również nieprawidłowości w zakresie realizacyjnym. Autorka, według której dyslalia to „zakłócenia dźwięków mowy, a dokładnie zaburzenia realizacji fonemów, spowodowane czynnikami patogennymi”⁴², prezentuje szeroki kontekst znaczeniowy procesów realizacyjnych, zwraca uwagę na budowę narządów mowy, ich sprawność oraz uwydatnia znaczenie czynności prymarnych⁴³, będących biomechaniczną bazą artykulacji⁴⁴.

³⁶ A. Kierzek, Władysław Ołtuszewski (1853–1922), „Magazyn Otorynolaryngologiczny” 2005, z. 3–4, s. 7–9.

³⁷ „Dysglosja – zniekształcenie dźwięków mowy lub niemożność ich wytwarzania na skutek nieprawidłowej budowy narządów mowy lub obniżenia słyszalności”. I. Styczek, *Logopedia*, Warszawa 1981, s. 250.

³⁸ Tamże.

³⁹ S. Grabias, *Mowa i jej zaburzenia*, dz. cyt., s. 33.

⁴⁰ Por. tamże.

⁴¹ Tamże, s. 22.

⁴² D. Pluta-Wojciechowska, *Zaburzenia czynności prymarnych i artykulacji...*, dz. cyt., s. 209.

⁴³ „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”. Tamże, s. 305.

⁴⁴ Por. tamże.

Po szczegółowej analizie literatury przedmiotu przyjąłam definicję podaną przez Jastrzębowską. Zdaniem tej badaczki dyslalia to „zaburzenie realizacji fonemów o ściśle określonej etiologii (tj. pochodzenia obwodowego). Zaburzenia te mogą przejawiać się zniekształceniem (deformacją) dźwięków mowy, ich zastępowaniem (substytucją) bądź opuszczaniem (elizją), co powoduje, że w efekcie brzmienie odbiega od ogólnie przyjętej normy wymawianiowej”⁴⁵. Jeszcze raz należy podkreślić, że obecnie wady wymowy to zaburzenia mowy należące do najczęściej spotykanych w praktyce logopedycznej, występujące m.in. w przypadku „nieprawidłowej budowy i funkcjonowania narządów mowy (np. rozszczepy podniebienia), w opóźnieniach rozwoju mowy, w afazji, w mózgowych porażeniach dziecięcych, w upośledzeniach umysłowych itp.”⁴⁶. Wtedy wada wymowy jest problemem drugorzędym, wynikającym z faktu, że stanowi jeden z wielu objawów sprzężonego zaburzenia u pacjenta.

Poddałam analizie grupę badawczą, dla której wada wymowy (dyslalia) jest problemem pierwszorzędnym i ma formę jednoobjawową. Etiopatogenezę u wszystkich uczestniczących w badaniu dzieci z wadami wymowy określono w diagnozie logopedycznej jako zaburzenia pochodzenia obwodowego. W konsekwencji zaburzenia artykulacyjne u tych dzieci występowały w formie izolowanego zjawiska wynikającego np. z wad budowy aparatu artykulacyjnego lub z nieprawidłowości przebiegu czynności prymarnych w obrębie obwodowego narządu mowy.

2.2. Klasyfikacja (typologia) dyslalii

Różnice w ujęciu definicyjnym u poszczególnych badaczy wynikają z odmiennych podstaw teoretycznych, na których bazie powstały przeanalizowane w monografii taksonomie. W literaturze przedmiotu istnieją dwa zasadnicze typy klasyfikacji dyslalii: ilościowe i jakościowe. Niektórzy autorzy czynią kryterium klasyfikacji także przyczyny dyslalii jako kolejny aspekt podziału. Jednak przystępując do analizy i przeglądu klasyfikacji wad wymowy, należy dokonać obiektywnej oceny z perspektywy jasności i poprawności metodologicznej opisywanego zjawiska oraz uwzględnić

⁴⁵ G. Jastrzębowska, *Dyslalia*, dz. cyt., s. 144.

⁴⁶ A. Sołtys-Chmielowicz, *Klasyfikacje zaburzeń mowy*, w: *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy*, dz. cyt., s. 418.

praktyczny aspekt, mianowicie przydatność danej typologii w postępowaniu terapeutycznym.

W praktyce logopedycznej wygodne wydaje się stosowanie kryterium ilościowego w klasyfikacji wad wymowy, w której pojęcie ilościowe dotyczy „liczby wadliwie wymawianych fonemów bądź wadliwie realizowanych cech dystynktywnych dźwięków”⁴⁷. Pierwszym badaczem uwzględniającym ten czynnik w klasyfikacji był Kaczmarek. W tym kontekście jego zdaniem dyslalia może być:

- a) • jednoraka (wadliwa realizacja jednego fonemu),
 - wieloraka (wadliwa realizacja dwóch i więcej fonemów),
 - całkowita = tetyzm = hotentotyzm = alalia motoryczna = głuchoniemota (brak realizacji fonemów, pozostaje melodia);
- b) • prosta (zmiana jednej cechy dystynktywnej).
 - złożona (zmiana dwóch lub więcej cech dystynktywnych)⁴⁸.

Zaproponowana klasyfikacja wydaje się łatwa i przejrzysta w praktycznym zastosowaniu. Idąc za wskazaniem autora tego podziału, należy w opisie diagnostycznym równocześnie stosować oba człony klasyfikacji, np. dyslalię jednoraką złożoną. Jednakże po wnikliwej analizie można dostrzec pewne nieścisłości, wynikające z nieprecyzyjności pojęć zawartych w tym podziale. Przykładowo, jeśli logopeda w opisie diagnostycznym wskaże: dyslalia jednoraka, wtedy opis odniesie się tylko do wadliwej realizacji głoski „r”. Będzie to wynikać z faktu, że pozostałe głoski mają grupy wspólnych cech dystynktywnych, które mogą być realizowane nieprawidłowo. Określenie „dyslalia wieloraka” może dotyczyć niewłaściwej realizacji całego inwentarza głoskowego lub ograniczać się jedynie do nieprawidłowej realizacji np. głosek „l” i „r”. W praktyce logopedycznej stosowanie wspomnianego podziału może przyczynić się do pewnych nieścisłości w opisie diagnostycznym.

Podziału dyslalii pod względem ilościowym dokonał także Antoni Pruszevicz. Badacz ten analizował zrozumiałość wypowiedzi w odniesieniu do liczby artykułowanych fonemów i na tej podstawie wskazał na istnienie następującego rozgraniczenia:

- bełkotanie izolowane – wadliwa realizacja jednej głoski (mowa dobrze zrozumiała),
- bełkotanie częściowe (dyslalia *partialis*) – wadliwa wymowa niewielu głosek (zrozumiałość mowy w nieznacznym stopniu zmniejszona),

⁴⁷ Taż, *Zaburzenia artykulacji. Teoria i praktyka*, dz. cyt., s. 27.

⁴⁸ L. Kaczmarek, *Nasze dziecko uczy się mowy*, dz. cyt., s. 170.

- bełkotanie wielorakie (dyslalia *multiplex*) – wadliwa realizacja wielu głosek (zrozumiałość mowy zmniejszona w znacznym stopniu),
- bełkotanie uogólnione (dyslalia *universalis*) – zaburzenia artykulacji samogłosek i większości spółgłosek (mowa zupełnie niezrozumiała)⁴⁹.

W polskiej literaturze logopedycznej funkcjonują także klasyfikacje jakościowe. W pierwszej połowie lat siedemdziesiątych XX w. Józef T. Kania dokonał podziału i pogrupował zaburzenia mowy na: suprasegmentalne i segmentalne⁵⁰. Badacz zastosował podział problemów artykulacyjnych, wyróżniając tutaj dwie grupy zjawisk:

- a) zaburzenia paradygmatyczne (dotyczące zasobu głosek),
- b) zaburzenia syntagmatyczne (dotyczące struktury wyrazów)⁵¹.

Kania dostrzegł w pracy zawodowej, że istnieją sytuacje, w których pacjent potrafi wymawiać głoski (w izolacji), a nie realizuje ich w wyrazach. W swojej klasyfikacji dokonał rozgraniczenia takich sytuacji. Zaburzenia paradygmatyczne dzielą się, jego zdaniem, na: elizję⁵² (*mogilalia*), substytucję (*paralalia*) i deformację (dyslalia właściwa). W ramach zaburzeń syntagmatycznych Kania wyodrębnił dwie grupy: pierwotne i wtórne, dotyczące trudności w realizacji głosek spowodowanych strukturą wyrazu i innymi odkształceniami w obrębie wypowiedzi. Do pierwotnych zaburzeń syntagmatycznych zaliczył:

- a) zmiany ilościowe (elizje głosek, sylab, części wyrazów, redukcje grup spółgłoskowych, wstawki),
- b) zmiany jakościowe (asymilacje, dysymilacje, strukturalizację grup spółgłoskowych, całkowitą zmianę formy wyrazu),
- c) zmiany dotyczące kolejności elementów w wyrazie (przestawki),

⁴⁹ Por. A. Pruszevicz, *Zaburzenia mowy i języka*, w: *Foniatrya kliniczna*, red. A. Pruszevicz, Warszawa 1992.

⁵⁰ Zaburzenia suprasegmentalne polegają „na zniesieniu lub zniekształceniu określonych cech prozodycznych wypowiedzi, np. melodii, akcentu”, natomiast zaburzenia segmentalne polegają na „zaburzeniach poszczególnych odcinków ciągu fonicznego. [...] Zaburzenia o charakterze segmentalnym dotyczą wadliwej wymowy poszczególnych dźwięków”. J.T. Kania, *Szkice logopedyczne*, dz. cyt., s. 9–30.

⁵¹ Por. tamże.

⁵² Kania dzieli elizję na pełną (obejmującą wszystkie pozycje w wyrazach – nagłos, śródgłos i wygłos) i ograniczoną (na przykład do nagłosu, gdy w innych pozycjach występuje substytucja) oraz całkowitą (gdy zaburzenie daje się sprowadzić do formy: fonem spółgłoskowy = zero fonetyczne) i częściową (gdy zmianie ulega segment wokaliczny lub kiedy w miejscu fonemu pojawia się segment bezszmerowy). Por. tamże, s. 9–30.

- d) zmiany kombinowane,
- e) zmiany niesystemowe.

Wtórne zaburzenia syntagmatyczne natomiast to, zdaniem Kani, zmiany spowodowane w obrębie wyrazu przez substytucję, np. powstanie nowych grup spółgłoskowych, nietypowych dla języka polskiego, wymuszone redukcje grup spółgłoskowych czy też ściągnięcie grup spółgłoskowych⁵³.

Dużym ułatwieniem opisu systemu fonetycznego w dyslalii jest umiejętność oddzielania zjawisk systemowych i przypadkowych od jednostkowych i uwarunkowanych kontekstem. W metodyce postępowania logopedycznego bardzo ważna jest trafna diagnoza. Pozwala ona często odróżnić kłopoty artykulacyjne od poważniejszych zaburzeń, np. dotyczących zniekształcania struktury fonetycznej wyrazu, będącego nierzadko objawem opóźnionego rozwoju mowy. Często dzieci w izolacji potrafią prawidłowo realizować daną głoskę, natomiast w wyrazach o trudniejszej strukturze fonetycznej nie wymawiają danego dźwięku. Wnikliwa analiza pozwala na ustalenie optymalnej metodyki postępowania logopedycznego. Klasyfikacja autorstwa Kani w literaturze przedmiotu funkcjonuje pod hasłem jakościowej klasyfikacji dyslalii o charakterze językoznawczym.

W nurcie jakościowego podziału dyslalii, ale mająca podstawy terminologiczne zaczerpnięte z foniatryi, istnieje klasyfikacja przedstawiona przez Annę Sołtys-Chmielowicz, wyróżniającą dwa typy: ogólny i szczegółowy⁵⁴. Ogólnie w tym nurcie autorka dzieli dyslalię na:

- a) „mogilalię (brak głoski),
- b) paralalię (zastępowanie głoski),
- c) dyslalię właściwą (zniekształcenie głosek)”⁵⁵.

Natomiast w ramach podziału szczegółowego dyslalii autorka wskazuje na stosowanie terminów wywodzących się z nazw greckich liter z dodatkiem formantów *tismus* lub *cismus*: *rhotacismus* (wada głoski „r”), *sigmatismus* (wady głosek: „sz”, „ż”, „cz”, „dż”, „s”, „z”, „c”, „dz”, „ś”, „ź”, „ć”, „dź”), *lambdacismus* (wady głosek „l”, przedniojęzykowo-zębowej i „ł”), *kappacismus* (wady głosek „k”), *gammacismus* (wady głosek „g”) itp. Terminy te spolszczono, czyli dostosowano do fonetyki i morfologii języka polskiego. Występujące w logopedii jako: rotacyzm, sygmatyzm – te są najczęściej używane, a wyjątkowo spotykany jest lambdacyzm, kappacyzm i betacyzm. Wskutek

⁵³ A. Sołtys-Chmielowicz, *Zaburzenia artykulacji. Teoria i praktyka*, dz. cyt., s. 30.

⁵⁴ Por. tamże, s. 28.

⁵⁵ Tamże.

łączenia podziału ogólnego (mogilalia, paralalia, dyslalia właściwa) ze szczegółowym powstały dość precyzyjne określenia typu: mogirotacyzm (brak głoski „r”), pararotacyzm (zastępowanie głoski inną), rotacyzm właściwy⁵⁶ (znieskształcenie głoski „r”). Podobnie też prezentuje się kwestia niewłaściwej realizacji głosek detalizowanych. Istnieją tutaj takie terminy, jak: parasygmatyzm, mogisygmatyzm (bardzo rzadki), sygmatyzm właściwy (czy po prostu: sygmatyzm)⁵⁷. Obok spolszczonych terminów greckich znane są też nazwy rodzime zaburzeń mowy, takie jak: „seplenienie”, „reranie”, „lelanie” czy „kakanie”⁵⁸. W terminologii logopedycznej za najmniej precyzyjny uważa się termin: „seplenienie”, gdyż dotyczy on wszystkich 12 głosek detalizowanych, tj. szumiących, syczących i ciszących. Podejmowane są wysiłki mające na celu zastąpienie tych niedostatków tworzeniem następujących nazw: „szeplenienie” (wady szeregu: „sz”, „ż”, „cz”, „dż”) i „sieplenienie” (wady szeregu: „ś”, „ź”, „ć”, „dź”).

Porządkując terminologię występującą w klasyfikacji jakościowej, mającą podstawy w foniatrii, możemy wyróżnić następujące zaburzenia mowy:

- a) rotacyzm – *rhotacismus* – reranie,
- b) sygmatyzm – *sigmatismus* – seplenienie (szeplenienie, sieplenienie),
- c) lambdacyzm – *lambdacismus* – lelanie,
- d) kappacyzm – *kappacismus* – kakanie,
- e) gammacyzm – *gammacismus* – gęganie.

Jakościowa typologia dyslalii może być także efektem stosunku „zaburzonej głoski do poprawnej fonemowo i fonetycznie realizacji fonemu”⁵⁹. Taką podstawę zastosowała w najnowszej klasyfikacji Barbara Ostapiuk, wyróżniając następujące rodzaje dyslalii:

- a) dyslalię fonetyczną – głoska normatywna fonemowo, nienormatywna fonetycznie,

⁵⁶ „Powstała również typologia rotacyzmów właściwych, np. „r” języzkowe (*rhotacismus uvularis*), „r” międzyzębowe (*rhotacismus interdentalis*), „r” policzkowe (*rhotacismus buccalis*), „r” wargowe (*rhotacismus labialis*), które może mieć postać dwuwargowego (*rhotacismus bilabialis*) lub wargowo-zębowego (*rhotacismus labiodentalis*), „r” podniebienne (*rhotacismus velaris*), „r” gardłowe (*rhotacismus laryngealis*)”. Tamże, s. 28–29.

⁵⁷ „Literatura podaje następujące wadliwe postacie głosek detalizowanych: wargowo-zębowe (*sigmatismus labio-dentalis*), międzyzębowe (*sigmatismus interdentalis*), przyzębowe (*sigmatismus addentalis*), boczne (*sigmatismus lateralis*), nosowe (*sigmatismus nasalis*), krtaniowe (*sigmatismus laryngealis*), świszczące (*sigmatismus stridents*)”. Tamże, s. 29.

⁵⁸ Tamże, s. 28–29.

⁵⁹ B. Ostapiuk, *Zaburzenia dźwiękowej realizacji fonemów języka polskiego – propozycja terminów i klasyfikacji*, „Logopedia” 2000, t. 28, s. 133.

- b) dyslalię fonemową – głoska nienormatywna fonemowo, normatywna fonetycznie,
- c) dyslalię fonemowo-fonetyczną – głoska nienormatywna fonetycznie oraz fonemowo,
- d) dyslalię parafonetyczno-pozafonemową – głoska zawierająca cechy dystynktywne rozmaitych klas głosek (słuchacz waha się, np. między „u” – „r” – „l”),
- e) dyslalię pseudofonetyczno-pozafonemową – zachowanie dźwiękowe, trudne do określenia jako głoska, np. zwarcie krtaniowe,
- f) dyslalię pozafonetyczno-pozafonemową – brak realizacji, zero fonetyczne⁶⁰.

Zaprezentowana klasyfikacja łączy w sobie dwa aspekty. Po pierwsze, uwzględnia podział pochodzący z foniatryi: paralalia dotyczy dyslalii fonemowej, dyslalii właściwej przypasowana jest dyslalia fonetyczna, a mogilalia to dyslalia pozafonetyczna i pozafonemowa. Po drugie, „rozwiązuje takie kwestie jak równocześnie realizowana substytucja i deformacja (z praktyki np. f = międzyzębowe s, tu dyslalia fonemowo fonetyczna) oraz wymowa niektórych głosek w postaci zwarcia krtaniowego lub szczeliny krtaniowej (dyslalia pseudofonetyczna pozafonemowa)”⁶¹.

Jak wskazuje powyższa analiza literatury przedmiotu, istnieją dwa zasadnicze typy klasyfikacji dyslalii: ilościowy i jakościowy. Odmienne podstawy teoretyczne i rozmaite perspektywy badawcze warunkują wielość podziałów, które dla praktyka mogą stanowić wyzwanie i generować trudności w codziennej pracy. W procesie terapeutycznym powinno stosować się taką typologię, która będzie dostępna i zrozumiała dla rodziców pacjentów gabinetów logopedycznych.

2.3. Przyczyny (etiologia) dyslalii

Podstawowym działaniem logopedy we wstępnej fazie postępowania logopedycznego jest określenie źródła powodującego zaburzenia artykulacyjne. Szczegółowa diagnoza i określenie przyczyny zaburzenia warunkują skuteczność terapii. Analizując przyczyny dyslalii, Spionek wskazuje, że nie jest

⁶⁰ Tamże, s. 134.

⁶¹ A. Sołtys-Chmielowicz, *Zaburzenia artykulacji. Teoria i praktyka*, dz. cyt., s. 31.

ona jednostką chorobową, ale zespołem objawów o zróżnicowanej etiologii. Do najczęstszych przyczyn dyslalii badaczka zalicza:

a) zmiany anatomiczne aparatu artykulacyjnego:

- nieprawidłową budowę języka (język zbyt długi, za duży – makroglosja, za krótki, zbyt gruby, krótkie wędzidełko podjęzykowe),
- nieprawidłową budowę podniebienia (zbyt mocno wysklepione, wąskie, podniebienie twarde, tzn. gotyckie podniebienie, rozszczepy podniebienia),
- zniekształcenia zgryzu (zgryz otwarty – gdy zęby dolnej szczęki nie schodzą się z zębami szczęki górnej w odcinku środkowym lub bocznym; przodozgryz *vel* prognację – wysunięcie dolnej szczęki do przodu w stosunku do górnej; tyłozgryz – cofnięcie dolnej szczęki w stosunku do szczęki górnej),
- anomalie zębowe (trwałe: diastemę – szparę między pierwszymi siekaczami; protruzję – wychylenie korony górnych zębów przednich na zewnątrz jamy ustnej; retruzję – czyli wychylenie górnych zębów przednich do wewnątrz jamy ustnej; anomalie zębowe przejściowe, jak podczas wymiany uzębienia),
- przerost trzeciego migdałka,
- polipy,
- skrzywienie przegrody nosowej,
- przerost śluzówki nosa;

b) nieprawidłowe funkcjonowanie narządów mowy:

- niską sprawność języka, warg,
- zakłóconą pracę mięśni napinających i przywodzących więzadła głosowe,
- trudności koordynacji pracy więzadeł głosowych z artykulacją nasady,
- nieprawidłową pracę zwierającego pierścienia gardłowego,
- brak pionizacji języka, tzw. infantylne połykanie (prowadzące do wysuwania języka między zęby);

c) nieprawidłowa budowa i funkcjonowanie narządu słuchu:

- zaburzenia analizy i syntezy słuchowej,
- wybiórcze upośledzenie słuchu,
- obniżenie słyszalności (niedosłuch, głuchotę),
- zaburzenia słuchu fonematycznego⁶²;

⁶² Obecnie słuch fonemowy, pochodzi od fonemu.

d) warunki niesprzyjające uczeniu się mowy (dyslalię związaną z czynnikiem społecznym):

- nieprawidłowe wzorce wymowy,
- nieprawidłową atmosferę, styl wychowania i postawy rodziców,
- brak stymulacji rozwoju mowy,
- nieprawidłowe funkcjonowanie ośrodkowego układu nerwowego (dyslalię ośrodkową, dyslalię centralną, dyslalię występującą w przypadku afazji i dyzartrii),
- psychiczne podłoże dyslalii (brak zainteresowania mową innych, własne wypowiedzi odczuwane jako coś trudnego, męczącego i stąd ograniczone, co nie sprzyja normalnemu rozwojowi mowy, czyli dyslalię asocjacyjną),
- opóźniony rozwój psychomotoryczny i emocjonalny dziecka.

Z pedagogicznego punktu widzenia istotne są zwłaszcza społeczne czynniki powodujące dyslalię. Oddziaływania edukacyjne mogą bowiem przyczynić się do ich niwelowania. Jednym z najczęściej występujących czynników społecznych, powodujących dyslalię, są nieprawidłowe wzorce wymowy. Z jednej strony, jak wskazuje Spionek,

[...] niektórzy rodzice w ogóle nie zwracają uwagi na sposób, w jaki dziecko mówi, albo też rozczula ich i bawi „dziecinny” sposób mówienia, toteż w rozmowach z dziećmi starają się je naśladować „spieszczając” i zniekształcając słowa. Takie postępowanie dorosłych sprzyja utrwalaniu nieprawidłowych stereotypów słuchowo-ruchowych u dzieci, które tym trudniej oduczają się „dziecinnego” sposobu wymawiania, im dłużej się nim posługiwały⁶³.

Sytuacja opisana przez Spionek wydaje się nieświadomym działaniem rodziców i osób z najbliższego otoczenia dziecka, którzy nieprawidłowe wzorce wymawianiowe prezentują dziecku pod wpływem czynnika emocjonalnego. W literaturze przedmiotu, jak wskazał Stanisław Milewski, można wyodrębnić trzy podejścia dotyczące stosowania wobec dzieci tzw. języka nianiek, czyli sposobu komunikowania, który opisała Spionek. Zdecydowana większość badaczy (Leon Kaczmarek, Barbara Sawa, Bronisław Ročławski, Ewa Słodownik-Rycaj) uważa, że mówienie do dzieci w „dziecinny” sposób jest niewłaściwe i może prowadzić do zahamowań oraz zaburzeń w rozwoju mowy u dziecka. Odmienne zdanie prezentuje Hanna Olechnowicz, która

⁶³ H. Spionek, *Zaburzenia psychoruchowego rozwoju dziecka*, dz. cyt., s. 180.

uważa, że stosowanie „dziecinnego” sposobu mówienia pozwala małym odbiorcom na lepsze rozumienie i przyswajanie mowy, a jednocześnie zachęca do podejmowania dialogu za pomocą dostępnych dziecku środków wyrazu. Trzecia grupa prezentuje stanowisko pośrednie między przytoczonymi powyżej skrajnymi postawami badaczy. Paweł Smoczyński i Tadeusz Gałkowski uważają, że należy znaleźć równowagę w sposobie mówienia do dzieci, gdyż zarówno jedno, jak i drugie podejście mogą przynosić pozytywne efekty⁶⁴.

Nie mniej istotnym czynnikiem społecznym, mogącym generować wady wymowy, jest środowisko rodzinne, w którym obserwuje się nieprawidłową atmosferę, styl wychowania i postawy rodziców. Rodzina stanowi pierwsze i zarazem najważniejsze środowisko wychowawcze dziecka, na rodzicach spoczywa odpowiedzialność za zapewnienie mu optymalnych warunków do rozwoju: „Gdy dziecko otoczone jest przez ludzi mówiących poprawnie, a także gdy nie działają czynniki utrudniające naukę mówienia, tempo nauki jest szybkie, a zasób słownictwa (zarówno czynnego, jak i biernego) jest każdego dnia większy”⁶⁵. Jak wskazała Hamerlińska-Latecka, aby dziecko mogło się rozwijać, należy zapewnić mu „odpowiedni klimat emocjonalny, czyli stan, w którym będzie czuło się kochane i akceptowane, jego rozwój będzie wspierany, a poczucie bezpieczeństwa zapewnione”⁶⁶. Brak prawidłowego klimatu emocjonalnego w rozwoju dziecka może być czynnikiem determinującym zaburzenia i deficyty w różnych sferach rozwojowych. Każde dziecko potrzebuje odczuć, że jest wspierane przez swoich najbliższych, a ponadto że jest akceptowane pomimo trudności rozwojowych i deficytów, z jakimi się boryka. Jeśli rodzice mają niewielki kontakt z dzieckiem, ograniczają go lub jest to konsekwencją np. wykonywanej pracy, wówczas dziecko będzie czuło się osamotnione, a w skrajnych przypadkach nawet nieakceptowane. Rodzic winien jest dziecku, na co wskazuje Maria Ziemska, zapewnienie zaspokojenia podstawowych potrzeb, spośród których autorka wymienia m.in. potrzebę życzliwości, ciepła, miłości, czujności i współdziałania, a także szacunku⁶⁷. Właściwy klimat rodzinny jest podstawą procesów rozwojowych dzieci; tym bardziej dotyczy to dzieci z deficytami rozwojowymi. Jak pisze

⁶⁴ Por. S. Milewski, *Mowa dorosłych kierowana do niemowląt. Studium fonostatyczno-fonotaktyczne*, Gdańsk 2004, s. 55–63.

⁶⁵ A. Cios-Goldsztajn, *Etiologia zaburzeń mowy – perspektywa rodziny*, w: *Studia z logopedii i neurologopedii*, dz. cyt., s. 126.

⁶⁶ A. Hamerlińska-Latecka, *Dyslalia. Psychospołeczny aspekt terapii logopedycznej*, dz. cyt., s. 38.

⁶⁷ Por. M. Ziemska, *Postawy rodzicielskie*, Warszawa 1973, s. 26–31.

Hamerlińska-Latecka, „członkowie rodziny powinni stanowić dla dziecka wzór do naśladowania oraz umożliwiać i wspomagać rozwój. Wszelkie nieporozumienia, napięcia, sytuacje stresowe mogą zaburzyć rozwój dziecka, a w tym także mowy”⁶⁸.

Istotny dla procesu rozwoju mowy dziecka jest także styl wychowawczy, jaki prezentują jego rodzice. Badania w tym zakresie prowadziła m.in. Barbara Sawa⁶⁹. Gdy dorośli prezentują postawę zbyt wymagającą i nadmiernie surową wobec dziecka, wówczas ono może reagować lękiem, strachem, ale także przeciwnie – może zacząć się buntować lub prezentować zachowania agresywne. Natomiast dzieci, wobec których rodzice prezentują postawy nadopiekuńczości i rozpieszczania, również mogą ponosić negatywne konsekwencje takich zachowań osób dorosłych. Otóż wychowanie nadopiekuńcze „sprzyja postawie lekceważącej wobec otoczenia, a u dzieci tych obserwuje się mowę niestaranną, niedbałą”⁷⁰. Zarówno zbyt surowe traktowanie dziecka, jak również nadmierna pobłażliwość w wychowaniu mogą skutkować niewłaściwymi zachowaniami u dziecka, a w konsekwencji pogłębianiem się deficytów w jego rozwoju, w tym także mowy.

Wśród czynników społecznych, powodujących zaburzenia mowy, wskazuje się również brak stymulacji rozwoju mowy. Sawa stwierdza, że jeśli „środowisko dziecka wystarczająco stymuluje w różnorodny sposób jego rozwój, to udoskonalają się też jego nawyki językowe”⁷¹. Na zagadnienie stymulacji rozwoju mowy należy popatrzeć z perspektywy rodziny, w jakiej wychowywane jest dziecko, a także na to, w jaki sposób rodzice pobudzają dziecko do mówienia. Styl wychowania i postawy, jakie przyjmują rodzice, mają znaczący wpływ na całościowy rozwój dziecka, w tym także mowy⁷². Wychowanie zbyt rygorystyczne i surowe może hamować dziecko w podejmowaniu aktywności z obawy przed niemożnością sprostania zbyt wysokim wymaganiom, zaś nadto liberalne podejście rodziców rozleniwia dziecko, nie angażuje, daje przyzwolenie na brak aktywności poprzez wyręczanie dziecka w różnych działaniach. Również postawa niekonsekwencji i braku spójności w działaniu rodziców względem dziecka niekorzystnie wpływa

⁶⁸ A. Hamerlińska-Latecka, *Dyslalia. Psychospołeczny aspekt terapii logopedycznej*, dz. cyt., s. 38.

⁶⁹ Por. B. Sawa, *Dzieci z zaburzeniami mowy*, dz. cyt.

⁷⁰ A. Hamerlińska-Latecka, *Dyslalia. Psychospołeczny aspekt terapii logopedycznej*, dz. cyt., s. 40.

⁷¹ B. Sawa, *Dzieci z zaburzeniami mowy*, dz. cyt., s. 36.

⁷² Por. H. Spionek, *Zaburzenia psychoruchowego rozwoju dziecka*, dz. cyt., s. 67–68.

na podejmowanie aktywności. Zazwyczaj dziecko wybiera to, co w danym momencie jest dla niego wygodniejsze. Stymulacja rozwoju mowy dziecka polega na podejmowaniu przez rodziców działań systematycznych, spójnych, adekwatnych do wieku rozwojowego i możliwości dziecka, mających na celu jego aktywizację. Działania stymulujące w zakresie mowy, które powinni podejmować rodzice, polegają na mówieniu do dziecka od urodzenia, zadawaniu mu pytań, opowiadaniu o tym, co się dzieje wokół niego, opisywaniu np. przedmiotów podczas zabawy itp.⁷³ Ważne jest także, żeby rodzice reagowali od pierwszych miesięcy życia dziecka na jego próby nawiązania komunikacji, najpierw ograniczonej do form wokalnych typu: krzyk, płacz, głuźnienie i gaworzenie, a później wraz z rozwojem mowy do doskonalących się form wypowiedzi. Pierwsze próby aktywności w zakresie komunikacji dziecka z otoczeniem są bardzo ważne. Jeśli środowisko, w którym wychowuje się dziecko, zareaguje właściwie, tzn. odpowie na potrzeby dziecka nie tylko w zakresie wykonania czynności, np. higienicznych, ale będzie mówiło do dziecka, uśmiechało się itp., wytworzy się odpowiedni klimat emocjonalny, który samoistnie będzie sprzyjał podejmowaniu aktywności przez dziecko. Brak warunków emocjonalnych i czynników zewnętrznych typu reakcje/działania najbliższego otoczenia może skutkować zaburzeniami w rozwoju mowy, w tym także wymowy.

Zaburzenia mowy w postaci dyslalii mogą również powodować opóźniony rozwój psychomotoryczny i emocjonalny dziecka. Pojęcie rozwoju psychomotorycznego Marta Bogdanowicz wyjaśnia jako proces, w którym „motoryka jest ściśle powiązana z psychiką (całokształtem czynności poznawczych i emocjonalno-motywacyjnych)”⁷⁴. Zdobywanie przez dziecko kolejnych umiejętności w zakresie ruchowym zarówno w odniesieniu do motoryki dużej, jak i małej, staje się „miarą dojrzewania organizmu, a zwłaszcza układu nerwowego”⁷⁵. Prawidłowo przebiegający rozwój motoryczny (związany m.in. z lokomocją, chwytaniem, manipulowaniem) stwarza dziecku warunki do podejmowania aktywności własnej, związanej z eksplorowaniem otaczającej je rzeczywistości, czego konsekwencją jest rozwój

⁷³ Por. J. Cieszyńska, M. Korendo, *Wczesna interwencja terapeutyczna...*, dz. cyt., s. 169–170, 174–175, 180–181, 185–188.

⁷⁴ M. Bogdanowicz, *Problematyka zaburzeń rozwoju psychoruchowego dziecka*, w: *Logopedia. Pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki*. T. 1: *Interdyscyplinarne podstawy logopedii*, dz. cyt., s. 225.

⁷⁵ A. Hamerlińska-Latecka, *Dyslalia. Psychospołeczny aspekt terapii logopedycznej*, dz. cyt., s. 31.

poznawczy, a dalej językowy. Hamerlińska-Latecka opracowała zestawienie prezentujące, jak kształtują się na poszczególnych etapach rozwojowych sprawności w zakresie psychomotorycznym i w zakresie rozwoju mowy. Zaprezentowana charakterystyka ukazuje proces rozwoju i zależności między zdobywaniem poszczególnych umiejętności w zakresie ruchowym, a jednocześnie jakie przełożenie ma to na rozwój mowy. Konsekwencje opóźnień w zakresie psychomotorycznym szeroko w swoich pracach opisała Spionek. Na podstawie przeprowadzonych badań autorka stwierdza, że „niemożność wykonania adekwatnego ruchu artykulacyjnego może być spowodowana nie tylko gorszą wydolnością motoryczną dziecka, lecz również zaburzeniami czucia ruchu, tzn. gorszym różnicowaniem kinestetycznym w obrębie mięśni artykulacyjnych”⁷⁶. W literaturze przedmiotu, jak wskazuje Spionek, istnieją pewne typy relacji dotyczące zaburzeń mowy i zaburzeń w sferze emocjonalno-uczuciowej. Po pierwsze, jak pisze autorka, zaburzenia mowy i zaburzenia w sferze emocjonalnej „mogą mieć wspólną genezę i stanowić równoczesne następstwo działania tych samych czynników patogennych”; po drugie, „zaburzenia mowy mogą być wyrazem zaburzeń uczuciowych i stanowić jedynie pośredni skutek działania czynników patogennych zakłócających życie emocjonalne dziecka” i „wreszcie zaburzenia mowy mogą być pierwotne w stosunku do zaburzeń uczuciowych i stanowić ich bezpośrednią przyczynę”⁷⁷.

2.4. Diagnoza i terapia logopedyczna dzieci z dyslalią

Znajomość rozmaitych typów dyslalii oraz ich pochodzenia pozwoli na odpowiednią terapię logopedyczną, która powinna być poprzedzona gruntowną diagnozą. W *Słowniku pedagogiki specjalnej* termin „diagnoza logopedyczna” definiowany jest jako „postępowanie badawcze, którego celem jest rozpoznanie, a następnie potwierdzenie bądź wykluczenie istnienia patologicznych zjawisk logopedycznych, ustalenie ich etiologii oraz przewidywanie tendencji rozwojowych na podstawie objawów, mechanizmów powstania i przyczyn”⁷⁸. Słownik ten podaje dalej, że diagnoza logopedyczna

⁷⁶ H. Spionek, *Zaburzenia rozwoju uczniów a niepowodzenia szkolne*, Warszawa 1979, s. 158.

⁷⁷ Tamże, s. 170.

⁷⁸ M. Kupisiewicz, *Słownik pedagogiki specjalnej*, Warszawa 2014, s. 72–73.

obejmuje dwa etapy: aktualne rozpoznanie oraz weryfikację w trakcie terapii logopedycznej⁷⁹. Analizując definicję diagnozy logopedycznej, można dostrzec, że jest to pewnego rodzaju „proces (*assessment, evaluation*), jak i efekt owego procesu (*diagnosis*)”⁸⁰. Samego rozpoznania zaburzenia logopeda dokonuje podczas kilku pierwszych spotkań z pacjentem, kiedy to na podstawie przeprowadzanych badań w zakresie nadawania i odbioru mowy ocenia rozwój osoby badanej w tym zakresie. Sprawność logopedy zależy tutaj najczęściej od długości jego stażu pracy, ponieważ im większe ma on doświadczenie, tym rychlej zorientuje się, jakie głoski wybrzmiewają nieprawidłowo. Następnie, analizując aspekt etiologiczny danego zaburzenia, ustali dalsze postępowanie terapeutyczne. Logopeda-diagnosta musi na podstawie dostępnych danych wykazać się również umiejętnością prognostyczną, aby podejmowana później terapia przyniosła pożądane efekty.

Diagnoza stanowi zatem element całościowego procesu postępowania logopedycznego. Obejmuje on czynności, które można ująć w standardowe procedury postępowania terapeutycznego: „diagnozowanie logopedyczne, programowanie terapii i prowadzenie terapii”⁸¹. Standardowy model postępowania logopedycznego prezentuje się, według Grabiasa, następująco:

1. Diagnozowanie

Deskrypcja:

- a) badanie sprawności interakcyjnych:

- wymowa,
- język,
- struktury pojęciowe,
- realizacja dialogu,
- realizacja wypowiedzi narracyjnych.

Interpretacja:

- b) analiza wyników badań specjalistycznych,

- c) wywiad rodzinny,

- d) diagnoza różnicowa,

- e) rozpoznawanie przypadku: orzeczenie o rodzaju zaburzenia, możliwościach badanej osoby, niedostatkach językowych i komunikacyjnych.

⁷⁹ Tamże, s. 72–73.

⁸⁰ E. Czaplewska, *Diagnoza zaburzeń rozwoju artykulacji*, w: *Diagnoza logopedyczna. Podręcznik akademicki*, red. E. Czaplewska, S. Milewski, dz. cyt., s. 72–73.

⁸¹ Tamże, s. 102.

2. Programowanie terapii. Ramy programu:
 - a) cele postępowania logopedycznego,
 - b) strategie i metody postępowania,
 - c) organizacja postępowania.
3. Postępowanie terapeutyczne:
 - a) organizacja etapów terapii i ich ocena oraz dobór środków pomocy,
 - b) prowadzenie dokumentacji,
 - c) weryfikacja hipotez diagnostycznych,
 - d) modyfikacja programu⁸².

Niezależnie od rodzaju zaburzenia mowy każda procedura postępowania logopedycznego wiąże się z zastosowaniem uniwersalnych zasad⁸³. Należy w szczególności pamiętać o nawiązaniu bazującego na poczuciu bezpieczeństwa kontaktu z pacjentem. Logopeda powinien dać odczuć pacjentowi, że akceptuje go, że ma do niego pozytywny stosunek, nie ocenia i nie krytykuje. Od relacji logopedy z pacjentem zależy w znaczącym stopniu skuteczność terapii. Jak wskazuje Anna Skoczek, „terapeuta-logopeda nie powinien ulegać pokusie, by uzyskiwać założone przez siebie perfekcyjne cele, ale raczej powinien pomagać dziecku (pacjentowi) rozwijać się, uzyskiwać poprawę w zakresie komunikacji i władania językiem, na podstawie maksimum możliwości dziecka, zgodnie z jego naturalnymi zdolnościami”⁸⁴. Długotrwały proces ich współpracy powinien opierać się na zaufaniu, poczuciu bezpieczeństwa i akceptacji. Należy też uwzględnić indywidualne możliwości pacjenta, a diagnozę i terapię logopedyczną w aspekcie czasowym i zadaniowym dostosować do jego możliwości psychicznych i fizycznych. Dalej, jak pisze Skoczek, „pierwszym, nadrzędnym warunkiem efektywności pracy logopedy jest spojrzenie na tę profesję jak na spotkanie z drugim człowiekiem i wszystkim tym, co go kształtuje i określa. Oraz założenie, że doskonały wynik to nie wynik taki sam dla wszystkich, lecz całkowicie spersonalizowany”⁸⁵. Bardzo ważny jest również dobór odpowiednich metod, narzędzi diagnostycznych i terapeutycznych. W ich wyborze konieczne jest wzięcie pod uwagę rodzaju zaburzenia, stopnia nasilenia objawów, a także wieku

⁸² S. Grabias, *Teoria zaburzeń mowy...*, dz. cyt., s. 58.

⁸³ Por. T. Cierpiałowska, *The Process of a Complex Logopedic Diagnosis: Theoretical Assumptions and the Case Study Analysis*, w: *Chosen Topics of Persons with a Disability*, red. J. Baran, T. Cierpiałowska, K. Plutecka, Kraków 2013, s. 126–127.

⁸⁴ A. Skoczek, *Czy perfekcja jest jedyną miarą skuteczności terapii z ORM?*, „Forum Logopedy” 2020, nr 39, s. 63.

⁸⁵ Por. tamże.

pacjenta. Procedurę postępowania logopedycznego powinny uzupełniać specjalistyczne badania, dające całościowy obraz pacjenta⁸⁶.

Oceniając zachowania językowe pacjenta, logopeda analizuje również stan i przebieg wielu innych czynności umysłowych. Mowa jest drogą prowadzącą do poznawczych czynności dziecka, jego stanu wiedzy o sobie i o otaczającym je świecie. Na każdym etapie rozwojowym dziecka „istnieją określone struktury tej wiedzy w umyśle i sposoby korzystania z niej w interakcjach”⁸⁷. Interpretacji owej wiedzy na podstawie mowy pacjenta dokonuje logopeda w trakcie badania, oceniając całościowy poziom rozwoju dziecka.

Ponadto Grabias wskazuje, że „język jest ścieżką wiodącą do ludzkich emocji i chceń”⁸⁸. W werbalnym przekazie realizowane są intencje, jakie „odsłania” tutaj nadawca komunikatu, a także jego wiedza, emocje i potrzeby. Badając zachowania językowe, uzyskuje się obraz jednostki jako członka grupy społecznej i dopiero na podstawie takiej wiedzy można określić stopień socjalizacji dziecka z zaburzeniem logopedycznym. W tym kontekście „diagnoza logopedyczna to określony sposób postępowania badawczego, którego celem jest potwierdzenie bądź wykluczenie istnienia zjawisk logopedycznych oraz przewidywanie ich tendencji rozwojowych na podstawie objawów, patogenezy i patomechanizmu”⁸⁹. Według Grabiasa diagnozowanie wymaga zastosowania dwóch rodzajów technik badawczych: deskrypcji i interpretacji. Deskrypcja to „rejestracja i opis stanów oraz zachowań badanej osoby”⁹⁰. Jak pisze Pluta-Wojciechowska, „deskrypcja – jako pierwszy krok – otwiera kolejne etapy postępowania pod warunkiem, że opis jest przeprowadzony zgodnie z kanonami sztuki logopedycznej”⁹¹. Dla logopedy sferę zachowań określają zachowania językowe. Podczas diagnozy powinien on zaobserwować i opisać układ sprawności językowej pacjenta. Szczegółowa analiza zaburzeń logopedycznych wraz z ich dokładnym rozpoznaniem jest niezbędna w trafnym programowaniu, a następnie w prowadzeniu terapii logopedycznej⁹². Na tym etapie badań logopedycznych najwyraźniej dostrzega się interdyscyplinarność logopedii. Niezbędna wiedza z zakresu

⁸⁶ Por. G. Jastrzębowska, *Podstawy teorii i diagnozy logopedycznej*, dz. cyt., s. 387–388.

⁸⁷ Tamże, s. 59.

⁸⁸ Tamże.

⁸⁹ Tamże, s. 387.

⁹⁰ S. Grabias, *Teoria zaburzeń mowy...*, dz. cyt., s. 59.

⁹¹ D. Pluta-Wojciechowska, *Opis zaburzeń mowy jako pierwszy etap postępowania logopedycznego*, „Logopedia Silesiana” 2012, nr 1, s. 31.

⁹² Por. tamże, s. 31–34.

medycyny, psychologii, a także pedagogiki okazuje się konieczna w holistycznym spojrzeniu na pacjenta.

Drugą technikę badawczą, wykorzystaną przez logopedę, stanowi interpretacja, która „polega na włączeniu stanów i zachowań w perspektywę wiedzy objaśniającą ich istotę”⁹³. Następny istotny element dostarczający niezbędnej wiedzy o pacjencie to właściwa interpretacja informacji z takich źródeł, jak chociażby wywiad rodzinny. Można przy jego zastosowaniu na przykład pozyskać wiedzę o predyspozycjach genetycznych, a także o rozmaitych okresach życia jednostki, w których mogło dojść do uszkodzeń. Interpretacja wiedzy o pacjencie na podstawie dostępnych logopedzie danych pomaga weryfikować wiedzę deskryptywną. Obie wskazane przez Grabiasa procedury prowadzą do diagnozy wstępnej, określającej stan badanej osoby, a następnie wskazującej na ewentualne uszkodzenia w obrębie mózgu i układów wykonawczych, związanych z procesem mówienia. Logopeda często musi rozgraniczać zaburzenia podobne w swoich objawach na podstawie wiedzy i doświadczenia, w efekcie czego dokonuje „diagnozy różnicowej”⁹⁴.

Zamierzając zdiagnozować poznawcze możliwości dziecka, logopeda powinien też zbadać kilka aspektów realizacji mowy. Po pierwsze, dokonuje oceny sprawności leksykalnej. Zasób leksykalny jednostki to obraz stanu wiedzy pacjenta o świecie, a także wskaźnik rozumienia relacji między zjawiskami, bowiem „w języku zawarta jest kulturowa segmentacja świata. Słowa odsyłają do desygnatów i wyznaczają relację między nimi”⁹⁵. Następnie powstają konstrukcje słowotwórcze, dowodzące językowej sprawności umysłu. Drugi badany element w diagnozie logopedycznej stanowi sprawność semantyczna. Zdobyte przez człowieka doświadczenie analizowane jest przez mózg, a potem porządkowane w pojęcia. Z przeprowadzonych badań wynika, że zdrowy mózg porządkuje doświadczenia zgodnie ze społecznym schematem, a kompetencję tę nabywa do około 10. roku życia. Gdy sposób porządkowania wiedzy przez pacjenta charakteryzuje się ubóstwem środków językowych i brakiem formuł definicyjnych, dowodzi to dysfunkcji lub uszkodzenia mózgu⁹⁶.

⁹³ S. Grabias, *Mowa i jej zaburzenia*, dz. cyt., s. 59.

⁹⁴ Tamże.

⁹⁵ Tamże, s. 60.

⁹⁶ Por. np. T. Zyss, *Neurofizjologiczne podłoże procesu mówienia – rola somatosensorycznej kontroli zakrętów zaśrodkowych*, w: *Biologiczne uwarunkowania rozwoju i zaburzeń mowy*, red. M. Michalik, Kraków 2011.

Trzecim, bardzo ważnym elementem diagnozy czynności poznawczych jest sprawność narracyjna. Będąca jedną z najtrudniejszych form przekazu językowego narracja wymaga od nadawcy porządkowania wiedzy o otaczającym go świecie, a także daje obraz badanej osoby wobec zdarzeń i ich uczestników. Kolejny element diagnozy logopedycznej stanowi analiza zachowań komunikacyjnych, pozwalających logopedzie dostrzec intencje pacjenta. Grabias w swojej procedurze postępowania logopedycznego wyróżnia cztery jego typy: intencje informowania⁹⁷, działania⁹⁸, modalności⁹⁹ oraz emocji¹⁰⁰. Podczas diagnozy logopeda początkowo ocenia układ intencji pacjenta, a następnie analizuje werbalne i niewerbalne środki ich realizacji. Jak wskazuje badacz, „układ intencji zawartych w zachowaniach dziecka zaświadcza o harmonijnym rozwoju umysłu”¹⁰¹. Dotychczas w diagnozowaniu przekazu koncentrowano się na ocenie czynności mówienia u osoby badanej. Nadal jest to bardzo ważny element diagnozy logopedycznej, jeśli uwzględni się następujące elementy: motorykę narządów mowy, wymowę i prozodię mowy.

Badania z zakresu socjolingwistyki wskazują na jeszcze jeden niezmierzony istotny aspekt ludzkiej aktywności językowej: sprawność dialogową, której każdy uczy się od zarania swego życia, wchodząc w interakcje z drugim człowiekiem. W początkowej fazie ludzkiej egzystencji sprawność ta funkcjonuje na poziomie niewerbalnym, aby z czasem przejść na wyższy poziom porozumiewania się: za pomocą słowa. W interakcjach językowych istnieje możliwość diagnozowania socjolingwistycznej kompetencji językowej¹⁰², składającej się na proces społecznego przystosowania.

Zdaniem Grabiasa, aby diagnoza w postępowaniu logopedycznym była pełna, należy uwzględnić procedury prognostyczne¹⁰³. Do tych działań badacz zalicza programowanie terapii i jej realizację. Zdobytą o pacjencie

⁹⁷ „Chcę, żebyś wiedział, że...; realizują ją akty mowy opisujące rzeczywistość: np. To jest samochód”. S. Grabias, *Teoria zaburzeń mowy...*, dz. cyt., s. 65.

⁹⁸ „Chcę zmiany danego stanu, realizują ją akty wykonawcze typu np. Idziemy do kina”. Tamże.

⁹⁹ „Realizują ją akty wskazujące na realność zjawiska: np. Jestem pewien, Wątpię, że...”. Tamże.

¹⁰⁰ „Stany emocjonalne nadawcy są zawsze obecne w wypowiedzi; odczytujemy je na zasadzie: np. Czuję gniew”. Tamże.

¹⁰¹ Tamże, s. 66.

¹⁰² Por. tamże.

¹⁰³ Por. tamże.

w czasie diagnozy wiedzę logopeda powinien skrupulatnie zweryfikować przed sformulowaniem celu terapii, metody pracy i określeniem kolejnych faz współpracy. Na tym etapie bardzo ważne jest, aby wszelkie działania podejmować indywidualnie wobec pacjenta, wyznaczając kolejne „kroki” terapeutyczne względem jego możliwości.

Najdokładniejszą informację o stanie wymowy uzyskuje się podczas dłuższych wypowiedzi dziecka. Analizując kryteria opisane przez Kanię, otrzymuje się obraz poprawności wymowy danego pacjenta. Kania wskazuje na kryteria: ortoepiczne¹⁰⁴, estetyczne¹⁰⁵, wieku¹⁰⁶ i medyczne¹⁰⁷. W pierwszym kontakcie z pacjentem, w czasie swobodnej rozmowy, przy uwzględnieniu wcześniej wspomnianych kryteriów zyskuje się informacje o brzmieniu dźwięków i o estetyce układu narządów artykulacyjnych. Na tym etapie logopeda dostrzega niedostatki w mowie i ocenia zrozumiałość wypowiedzi. Mają też miejsce takie sytuacje, że pacjent mówi niewiele i w związku z tym pozyskany materiał jest niewystarczający. Wtedy wykorzystuje się kwestionariusze obrazkowe. Nazywanie przez pacjenta przedmiotów przedstawianych na obrazkach w kwestionariuszu pozwala logopedzie na uzyskanie niezbędnej wiedzy o realizacji wszystkich fonemów. Trzecim elementem badania jest powtarzanie zdań, wyrazów, sylab i głosek¹⁰⁸. Na tym etapie logopeda dowiadyuje się, jakie są możliwości artykulacyjne dziecka. W konsekwencji przeprowadzonych działań i zdobytej wiedzy można podjąć pewne wstępne ustalenia dotyczące tego, czy w terapii głoska będzie wywoływana, czy jedynie utrwalana¹⁰⁹.

Uzyskany materiał powinien być skrupulatnie przeanalizowany przez logopedę. W pierwszej części swojej analizy powinien on zwrócić uwagę na głoski nierealizowane przez dziecko, a następnie na realizowane prawidłowo, ponieważ stanowią one podstawę dalszej terapii. Weryfikacja owej wiedzy jest niezwykle ważna, gdyż istnieje grupa głosek, którą uzyskuje się, przekształcając inne, wymawiane prawidłowo¹¹⁰. Bardzo ważnym elementem

¹⁰⁴ „Czyli zgodność z normą”. Por. J.T. Kania, *Dyslalie na tle procesu rozwojowego artykulacji*, w: tegoż, *Szkice logopedyczne*, Warszawa 1982, s. 148–149.

¹⁰⁵ Por. tamże.

¹⁰⁶ Por. tamże.

¹⁰⁷ „Wskazuje na etiologię zaburzenia”. Tamże.

¹⁰⁸ A. Sołtys-Chmielowicz, *Zaburzenia artykulacji. Teoria i praktyka*, dz. cyt., s. 69.

¹⁰⁹ Por. A. Sołtys-Chmielowicz, *Standard postępowania logopedycznego w przypadku dyslalii*, w: *Standardy postępowania logopedycznego*, red. B. Gąsior, Lublin 2008, s. 60.

¹¹⁰ Por. tamże.

diagnozowania pacjenta jest również poszukiwanie przyczyn nieprawidłowej artykulacji. Logopeda jest uprawniony do przeprowadzenia tylko niektórych badań w celu wykrycia etiologii zaburzenia. Pierwsze i podstawowe działanie to obejrzenie narządu mowy w celu sprawdzenia motoryki aparatu. Diagnozuje się język, podniebienie miękkie i twarde, wargi, uzębienie i żuchwę¹¹¹. Zaburzenia i niedostatki w budowie aparatu artykulacyjnego nie muszą uniemożliwiać prawidłowej realizacji. Jednak zbyt krótkie wędzidełko, brak zębów czy słaba ruchomość żuchwy są częstym powodem trudności w prawidłowej realizacji fonemów. Diagnozując, logopeda powinien sprawdzić słuch fonematyczny¹¹², zwłaszcza wtedy, gdy dziecko zamienia głoski. Jednym z ważnych aspektów diagnozy logopedycznej jest wywiad pozwalający uzyskać informacje niezbędne w programowaniu terapii. Wiedza o tym, kiedy dziecko zaczęło mówić, jak przebiegał rozwój mowy czy o wadach wymowy u najbliższych członków rodziny umożliwi wykluczenie np. ryzyka nieprawidłowego wzorca wymawianiowego w najbliższym otoczeniu dziecka. Zdarza się też, że logopeda stwierdzi konieczność konsultacji z innym specjalistą. Gdy zachodzi podejrzenie niedosłuchu u pacjenta, potrzebne jest skierowanie go do laryngologa. Stawiając diagnozę, logopeda może również korzystać z pomocy ortodonta, neurologa i psychologa¹¹³.

Grabias, wyróżniając poszczególne elementy diagnozy logopedycznej, zwraca uwagę na diagnozę różnicową jako komponent procesu diagnozowania pacjenta, a dotyczy to sytuacji, kiedy zaburzenia artykulacyjne z ogólnego punktu widzenia są nieprawidłowe, ale też nie są uznawane za wady, stając się jedynie błędami wymowy¹¹⁴. Takie sytuacje dotyczą mowy gwarowej. Środowisko, w którym wychowuje się dziecko, staje się dla niego wzorcem wymawianiowym. Należy też uwzględnić fakt, że w tego typu sytuacjach nie ma żadnych zaburzeń w rozwoju fizycznym dziecka, które uniemożliwiałyby prawidłową realizację fonemów. Z diagnozą różnicową ma się do czynienia również w sytuacjach, gdy u pacjenta stwierdza się niedokształcenie mowy¹¹⁵. W tego typu sytuacjach dzieci zaczynają mówić z opóźnieniem, co uwidacznia się we wszystkich podsystemach języka: leksykalnym,

¹¹¹ Por. tamże.

¹¹² Por. np. B. Rocławski, *Słuch fonemowy i fonetyczny. Teoria i praktyka*, Gdańsk 1993.

¹¹³ Por. A. Sołtys-Chmielowicz, *Standard postępowania logopedycznego w przypadku dyslalii*, dz. cyt., s. 60.

¹¹⁴ Por. tamże, s. 62.

¹¹⁵ Nazywane również alalią.

składniowym, morfologicznym i fonologicznym. Ostatnią grupą pacjentów są osoby z występującym u nich gielkotem. Mowa pacjentów cechujących się przyspieszonym tempem mówienia jest niestaranna; niekiedy też pojawiają się zmiany głoskowe. Tacy pacjenci mogą być błędnie diagnozowani jako pacjenci z dyslalią¹¹⁶. Gdy pacjenci z gielkotem zaczynają kontrolować swoją mowę, wtedy staje się ona poprawna pod względem artykulacyjnym.

Diagnoza logopedyczna obejmuje dwa etapy: eksploracyjny i weryfikujący¹¹⁷. Pierwszy z nich, na co już sama jego nazwa wskazuje, dotyczy rozpoznania czy też zanalizowania stanu pacjenta, czego dokonuje się w trakcie badania logopedycznego. Drugi etap, weryfikujący, ukierunkowany jest na ciąg dalszych działań logopedycznych w procesie terapeutycznym, w którym logopeda powinien kontrolować wcześniejsze rozpoznanie diagnostyczne. Należy zatem podkreślić, że diagnoza logopedyczna nie jest jednorazowym działaniem logopedy, ma swój początek w badaniu logopedycznym, a kontynuowana jest w procesie terapeutycznym.

Zdaniem Rodak pierwszym działaniem logopedy powinno być przeprowadzenie badań odsiewających¹¹⁸, zwanych inaczej przesiewowymi. Ten rodzaj badania najczęściej wykonuje logopeda w przedszkolach, ale zdarza się, i to coraz częściej, że również w szkołach. Owo wstępne badanie artykulacji pozwala na dalsze działania diagnostyczne wobec dzieci wymagających tzw. badania pogłębionego i uzupełniającego. Badanie wstępne na etapie eksploracyjnym pozwala „stwierdzić, czy produkcje językowe pacjenta mieszczą się w obrębie określonej grupy; nie ocenia się natomiast predyspozycji osoby badanej do osiągnięcia wyższego poziomu sprawności artykulacyjnej”¹¹⁹. Jeśli po przeprowadzeniu owej wstępnej diagnozy okaże się, że dziecko wymaga dalszego postępowania diagnostycznego, rozpocznie się wtedy badanie pogłębione, a następnie uzupełniające.

Podczas pogłębionego badania artykulacji należy ustalić, „czy dziecko wadliwie artykułuje dany dźwięk w każdym kontekście fonetycznym, czy też tylko w sąsiedztwie niektórych głosek, lub też – czy w każdej, czy tylko w niektórych pozycjach wokalicznych”¹²⁰. Wiedza ta jest niezbędna do

¹¹⁶ Por. A. Sołtys-Chmielowicz, *Standard postępowania logopedycznego w przypadku dyslalii*, dz. cyt., s. 77.

¹¹⁷ Por. tamże.

¹¹⁸ H. Rodak, *Terapia dziecka z wadą wymowy*, dz. cyt., s. 15.

¹¹⁹ Tamże.

¹²⁰ Por. tamże, s. 103.

dalszego postępowania diagnostyczno-terapeutycznego. Badanie artykulacji przeprowadza się z wykorzystaniem rozmaitych metod: każdy logopeda powinien wypracować sobie warsztat pracy na podstawie fachowej literatury przedmiotu. Według Ewy Małgorzaty Skorek metody badań artykulacji dzieli się na te, w których nie wykorzystuje się bodźców audiowizualnych, i na takie, w których badanie jest przeprowadzane z ich zastosowaniem¹²¹.

W pierwszej grupie metod należy wyróżnić rozmowę kontrolowaną. Stanowi ona źródło wielu informacji o osobie badanej, ale wymaga też od terapeuty pewnych umiejętności nabywanych wraz z doświadczeniem. Otóż, jak wskazuje Rodak, „logopeda wychwytuje źle wymawiane głoski”¹²². Jest to umiejętność domagająca się od terapeuty koncentracji i skupienia, gdyż jednocześnie musi on prowadzić dialog z pacjentem w taki sposób, by zainteresować go rozmową, co pozwoli uzyskać „pełną próbkę artykulacji osoby badanej”¹²³. Kolejną metodą badania artykulacji jest nazywanie obrazków przez dziecko, pokazywanych mu przez logopedę. Jak wskazuje literatura przedmiotu i praktyka logopedyczna, wykorzystanie tej metody w trakcie badania artykulacji może różnić się w zależności od preferencji osoby przeprowadzającej badanie. Można wykorzystywać np. dostępne na rynku wydawniczym kwestionariusze obrazkowe¹²⁴ lub też samemu przygotować taki zestaw obrazków. Jednakże podejmując indywidualną pracę w zakresie przygotowania takiego materiału, należy pamiętać o pewnych zasadach: głoski bada się według kolejności występowania we wszystkich pozycjach wokalicznych oraz w rozmaitych sąsiedztwach fonetycznych. Ponadto wszystkie przygotowywane przez terapeutę obrazki powinny być wykonane jedną techniką, np. wydrukowane lub pokolorowane, jednakowej wielkości, a ich reprezentacja powinna być jasna i oczywista dla dziecka na jego etapie rozwojowym. Omówiona metoda badania artykulacji jest dla dzieci atrakcyjna, ale nie można też pominąć faktu, że przy dłuższym trwającym badaniu, np. wszystkich pozycji fonetycznych, może okazać się nużąca i zmęczyć badanego. Alternatywę, zwłaszcza dla dzieci młodszych, stanowi

¹²¹ Por. tamże.

¹²² Tamże, s. 19.

¹²³ E.M. Skorek, *Oblicza wad wymowy*, Warszawa 2001, s. 104.

¹²⁴ Na rynku wydawniczym dostępne są m.in. „Kwestionariusz badania mowy” Grażyny Billiewicz i Brygidy Ziolo, „Kwestionariusz obrazkowy do badania mowy” Katarzyny Bieńkowskiej, „Kwestionariusz do badania mowy dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym” Iwony Michalak-Widery, „Test do badań przesiewowych mowy dla dzieci w wieku przedszkolnym” Iwony Michalak-Widery i Katarzyny Węsierskiej.

metoda badania artykulacji polegająca na nazywaniu przedmiotów. Logopeda powinien wtedy zebrać zabawki lub przedmioty będące konkretnymi przedstawiającymi odpowiednie rzeczowniki. Technika badania zarówno z wykorzystaniem obrazków, jak i z wykorzystaniem przedmiotów jest taka sama. Logopeda, zadając pytanie: „Co to jest?”, powinien uzyskać odpowiedź, w której badany, nazywając to, co jest mu przedstawione, artykułuje daną głoskę. W grupie metod, w której nie wykorzystuje się bodźców audiowizualnych, znajdują się również tzw. pytania-zagadki. Ta metoda polega na zadawaniu dziecku odpowiednich do jego wieku zagadek, których rozwiązanie umożliwia logopedzie określenie artykulacji głosek. Ostatnie dwie w tej grupie metody badania artykulacji pozwalają zaoszczędzić czas, ale można zastosować je tylko wtedy, gdy badany potrafi czytać. Logopeda prosi wtedy pacjenta o odczytanie przygotowanej listy wyrazów, zdań lub tekstu, w których głoski są we wszystkich pozycjach wokalicznych: nagłosie, śródgłosie i wygłosie oraz w rozmaitych sąsiedztwach fonetycznych. Zaleca się, by logopeda nagrywał wypowiedzi pacjenta, stosując wszelkie wymienione powyżej metody badania artykulacji. Umożliwi to kilkukrotne powracanie do realizacji, zarówno na etapie diagnostycznym, jak i później, przy weryfikacji postępów w terapii.

Drugą grupę metod badania artykulacji stanowią takie, w których wykorzystuje się bodźce audiowizualne. W przypadku tych metod „osoba badająca demonstruje dany dźwięk, a badany powtarza go”¹²⁵. Uszczegółowieniem tej grupy metod jest podział na słabe i mocne bodźce audiowizualne. W obu grupach mogą stanowić je: izolowane głoski, sylaby, wyrazy lub krótkie zdania. Gdy terapeuta demonstruje dany dźwięk, a pacjent go powtarza, wykorzystuje się wtedy słabe bodźce audiowizualne, natomiast gdy logopeda „podaje bodziec kilka razy, przy kolejnych demonstracjach zwraca uwagę na wybrany aspekt tworzenia dźwięku, np. na ułożenie warg [...] lub zwraca uwagę na inne specyficzne cechy tworzenia dźwięku”¹²⁶, wówczas metoda ma charakter silnych bodźców audiowizualnych.

Omówione powyżej metody badania artykulacji pozwalają logopedom uzyskać szczegółową ocenę dotyczącą „rodzaju zaburzenia, jego uporczywości oraz możliwości tworzenia prawidłowego dźwięku”¹²⁷, co warunkuje dalsze postępowanie diagnostyczno-terapeutyczne.

¹²⁵ E.M. Skorek, *Oblicza wad wymowy*, dz. cyt., s. 104.

¹²⁶ H. Rodak, *Terapia dziecka z wadą wymowy*, dz. cyt., s. 20.

¹²⁷ E.M. Skorek, *Oblicza wad wymowy*, dz. cyt., s. 109.

Celem terapii wad wymowy jest poprawienie zrozumiałości wypowiedzi oraz estetyki mówienia u pacjenta. Dąży się do usunięcia wszelkich zaburzeń artykulacyjnych, zwracających uwagę swoją odmiennością od ogólnie przyjętej normy językowej. Przed podjęciem działań terapeutycznych w dokonanej diagnozie logopeda ocenia stan wymowy pacjenta oraz stara się ustalić etiologię zaburzenia. Następnie w trakcie terapii logopedycznej, obejmującej trzy etapy pracy korekcyjnej¹²⁸, stara się usunąć zaburzenia artykulacyjne. W pierwszym etapie, zwanym przygotowawczym, eliminuje się przyczyny powstawania danego zaburzenia¹²⁹, skupiając uwagę na dwóch grupach ćwiczeń. Pierwsza z nich ma na celu usprawnienie aparatu artykulacyjnego, zwłaszcza języka. Logopeda najczęściej w formie zabawy zachęca dziecko do ćwiczeń mających poprawić sprawność języka, która w konsekwencji będzie podstawą w dalszych fazach pracy terapeutycznej. Zależnie od rodzaju niesprawności języka (porażenie, zbyt krótkie wędzielko, wiotkość mięśni, brak pionizacji) dobiera się odpowiednie ćwiczenia, pamiętając o stopniowaniu trudności. Druga grupa ćwiczeń związana jest ze słuchem fonematycznym¹³⁰ i wymaga pracy w tym zakresie wtedy, gdy „dziecko nie odróżnia (lub ma wahania pod tym względem) pewnych głosek albo konsekwentnie zastępuje je innymi, albo je miesza”¹³¹. Owe ćwiczenia bywają bardzo trudne, ponieważ zdarza się, że dziecko nie słyszy niewłaściwej realizacji zarówno w swoich wypowiedziach, jak i w wypowiedziach osób z jego otoczenia. Wówczas ćwiczenia powinno się rozpocząć od wysłuchania przez dziecko wyraźnie wymawianej przez logopedę głoski; produkcja ta może zostać wsparta gestem wykonanym przez terapeutę.

Drugi etap terapii logopedycznej polega na wywoływaniu głosek u pacjenta. Jak wskazuje literatura, ten etap pracy powinien trwać krótko, ponieważ polega na „pokazaniu odpowiedniego ułożenia narządów mownych i poleceniu wypowiedzenia głoski [...], wyjątkiem jest głoska ‘r’, której wywoływanie może być trudne i trwać nawet kilka miesięcy”¹³². W terapii logopedycznej stosuje się różnorodne metody wywoływania głosek. Najczęściej dzieli się metody na: fonetyczne i mechaniczne¹³³. Pierwsze z nich

¹²⁸ A. Sołtys-Chmielowicz, *Zaburzenia artykulacji. Teoria i praktyka*, dz. cyt., s. 77.

¹²⁹ Por. tamże.

¹³⁰ Por. też, *Standard postępowania logopedycznego w przypadku dyslalii*, dz. cyt., s. 63.

¹³¹ Tamże, *Zaburzenia artykulacji. Teoria i praktyka*, dz. cyt., s. 77.

¹³² Tamże, *Standard postępowania logopedycznego w przypadku dyslalii*, dz. cyt., s. 63–64.

¹³³ Tamże, *Zaburzenia artykulacji. Teoria i praktyka*, dz. cyt., s. 81.

polegają na tym, że „punktem wyjścia dla brakującego dźwięku jest inny, prawidłowo realizowany dźwięk, który należy przekształcić, np. przedłużając go, łącząc dwa dźwięki, wymawiając wielokrotnie i szybko itp.”¹³⁴, a drugie, czyli mechaniczne, „są pomocne w rozpoczynaniu pracy od ułożenia narządów mowy, co można osiągnąć poprzez objaśnienie ich układu w jamie ustnej, pokazywanie właściwego układu lub mechaniczne ich układanie np. szpatułką”¹³⁵. Innego podziału metod pracy nad artykulacją dokonała Styczek. Wyróżniła ona:

- a) ćwiczenia narządów mowy,
- b) wyjaśnianie położenia narządów mowy,
- c) kontrolę dotyku i czucia skórnej dłoni,
- d) kontrolę wzrokową,
- e) przekształcanie głosek,
- f) ustawianie głosek za pomocą szpatułki,
- g) gesty umowne, np. wzniesienie wyprostowanej dłoni ku górze oznacza uniesienie czubka języka do góry,
- h) ćwiczenia słuchu fonematycznego,
- i) ćwiczenia słuchu muzycznego,
- j) ćwiczenia autokontroli słuchowej,
- k) ćwiczenia kinestezji mowy¹³⁶.

Inaczej podzieliła i scharakteryzowała wywoływanie głosek Rodak, wyróżniając:

- a) metody audiopedagogiczne (stosowane w pracy z dzieckiem charakteryzującym się słabą uwagą i pamięcią audytywną),
- b) metody logopedyczne (ćwiczenia motoryki mówienia i produkowania dźwięków), dzielące się na: pasywne (stosowanie narzędzi i sond logopedycznych, skutkujące właściwym ułożeniem narządów mowy pacjenta); odczytywania mowy z ust, tj. wzrokowe (przy których zastosowaniu dziecko najpierw obserwuje ułożenie narządów mowy u logopedy, a następnie próbuje je odtworzyć i wreszcie wypowiadać głoskę) oraz aktywne (polegające na przekształceniu tzw. dźwięku pomocniczego w dźwięk docelowy) i usprawniania narządów artykulacyjnych¹³⁷.

¹³⁴ Tamże.

¹³⁵ Tamże.

¹³⁶ I. Styczek, *Logopedia*, dz. cyt., s. 446–455.

¹³⁷ Por. H. Rodak, *Terapia dziecka z wadą wymowy*, dz. cyt., s. 29–32.

W indywidualnej pracy z pacjentem logopeda powinien być otwarty na rozmaite techniki wywoływania głosek i dobierać je w taki sposób, aby okazały się najefektywniejsze względem konkretnego pacjenta.

Ostatni etap pracy w terapii logopedycznej Kania nazywa etapem automatyzacji. Przechodząc do tej części pracy terapeutycznej, pacjent powinien posiadać już umiejętność prawidłowej artykulacji. W tym etapie będzie ją tylko utrzymywał. Ten czas pracy trwa najdłużej w całym procesie, ponieważ wymaga zastosowania zdobytych umiejętności w rozmaitych kontekstach, a następnie, już poza gabinetem logopedycznym, w mowie spontanicznej. Ch. van Riper i J.V. Irvin opracowali tzw. termometr mówienia, wskazujący, jak stopniowo pacjent pokonuje trudności wynikające z wprowadzania do mowy czynnej zdobytych umiejętności obejmujących prawidłową realizację określonego fonemu:

1. Wiem, jak wymawia się dźwięk.
2. Mogę wymówić dźwięk.
3. Mogę wymówić dźwięk prawidłowo między samogłoskami.
4. Mogę wymówić dźwięk prawidłowo w nagłosie wyrazu.
5. Mogę wymówić dźwięk prawidłowo w śródgłosie wyrazu.
6. Mogę wymówić dźwięk prawidłowo w wygłosie wyrazu.
7. Mogę wymówić dźwięk prawidłowo podczas czytania.
8. Mogę wymówić dźwięk prawidłowo w poradni.
9. Mogę zawsze prawidłowo posługiwać się dźwiękami¹³⁸.

W przypadku tzw. termometru mówienia można dostrzec podobieństwo z metodami audiopedagogicznymi, w których na początku drogi terapeutycznej dziecko zapoznaje się z prawidłowym brzmieniem głoski, a następnie uczy się właściwej artykulacji. W nurcie metod logopedycznych można wyodrębnić następujące etapy terapii:

- o. Zerowy: wstępny i przygotowawczy (przygotowanie narządów artykulacyjnych).
1. Wywołanie głoski, wypowiadanie w izolacji.
2. Wypowiadanie głoski w sylabach i logotomach.
3. Wypowiadanie głoski w wyrazach.
4. Wypowiadanie głoski w parach wyrazów.
5. Etap wypowiadania głoski w zdaniach.

¹³⁸ Por. J.T. Kania, *Fonetyczna i logopedyczna charakterystyka mowy bezdźwięcznej*, w: *Wybrane zagadnienia z defektologii. Szkice logopedyczne*, t. 3, red. T. Gałkowski, Warszawa 1975, s. 200–226.

6. Etap wypowiedziania głoski w mowie spontanicznej (automatyzacja)¹³⁹.

W pierwszej fazie logopeda podejmuje decyzję dotyczącą kolejności wywoływania głoski, czyli tego, od czego pacjent rozpocznie terapię w przypadku zaburzenia kilku lub kilkunastu fonemów. Kania podkreśla, że planując przebieg terapii logopedycznej, należy:

1. Rozpocząć pracę od dźwięku najwcześniej pojawiającego się w mowie dziecka.
2. Zająć się dźwiękiem, nad którym pacjent sam pracuje, np. odróżnia słuchem, ale nie potrafi jeszcze wymówić.
3. Rozpocząć pracę od dźwięku, którego wadliwa postać jest bliższa wymowie prawidłowej.
4. Pracować nad dźwiękiem, którego wadliwa postać jest mniej utrwalona.
5. Rozpocząć pracę od dźwięku dającego się najłatwiej wywołać¹⁴⁰.

W celu osiągnięcia pełnej automatyzacji dźwięku Anna Sołtys-Chmielowicz zaproponowała następujący sposób:

1. Wprowadzenie głoski do:
 - a) sylab (powtarzanie),
 - b) wyrazów (powtarzanie),
 - c) grup wyrazowych i zdań (powtarzanie).
2. Utrwalenie głoski w:
 - a) wyrazach (nazywanie przedmiotów rzeczywistych i na obrazkach),
 - b) rymowankach (wierszyki, zagadki itp. odtwarzanie z pamięci),
 - c) samodzielnych wypowiedziach na rozmaite tematy pod kontrolą logopedy w poradni,
 - d) środowisku rodzinnym i szkolnym pod kontrolą rodziców i nauczycieli¹⁴¹.

Gdy pacjent już bez kontroli potrafi prawidłowo posługiwać się wszystkimi głoskami, można uznać ten etap za zakończenie terapii. Oznacza to, że nastąpiła pełna automatyzacja, włącznie z mową spontaniczną.

Odmienne stanowisko w podejściu do terapii dziecka z dyslalią zaprezentowała Pluta-Wojciechowska. Autorka wskazuje, że do pewnego momentu w pracy teoretyczno-praktycznej również podzielała powyższy model odnoszący się do trzech etapów: wstępnego/przygotowawczego, nauki głoski

¹³⁹ Por. E.M. Skorek, *Oblicza wad wymowy*, dz. cyt., s. 129–135.

¹⁴⁰ A. Sołtys-Chmielowicz, *Zaburzenia artykulacji. Teoria i praktyka*, dz. cyt., s. 77.

¹⁴¹ Tamże, s. 86.

i jej automatyzacji w różnych jednostkach języka, ale obecnie zaznacza, że „rodzaj zastosowanych metod i strategii, np. kolejność pracy nad poszczególnymi głoskami itd. wynika z indywidualnych możliwości pacjenta, jego wieku, cech objawu i analizy mechanizmu wraz z przyczynami zaburzeń”¹⁴². Badaczka, jak sama wskazuje, w swoim podziale uwzględnia „szerszy kontekst, który niesie za sobą prymarność pewnych czynności w stosunku do artykulacji będącej czynnością wtórną”¹⁴³, a prezentuje się on następująco:

- „konstruowanie przedpola artykulacji,
- wybór głoski do ćwiczeń,
- uzyskanie warunków progowych,
- nauka głoski,
- aktywizacja głoski w większej strukturze,
- polaryzacja głoski,
- wprowadzenie głoski do mowy potocznej”¹⁴⁴.

Podsumowując, fundamentalnym elementem terapii dzieci z dyslalią jest odpowiednie dobranie ćwiczeń usprawniających cały aparat odpowiedzialny za prawidłową realizację aktu, jakim jest mówienie. Prawidłowy tor oddychania i sprawny narząd artykulacyjny są podstawą w prawidłowej wymowie. Wśród metod używanych w terapii logopedycznej dzieci z dyslalią wyróżnia się:

1. „Metody dotyczące ćwiczeń oddechowych”¹⁴⁵.
2. Metody dotyczące ćwiczeń narządów artykulacyjnych¹⁴⁶.
3. Metody dotyczące wywoływania prawidłowej artykulacji i jej utrwalania na poszczególnych etapach terapii¹⁴⁷:
 - metody naturalne – metody ruchowe – ćwiczenia narządów mownych, metody sensoryczne (metodę słuchową, metodę wzrokową, metodę dotykową),

¹⁴² D. Pluta-Wojciechowska, *Dyslalia obwodowa. Diagnoza i terapia logopedyczna wybranych form zaburzeń*, Bytom 2019, s. 276.

¹⁴³ Tamże, s. 282.

¹⁴⁴ Tamże.

¹⁴⁵ Por. np. G. Gunia, *Terapia logopedyczna dzieci z zaburzeniami słuchu i mowy. Wybrane problemy teorii i praktyki surdologopedycznej*, Kraków 2006, s. 150–154; D. Pluta-Wojciechowska, *Dyslalia obwodowa. Diagnoza i terapia logopedyczna wybranych form zaburzeń*, dz. cyt., s. 253–256.

¹⁴⁶ Por. np. G. Gunia, *Terapia logopedyczna dzieci z zaburzeniami słuchu i mowy...*, dz. cyt., s. 154–158; D. Pluta-Wojciechowska, *Dyslalia obwodowa. Diagnoza i terapia logopedyczna wybranych form zaburzeń*, dz. cyt., s. 237–253.

¹⁴⁷ Por. np. tamże, s. 285–300.

- metody pośrednie – metodę tłumaczeniową, metodę onomatopeiczną, metodę substytucyjną,
 - metody nienaturalne – z wykorzystaniem przyrządów logopedycznych i podrażnianiem miejsc odpowiedzialnych za powstanie danej głósłki.
4. Metody wspomagające: masaż twarzy i jamy ustnej, muzykoterapię i logorytmikę¹⁴⁸.

Przedstawione powyżej zaburzenie w rozwoju mowy, jakim jest dyslalia, uwidacznia nieścisłości terminologiczne i definicyjne samego terminu. Brak jednoznaczności co do etiologii zaburzenia wskazuje na złożoność zagadnienia, jakim są wady wymowy. Sam proces diagnozy dla doświadczonego logopedy nie powinien stanowić większego problemu, ważne jest natomiast, by umiejętnie logopeda dobierał metody i techniki w pracy terapeutycznej, mając na względzie przede wszystkim indywidualizację pracy z pacjentem. Ta indywidualizacja wiąże się szerszym kontekstem patrzenia na potrzeby i współistniejące problemy, z którymi może borykać się dziecko.

Na podstawie przeprowadzonej analizy literatury przedmiotu można stwierdzić, że rozwój mowy wpisany jest w całościowy rozwój młodego człowieka. Zaburzenia w procesie kształtowania mowy mogą być powiązane z problemami emocjonalnymi. Te z kolei będą rzutować na problemy w innych obszarach rozwoju, np. poznawczym. Przypuszczenie to wymaga weryfikacji empirycznej.

¹⁴⁸ A. Hamerlińska-Latecka, *Dyslalia. Psychospołeczny aspekt terapii logopedycznej*, dz. cyt., s. 65.

ROZDZIAŁ 3

Metodologiczne podstawy badań własnych¹

Każda dziedzina naukowa czyni swoim przedmiotem prawdę o otaczającym nas świecie i zjawiskach, jakie w nim zachodzą. W celu opisania przybliżających do prawdy faktów proces jej poznawania podlega regułom badawczym. Są takie obszary ludzkiego życia, które wymagają od badacza szczególnej wrażliwości i ostrożności, tak jest w przypadku emocji. Świat emocji to sfera ludzkiego życia, którą trudno jest zmierzyć czy określić według sztywnych, ilościowych reguł; wymaga ona specyficznego podejścia badawczego.

3.1. Cele badań, problematyka badawcza i hipotezy

Rozwój dziecka stanowi przedmiot analiz i badań przedstawicieli rozmaitych dyscyplin naukowych, zwłaszcza: psychologii, pedagogiki, medycyny i logopedii. Fakt ten sugeruje wielowymiarowy charakter zjawiska, jakim jest rozwój człowieka, ale także uzmysławia, że jedynie interdyscyplinarne zespoły specjalistów są w stanie pomóc dziecku, jeśli pojawią się zaburzenia w jego rozwoju. W praktyce pedagogicznej nauczyciel niejednokrotnie obserwuje problemy i zaburzenia rozwojowe u uczniów w różnorodnych obszarach ich wzrostu. Konsekwencją tych obserwacji stanowią pytania „nastawione” na poszukiwanie odpowiedzi i czerpanie wiedzy z rozmaitych dziedzin naukowych.

¹ Rozdział ten obejmuje problemy w funkcjonowaniu społeczno-emocjonalnym ujawniane przez dzieci z dyslalią, rozpoczynające edukację szkolną, w porównaniu z rówieśnikami nieposiadającymi wad wymowy w świetle wyników badań własnych.

Jednym z wyzwań, przed którym współcześnie bardzo często staje nauczyciel, w szczególności na etapie edukacji przedszkolnej i wczesnoszkolnej, jest praca z dzieckiem z wadą wymowy, a przecież, jak pisze Ewa Kochanowska i co warto podkreślić, „mowa i właściwa wymowa umożliwia dziecku zaspokajanie swoich potrzeb, ułatwia mu nawiązywanie stosunków społecznych, dostarcza podstaw do oceny przez członków grupy, umożliwia samoocenę, wpływa na osiągnięcia szkolne i pozwala dziecku oddziaływać na zachowania osób z otoczenia”². Zatem należy zadać pytanie: jak bardzo złożony jest problem tych dzieci, których mowa odbiega od przyjętej normy wymawianiowej? Analizując, na jak wiele sfer życia dziecka wpływa prawidłowa wymowa, stwierdza się, że dzieciom z dyslalią poza terapią logopedyczną niezbędnych jest wiele działań opiekuńczo-wychowawczych w podstawowych środowiskach, w jakich owe dzieci funkcjonują. Wady wymowy mogą ograniczać zaspokajanie potrzeb u dziecka, potęgować trudności w kontaktach społecznych, obniżać jego samoocenę i wyniki szkolne. Złożoności tego problemu i wyzwania, jakie pojawia się przed nauczycielem, dowodzi poparty badaniami fakt, że wady wymowy stanowią jedno z najczęściej występujących zaburzeń mowy u dzieci w wieku wczesnoszkolnym, czyli w wieku od 6 do 9 lat³. O koniecznym wręcz poświęceniu uwagi temu zagadnieniu decyduje również to, że „pomimo stworzenia – na początku lat siedemdziesiątych – zorganizowanego systemu opieki logopedycznej i kształcenia coraz większej liczby specjalistów, wśród polskich dzieci obserwuje się (utrzymujący [się] na podobnym poziomie od prawie czterdziestu lat) wysoki wskaźnik zaburzeń mowy w wieku szkolnym, co potwierdzają dane statystyczne”⁴. Z przedstawionych badań wynika, że wśród dzieci z zaburzeniami mowy (zwłaszcza z zaburzeniami artykulacyjnymi), które rozpoczynają naukę w szkole, znajdują się dzieci, które miały już wcześniej zapewnioną opiekę logopedyczną⁵, oraz dzieci pozbawione tej

² E. Kochanowska, *Sytuacja szkolna dzieci z wadami wymowy w edukacji wczesnoszkolnej*, w: *Profilaktyka logopedyczna w praktyce edukacyjnej*, t. 1, red. K. Węsierska, Katowice 2012, s. 203.

³ Por. A. Walencik-Topiłko, *Stymulacja sprawności językowej dziecka w młodszym wieku szkolnym*, dz. cyt., s. 91.

⁴ G. Jastrzębowska, *Stan i perspektywy opieki logopedycznej w Polsce*, dz. cyt., s. 307.

⁵ Dokumentami regulującymi organizację opieki logopedycznej są: Ustawa z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (tekst jednolity: Dz. U. z 1996 r. Nr 67, poz. 329), Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 7 stycznia 2003 r. w sprawie zasad udzielania i organizowania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz. U. z 2003 r. Nr 11, poz. 114).

opieki z rozmaitych przyczyn, np. z powodu braku specjalisty w placówce lub nieskorzystania z jego pomocy.

Głównym celem moich badań jest poznanie sytuacji społeczno-emocjonalnej dzieci z dyslalią. Eksplorowanie tego zjawiska wydaje się istotne z kilku powodów. Przynajmniej częściowe przybliżenie problemów społeczno-emocjonalnych, z jakimi mogą funkcjonować dzieci z wadami wymowy, pozwoli na lepsze ich zrozumienie przez nauczycieli i rodziców, jak również stanie się podstawą do określenia odpowiednich metod wspierania i współpracy na rozmaitych płaszczyznach życia dziecka. Etap edukacji wczesnoszkolnej to przełomowy okres w egzystencji młodego człowieka. Z tym etapem wiążą się nowe doświadczenia, zarówno dotyczące procesu nabywania umiejętności i kompetencji wynikających z podstawy programowej, jak i odnoszące się do nawiązywania i rozwijania relacji rówieśniczych. Wady wymowy stanowią zatem w rozwoju dziecka zaburzenie, którego konsekwencje widoczne są nie tylko w jakości nadawanych przez dziecko komunikatów, ale mogą też wywierać wpływ na inne sfery jego życia, przyczyniając się do zahamowania rozwoju w różnych wymiarach życia młodego człowieka. Ze względu na świadomość faktu, że zaburzenia, problemy w jednej sferze powodują problemy w pozostałych, postawiłam sobie za cel zidentyfikowanie trudności społeczno-emocjonalnych dzieci z dyslalią. Poznanie tych problemów pozwoli na adekwatne towarzyszenie wychowawcze dzieciom z dyslalią, a tym samym na wspieranie ich w holistycznym rozwoju.

Z tak zarysowanego celu ogólnego wyłaniają się cel teoretyczny i praktyczny badań podejmowanych w ramach tej pracy. Celem teoretycznym pracy jest określenie relacji zachodzącej pomiędzy wadami wymowy u dzieci a problemami społeczno-emocjonalnymi w ich rozwoju, natomiast celem praktycznym przeprowadzonych badań opracowanie modelu oddziaływań wychowawczych oraz współpracy podmiotów uczestniczących w procesie rozwoju dziecka mającego zdiagnozowaną wadę wymowy.

Realizacja celów możliwa jest poprzez rozwiązanie problemu, który sformułowano w postaci pytania głównego: **jakie problemy w funkcjonowaniu społeczno-emocjonalnym ujawniają dzieci z dyslalią rozpoczynające edukację szkolną w porównaniu z rówieśnikami nieposiadającymi wad wymowy?** Uzyskanie wiedzy na ten temat stało się możliwe dzięki postawionym w monografii pytaniom szczegółowym:

1. Jaki jest obraz siebie u dzieci z dyslalią?
2. Jakie są relacje dzieci z dyslalią z najbliższymi członkami rodziny?

3. Jak dzieci ze zdiagnozowaną dyslalią funkcjonują w grupie rówieśniczej?
4. W jaki sposób dzieci ze zdiagnozowaną dyslalią spędzają najczęściej swój wolny czas?

Sformułowanym problemom badawczym odpowiadają hipotezy: główna i szczegółowe. Hipotezę główną sformułowano następująco: **Uczniowie z dyslalią rozpoczynający edukację szkolną ujawniają więcej problemów w różnych wymiarach funkcjonowania społeczno-emocjonalnego w porównaniu z rówieśnikami niemającymi zdiagnozowanych wad wymowy.**

Hipotezy szczegółowe sformułowano następująco:

HS1 – Dzieci z dyslalią częściej niż ich rówieśnicy bez wad wymowy mają negatywny obraz siebie.

HS2 – Dzieci z wadami wymowy rzadziej niż dzieci nieposiadające wad wymowy dążą do kontaktów z rówieśnikami.

HS3 – Dzieci z wadami wymowy bardziej sporadycznie niż dzieci bez zdiagnozowanych wad wymowy angażują się w sytuacje dydaktyczno-wychowawcze w szkole.

HS4 – Dzieci z dyslalią częściej niż ich rówieśnicy bez zaburzeń logopedycznych spędzają swój wolny czas w samotności.

HS5 – Dzieci z wadami wymowy częściej niż ich rówieśnicy bez wad artykulacyjnych korzystają z urządzeń typu telefon czy komputer.

Przytoczone wyżej pytania szczegółowe oraz odpowiadające im hipotezy określają zakres prowadzonych badań, jednocześnie wskazując na obszary życia dziecka, w których problemy społeczno-emocjonalne się uwidaczniają. Obszary te będą stanowić punkt odniesienia dla zaprojektowania modelu oddziaływań edukacyjnych wobec dzieci ze zdiagnozowaną dyslalią.

3.2. Charakterystyka badanych grup

Zaplanowany projekt badawczy poprzedzony został badaniami pilotażowymi, przeprowadzonymi w pierwszym kwartale 2014 r. Wówczas o wykonanie rysunku rodziny poproszonych zostało przeze mnie dziesięcioro dzieci uczęszczających na terapię logopedyczną⁶. Z każdym z nich przeprowadziłam w czasie zajęć terapeutycznych indywidualną rozmowę. Rysunki

⁶ Wszyscy uczestnicy badania pilotażowego byli objęci terapią logopedyczną ze względu na wadę wymowy. Czas trwania terapii u badanych był rozmaity (od 3 miesięcy do

wykonane wtedy przez dzieci stały się inspiracją do rozmowy, której wcześniej nie miałam możliwości przeprowadzić z każdym z tych dzieci. Z jednej strony mogłam zadawać konkretne pytania dotyczące rysunku, a z drugiej same dzieci zaczęły podejmować rozmaite tematy, często wykraczające poza to, co przedstawiły na kartce. Jako logopeda mogłam przeprowadzić z pacjentem rozmowę o jego emocjach. Jednakże, niestety, często w terapii logopedycznej ograniczenie do schematu zajęć, którego celem jest poprawa jakości wymowy, powoduje zminimalizowanie działań terapeutycznych mających na celu wsparcie emocjonalne pacjenta. To cenne doświadczenie zainspirowało mnie do podjęcia dalszych badań we wspomnianym wyżej zakresie.

Etap właściwy badań do monografii miał miejsce w jednej z krakowskich szkół. Pracę badawczą podjęłam po uzyskaniu od dyrekcji szkoły pisemnego pozwolenia na przeprowadzenie w placówce badań naukowych. Następnie o podjęcie współpracy zostali poproszeni pisemnie rodzice uczniów uczęszczających do oddziału zerowego oraz uczniów klas pierwszych szkoły podstawowej. Pierwszy etap badań odbył się w maju i czerwcu 2014 r., natomiast drugi etap przypadł na maj i czerwiec 2015 r.

Badania do pracy przeprowadziłam tylko w jednej szkole, zamierzając ograniczyć wpływ takich zmiennych, jak: różnice środowiskowe placówek, liczba uczniów w szkołach, liczebność klas i integracja uczniowska, wynikająca z profilu szkoły⁷. Ponadto istotne okazało się też obejmowanie dzieci opieką logopedyczną przez jednego specjalistę. Przeprowadzone przez Hamerlińską-Latecką badania dotyczące czynników warunkujących skuteczność terapii logopedycznej wskazują, że ugodowość (cecha osobowości człowieka) różnicuje poziom skuteczności terapii. Z badań tych wynika, że „im niższy poziom ugodowości u logopedów, tym wyższy poziom skuteczności terapii”⁸. Dążąc zatem do ograniczania wpływu tego rodzaju zmiennych, podjęłam współpracę z jedną logopedką, która przeprowadziła diagnozy i prowadziła terapię wszystkich uczniów uczestniczących w moich badaniach.

Następnie okazało się, że wszelkie wymienione powyżej zmienne w toku prowadzonych badań znacząco wpłynęły na wydłużenie czasu gromadzenia

2 lat). Badaniem objęte zostały dzieci w przedziale wiekowym od 5 do 9 lat, z którymi autorka badań miała możliwość kontaktu w jej pracy zawodowej.

⁷ Szkoły o profilu integracyjnym lub zespoły szkół.

⁸ A. Hamerlińska-Latecka, *Dyslalia. Psychospołeczny aspekt terapii logopedycznej*, dz. cyt., s. 102.

materiału badawczego. Otóż dobranie grup odpowiednio pod względem wieku, płci, jak i założenie, że dzieci z grupy badawczej będą objęte terapią logopedyczną przez szkolnego logopedę minimum przez 8 miesięcy, nie pozwoliło na zgromadzenie materiału w jednym etapie.

W badaniach wzięło udział łącznie 120 dzieci w wieku wczesnoszkolnym. Każde z nich uczestniczyło w badaniu logopedycznym, przeprowadzonym przez szkolnego logopedę.

W niniejszej monografii dzieci, które w wyniku diagnozy logopedycznej miały stwierdzoną wadę wymowy, będą stanowić grupę uczestników zwaną grupą logopedyczną, podczas gdy dzieci uczestniczące w badaniach, ale niemające zdiagnozowanej wady wymowy, będą stanowić grupę nielogopedyczną. Zamieszczone poniżej tabele prezentują dane dotyczące liczby uczniów biorących udział w poszczególnych etapach badań.

Tabela 4. Liczba uczniów biorących udział w pierwszym etapie badań

I etap badań – maj, czerwiec 2014 r.			
Grupa logopedyczna		Grupa nielogopedyczna	
Dziewczynki	Chłopcy	Dziewczynki	Chłopcy
16	14	19	13
Razem: 30		Razem: 32	
Łącznie uczestnicy w I etapie badań: 62 osoby			

Źródło: badania własne

Tabela 5. Liczba uczniów biorących udział w drugim etapie badań

II etap badań – maj, czerwiec 2015 r.			
Grupa logopedyczna		Grupa nielogopedyczna	
Dziewczynki	Chłopcy	Dziewczynki	Chłopcy
14	16	11	17
Razem: 30		Razem: 28	
Łącznie uczestnicy w II etapie badań: 58 osób			

Źródło: badania własne

Uwzględniając różnorodność czynników wpływających na rozwój dziecka, celowo do grupy logopedycznej doбираłam dzieci w grupie nielogopedycznej, biorąc pod uwagę: wiek, płeć, typ rodziny, posiadanie rodzeństwa (bez kontroli kolejności urodzenia), zwierzątko, samodzielnego

pokoju oraz obecność w domu innego członka rodziny. Ten dobór okazał się możliwy dzięki współpracy i pomocy nauczycielek edukacji wczesnoszkolnej, które, będąc wychowawczyniami, mają zazwyczaj obszerną wiedzę o funkcjonowaniu rodzin swoich wychowanków.

Tabela 6. Charakterystyka populacji ze względu na płeć

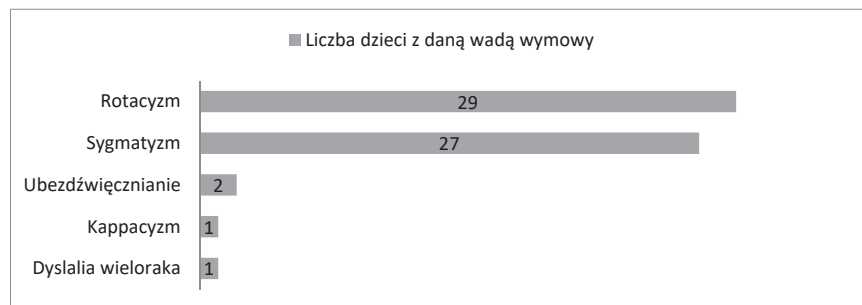
Płeć	Grupa badawcza		Grupa kontrolna		Razem	
	L	%	L	%	L	%
Dziewczęta	30	50	30	50	60	100
Chłopcy	30	50	30	50	60	100
Razem	60	100	60	100	120	100

Źródło: badania własne

Powyższe dane wskazują, że przebadanych zostało w obu grupach tyle samo chłopców, co dziewczynek. Dobór ten był zabiegiem celowym, zmierzającym do otrzymania jak najbardziej wiarygodnych danych.

Główne kryterium doboru grup stanowiła diagnoza logopedyczna przeprowadzona przez szkolnego logopedę. Łącznie, podczas badań, diagnozie logopedycznej poddano 197 uczniów. Po zapoznaniu się z wynikami diagnozy logopedycznej, w pierwszym roku badań w celu tworzenia grupy badawczej zaproszono do współpracy 16 dziewczynek i 14 chłopców. Podczas drugiego etapu w grupie logopedycznej znalazło się 14 dziewczynek i 16 chłopców, co po dwóch etapach badań dało łącznie grupę 60 dzieci ze zdiagnozowaną dyslalią. Najczęściej występującymi wadami wymowy wśród uczniów obu etapów badań były: rotacyzm i sygmatyzm.

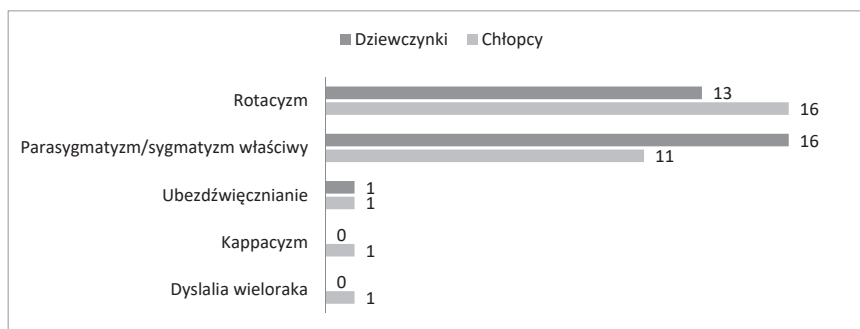
Wykres 1. Wady wymowy u dzieci w grupie logopedycznej



Źródło: badania własne

W grupie dzieci mających zdiagnozowany rotacyzm było 16 chłopców i 13 dziewczynek. Wśród tych dzieci występowały: mogirotacyzm⁹, pararotacyzm¹⁰ i rotacyzm właściwy¹¹. Druga co do frekwencji występowania wada wymowy to sygmatyzm z podziałem na sygmatyzm właściwy i parasygmatyzm. Te wady wymowy miało 16 dziewczynek i 11 chłopców. Pojawiło się również ubezdźwięcznianie mowy zarówno w grupie żeńskiej, jak i w męskiej (po jednej osobie w każdej z grup). Zdiagnozowano także w grupie chłopców jeden przypadek kappacyzmu i jeden przypadek dyslalii wielorakiej. Podział uwzględniający płeć dziecka w kontekście konkretnej wady wymowy został zaprezentowany na poniższym wykresie.

Wykres 2. Wady wymowy z podziałem na płeć badanych



Źródło: badania własne

We współpracy z logopedką i nauczycielkami edukacji wczesnoszkolnej dobrałam do dzieci z grupy logopedycznej odpowiednią grupę nielogopedyczną. Uwzględniając wiek dzieci, należy odpowiedzieć, że byli to uczniowie oddziału zerowego i klas pierwszych szkoły podstawowej, czyli dzieci, które ukończyły w oddziale zerowym 6 lat, a w klasach pierwszych miały 7 lat. Dane w tym zakresie przedstawia tabela nr 7.

W gronie dzieci z wadami wymowy, które przystąpiły do badań w obu etapach, znajdowało się 12 dziewczynek mających skończone 6 lat i 14 chłopców w tym samym wieku. Grupa dzieci siedmioletnich z wadami obejmowała 18 dziewczynek i 16 chłopców. Biorąc pod uwagę wiek dzieci z grupy

⁹ Brak głoski – „r”. Por. A. Sołtys-Chmielowicz, *Zaburzenia artykulacji. Teoria i praktyka*, dz. cyt., s. 28–29.

¹⁰ Zastępowanie głoski – „r” przez inną. Por. tamże.

¹¹ Zniekształcenia głoski – „r”. Por. tamże.

Tabela 7. Charakterystyka badanych grup ze względu na wiek

Czynnik: wiek dziecka	Grupa logopedyczna		Grupa nielogopedyczna	
	Dziewczynki	Chłopcy	Dziewczynki	Chłopcy
6	12	14	12	14
7	18	16	18	16
Razem	30	30	30	30

Źródło: badania własne

logopedycznej, dobierano odpowiednio dzieci do grupy nielogopedycznej. Podczas tego doboru postarano się, aby były to dzieci z tej samej klasy, jednakże nie w każdym przypadku okazało się to wykonalne.

Wśród zmiennych niezależnych, mogących wpływać na rozwój dziecka, uwzględniono takie, o których wiedzę można było uzyskać wprost od dziecka poddanego badaniu. Od dzieci z grupy logopedycznej informację np. o typie rodziny lub posiadaniu rodzeństwa uzyskiwano poprzez zadawanie skonstruowanych odpowiednio do wieku pytań, natomiast dobierając dzieci do grupy nielogopedycznej, korzystano uprzednio z wiedzy wychowawczyń o ich uczniach. Później, w celu weryfikacji danych, dzieci z grupy nielogopedycznej odpowiadały także na te same pytania, co ich rówieśnicy z grupy logopedycznej.

Od momentu pojawienia się dziecka na świecie rodzina powinna stanowić naturalne środowisko dla jego rozwoju. Aby ten proces przebiegał harmonijnie, konieczne staje się zachowanie w rodzinie pewnej „struktury, czyli organizacji i określonego układu ról do spełnienia, pomiędzy poszczególnymi jej członkami”¹². Dla tej struktury pierwszorzędne znaczenie ma, o czym pisał chociażby Zbigniew Tyszk, skład osobowy rodziny. Badacz ten uwypuklił też fakt, że „innym środowiskiem socjalizacyjnym jest rodzina pełna (ojciec, matka dziecko lub dzieci) niż niepełna, w której brakuje jednego rodzica”¹³. Zakłócenia relacji lub brak więzi między matką i ojcem mogą negatywnie wpływać na wychowywanie ich dzieci. Jak wskazuje Bogusława Lachowska, „optymalny przebieg dzieciństwa uwarunkowany jest

¹² G. Pyżlak, *Struktura rodziny a proces wychowania*, w: *Rodzina i rodzicielstwo między tradycją a współczesnością*, red. A. Skreczko, B. Bassa, Z. Struzik, Warszawa 2014, s. 59.

¹³ Por. Z. Tyszk, *Przedmiot i metodologia pedagogiki rodziny. Sugestie z punktu widzenia poznawskiej szkoły socjologicznych badań nad rodziną*, w: *Pedagogika rodziny na progu XXI wieku. Rozwój, przedmiot, obszary refleksji i badań*, red. A.W. Janke, Toruń 2004, s. 37.

przede wszystkim jakością relacji między rodzicami. [...] Od tej relacji zależy funkcjonowanie całej rodziny”¹⁴. Istotne znaczenie ma również struktura rodziny. Zdaniem Tyszki niepełny skład rodziny oddziałuje na pogarszanie się atmosfery rodzinnej i znacznie utrudnia proces socjalizacyjny dzieci¹⁵. Lachowska zauważa, że dzieci, które są wychowywane przez samotne matki, często żyją w poczuciu odpowiedzialności za matkę, co jest wynikiem nadmiernej więzi emocjonalnej między nimi, a dla dziecka skutkuje to „problemami w kształtowaniu własnej tożsamości oraz w procesie uzyskiwania niezależności i samodzielności”¹⁶. Zatem podstawowym warunkiem prawidłowego rozwoju dziecka pozostaje stworzenie i zagwarantowanie mu odpowiedniego klimatu emocjonalnego¹⁷, który w pełnym wymiarze może zapewnić jedynie pełna rodzina. Weryfikacja tego czynnika polegała na zadaniu dzieciom pytania: „Kto należy do twojej rodziny?”. Dane uzyskane w tym zakresie zawiera poniższa tabela.

Tabela 8. Skład osobowy rodziny dzieci biorących udział w badaniach

Czynnik: typ rodziny	Grupa logopedyczna				Grupa nielogopedyczna			
	Dziewczynki	Chłopcy	Razem		Dziewczynki	Chłopcy	Razem	
	L	L	L	%	L	L	L	%
Pełna (matka, ojciec, rodzeństwo)	27	30	57	95	29	30	59	98
Niepełna (brak matki lub ojca)	3	0	3	5	1	0	1	2

Źródło: badania własne

Z powyższych danych wynika, że 95% dzieci z grupy logopedycznej żyje w pełnych rodzinach. Był to jeden z czynników w doborze dzieci do grupy nielogopedycznej, który po konsultacjach z wychowawczyniami podlegał weryfikacji. Udało się stworzyć grupę nielogopedyczną, w której 98% dzieci wychowuje się w rodzinach, gdzie obecni są oboje rodzice. Dobór ten

¹⁴ B. Lachowska, *Szczęśliwe dzieciństwo – uwarunkowania rodzinne*, w: *Oblicza dzieciństwa*, red. D. Kornas-Biela, Lublin 2001, s. 275.

¹⁵ Por. Z. Tyszka, *Przedmiot i metodologia pedagogiki rodziny*, dz. cyt., s. 37.

¹⁶ B. Lachowska, *Samotne macierzyństwo*, w: *Oblicza macierzyństwa*, red. D. Kornas-Biela, Lublin 1999, s. 285.

¹⁷ Tj. stanu, w którym będzie się czuło kochane i akceptowane, jego rozwój będzie wspierany, a poczucie bezpieczeństwa zapewnione. Por. A. Hamerlińska-Latecka, *Dyslalia. Psychospołeczny aspekt terapii logopedycznej*, dz. cyt., s. 38.

stanowił zabieg celowy, zmierzający do otrzymania jak najbardziej wiarygodnych danych.

Kolejną zmienną, wynikającą ze struktury rodziny, jest posiadanie przez dziecko rodzeństwa. Fakt ten wpływa też na rozwój mowy oraz ma znaczenie dla rozwoju emocjonalno-społecznego dziecka. Dla tego rozwoju istotna jest kolejność jego urodzenia, gdyż warunkuje nabywanie kompetencji językowej i komunikacyjnej¹⁸. Z badań wynika, że dzieci pierwotne osiągają wyższy od ich młodszego rodzeństwa poziom rozwoju językowego, ponieważ rodzice więcej czasu poświęcają pierwszym dzieciom, chcąc je jak najszybciej nauczyć mówienia¹⁹. Według Ewy Filipiak dzieci młodsze znaczną część swojej wiedzy językowej nabywają od starszego rodzeństwa, a co za tym idzie, wiedza ta jest mniej dopracowana pod względem wymowy, jak i pod względem doboru słownictwa²⁰. Zatem w kontekście rozwoju mowy u dziecka najkorzystniej jest być najstarszym z rodzeństwa lub jedynakiem²¹. Dziecko w takim układzie często przebywa wśród dorosłych. Gdy natomiast w ich gronie zachowane są właściwe postawy wychowawcze i wzorce wymawianiowe²², stworzone zostają dla dziecka korzystniejsze warunki do rozwoju jego mowy.

Obecność rodzeństwa wpływa także na rozwój społeczny i emocjonalny dziecka. W fazie dzieciństwa głównym zadaniem rozwojowym rodzeństwa, na które wskazała Ann Goetting, jest wzajemne towarzyszenie i emocjonalne wsparcie dzieci przez dzieci²³. Cechą charakterystyczną najstarszych dzieci w rodzinie jest poczucie odpowiedzialności za młodsze²⁴ z jednoczesnym uwzględnieniem stałej przewagi nad młodszym rodzeństwem pod względem bogatszego doświadczenia w wielu sferach życia. Sytuacja kolejnego dziecka w rodzinie zmienia się w zależności od tego, czy pojawi się jeszcze

¹⁸ Por. E. Filipiak, *Konteksty rozwoju aktywności językowej dzieci w wieku wczesnoszkolnym*, dz. cyt., s. 119–120.

¹⁹ Por. tamże.

²⁰ Por. tamże.

²¹ Por. tamże.

²² Odwołanie do koncepcji związanych z oddziaływaniem „języka nianiek” na rozwój mowy dziecka. Por. S. Milewski, *Mowa dorosłych kierowana do niemowląt. Studium fonetyczno-fonologiczne*, dz. cyt.

²³ A. Goetting, *The Developmental Tasks of Siblingship over the Life Cycle*, „Journal of Marriage and Family” 1986, t. 48, nr 4, s. 703–714, cyt. za: I. Namysłowska, A. Siewierska, *Znaczenie i rola rodzeństwa w terapii rodzin*, „Psychoterapia” 2009, nr 2, s. 46.

²⁴ J. Stachyra, *Wpływ rodziny na kształtowanie się osobowości dziecka*, „Sympozjum” 2000, nr 2(7), s. 100.

ktoś po nim. Jeśli tak, to zyskuje ono, stając się starszym, przy jednoczesnej utracie przywilejów najmłodszego. Warto też podkreślić, że bycie średnim w kolejności urodzenia zawsze sytuuje dziecko „pomiędzy”²⁵. Sytuacja najmłodszych dzieci w rodzinie wiąże się zazwyczaj z największymi przywilejami, o czym następująco pisze Józef Stachyra: „W rodzinie dają się zauważyć specyficzne postawy wobec niego. Istnieje tendencja do przedłużania mu dzieciństwa, często zostają zachwiane wszelkie reguły dyscypliny”²⁶.

Relacje między rodzeństwem nie wynikają jedynie z kolejności urodzenia, ale także z różnic wieku między dziećmi czy płci²⁷. Ilość interakcji i zależności, jakie występują między rodzeństwem, może utrudniać analizę danych. W monografii przyjęto, za Marią Braun-Gałkowską, że dzieci w swoich kontaktach poziomych naśladują poziome interakcje między rodzicami²⁸. Jeśli pomiędzy ojcem i matką panuje atmosfera wzajemnego szacunku, akceptacji i bliskości, ich dzieci uczą się takich postaw od nich, wykorzystując je później w relacjach z innymi, np. z rodzeństwem. W konsekwencji dobre stosunki między rodzeństwem sprzyjają harmonijnemu rozwojowi dziecka w rozmaitych sferach jego życia. Ze względu na fakt wpływania posiadania rodzeństwa na rozwój społeczny i emocjonalny dziecka ważne okazuje się zgromadzenie informacji o posiadaniu przez badane dzieci rodzeństwa.

Tabela 9. Posiadanie rodzeństwa przez uczestników badań

Czynnik: posiadanie rodzeństwa	Grupa logopedyczna				Grupa nielogopedyczna			
	Dziewczynki	Chłopcy	Razem		Dziewczynki	Chłopcy	Razem	
	L	L	L	%	L	L	L	%
Tak	11	20	31	57	17	24	41	68
Nie	19	10	29	43	1	6	19	32

Źródło: badania własne

Powyższe dane wskazują, że w grupie dzieci z zaburzeniami logopedycznymi 57% dzieci ma rodzeństwo, natomiast w grupie nielogopedycznej było ich o 11% więcej. W trakcie doboru grup okazało się niemożliwe zachowanie

²⁵ Por. tamże.

²⁶ Tamże.

²⁷ Por. M. Braun-Gałkowska, *Psychologiczna analiza systemów rodzinnych osób zadowolonych i niezadowolonych z małżeństwa*, Lublin 1992, s. 29.

²⁸ Por. tamże.

większej zgodności w tym aspekcie, ponieważ wśród dzieci bez wad wymowy było zdecydowanie mniej jedynaków.

Kolejną zmienną, wpływającą potencjalnie na rozwój dziecka, jest obecność w domu członka dalszej rodziny (najczęściej babci, dziadka). Fakt ten uwzględniono w badaniach, gdyż w konsekwencji wspólnego zamieszkania dziecka z członkiem takiej rodziny zmieniają się interakcje w całej rodzinie. Abstrahując od analizowania przyczyn wspólnego zamieszkania, należy podkreślić, że tego typu sytuacja może znacząco wpływać na rozwój dziecka. Intensywne oddziaływanie innych osób dorosłych, poza rodzicami, na proces wychowania w środowisku rodzinnym może skutkować tworzeniem się szczególnej relacji emocjonalnej dziecka z tą osobą. Za przykład takiej sytuacji niech posłuży zamieszkiwanie pod jednym dachem włączonej w opiekę nad dzieckiem babci ze względu na nienormowany czas pracy rodziców. Modyfikuje to układ ról w domu, wpływa na charakter relacji i więzi emocjonalnych. Uwzględniwszy ten czynnik, zwrócono też uwagę na życie dzieci w tzw. domach wielopokoleniowych. W grupie badanych dzieci sytuację domową w tym kontekście przedstawia tabela nr 10.

Tabela 10. Obecność w domu innego członka dalszej rodziny

Czynnik: obecność w domu dziecka członka rodziny poszerzonej*	Grupa logopedyczna				Grupa nielogopedyczna			
	Dziewczynki	Chłopcy	Razem		Dziewczynki	Chłopcy	Razem	
	L	L	L	%	L	L	L	%
Tak	3	3	6	10	0	3	3	5
Nie	27	27	54	90	30	27	57	95

* Rodzina poszerzona to wszyscy członkowie rodziny, którzy nie należą do rodziny nuklearnej, czyli złożonej z rodziców i dzieci. Por. J. Miluska, *Kulturowa różnorodność rodziny*, w: *Psychologia rodziny*, red. I. Janicka, H. Liberska, Warszawa 2014, s. 372.

Źródło: badania własne

Z danych zawartych w tabeli wynika, że w grupie dzieci z zaburzeniami logopedycznymi 10% mieszka z członkami dalszej rodziny. W czterech przypadkach (2 dziewczynki i 2 chłopców) powodem takiej sytuacji jest brak warunków lokalowych, sprzyjających samodzielnemu zamieszkaniu rodziców dzieci. Pozostałe dwie osoby mieszkają w swoich domach z rodzicami, a obecność dalszych członków rodziny wynika ze zdarzeń losowych. Natomiast w grupie kontrolnej 5% dzieci mieszka z członkami rodziny dalszej, co spowodowane jest brakiem warunków lokalowych rodziców dzieci.

Kolejną zmienną zależną, uwzględnioną w kontekście rozwoju dziecka, jest posiadanie przez nie zwierzątka. W kilku gdańskich przedszkolach przeprowadzono badania mające ustalić związek między codziennym obcowaniem dziecka z domowym zwierzęciem a oceną funkcjonowania dziecka w przedszkolu. Otóż okazuje się, że „codzienny kontakt ze zwierzęciem domowym korzystnie wpływa na prawidłowe funkcjonowanie dziecka w takiej instytucji, jaką jest przedszkole – to znaczy sprzyja prawidłowemu zachowaniu się w sytuacjach wymagających nawiązania relacji z innymi dziećmi, motywacji do niesienia pomocy, umiejętności rezygnacji z własnych interesów na rzecz innych”²⁹. Biorąc pod uwagę wyniki badań i powszechne przekonanie o pozytywnym oddziaływaniu zwierząt na rozwój człowieka, wpływ tej zmiennej uwzględniono w niniejszych badaniach.

Tabela 11. Posiadanie zwierzątka przez dziecko

Czynnik: posiadanie zwierzątka (pies, kot itp.)	Grupa logopedyczna				Grupa nielogopedyczna			
	Dziewczynki	Chłopcy	Razem		Dziewczynki	Chłopcy	Razem	
	L	L	L	%	L	L	L	%
Tak	11	5	16	27	8	7	15	25
Nie	19	25	44	73	22	23	45	75

Źródło: badania własne

Z zebranych danych wynika, że w grupie logopedycznej 16 dzieci posiadało zwierzęta: 6 psów, 5 kotów, 6 rybek, 1 chomika, 1 świnkę morską, 1 myszosczka. Dobrano do tej grupy dzieci odpowiednio grupę kontrolną, w której 15 dzieci posiadało zwierzątko: 7 psów, 6 kotów, 3 rybki, 1 chomika, 1 myszosczka, 1 żółwia.

3.3. Charakterystyka zastosowanych metod

W zebraniu materiału badawczego na temat problemów emocjonalnych dzieci z dyslalią wykorzystano metodę projekcyjną, jaką jest *Rysunek Rodziny*, oraz przeprowadzono wywiad własnego autorstwa z każdym dzieckiem uczestniczącym w prowadzonych przeze mnie badaniach.

²⁹ P. Połomski, *Zwierzę w rodzinie a przystosowanie*, „Małżeństwo i Rodzina” 2003, nr 8, <http://www.psychologia.edu.pl/czytelnia/58-maestwo-i-rodzina/666-zwierze-w-rodzinie-a-przystosowanie.html> (dostęp: 17.02.2018).

3.3.1. Projekcyjny Rysunek Rodziny

Zapewne w życiu każdego człowieka zdarzały się nieraz sytuacje, gdy nie potrafił on wyrazić słowami swoich odczuć. Pomimo bogatego zasobu słownika czynnego, rozwiniętej kompetencji komunikacyjnej, przed tego typu problemami w postawie bezradności stanął niejeden dorosły człowiek. Dla dzieci, u których mowa dopiero się rozwija i które dopiero nabywają kompetencji językowych, problem z werbalizowaniem swoich emocji jest trudniejszy. Jak zatem za pomocą słów mają wyrazić to, co czują, opisać emocje, jakich doświadczać? Istotną pomoc w poznawaniu wewnętrznego świata³⁰ dziecka stanowi metoda projekcyjna³¹, jaką jest *Rysunek Rodziny*. Projekcja polega na nieświadomym i spontanicznym uzewnętrznianiu podmiotowych cech³². Według Braun-Gałkowskiej metoda ta „pozwala na zebranie bardzo wielu informacji o badanym i jego relacjach rodzinnych, dociera do motywów nieuświadomionych i nieświadomych sposobów radzenia sobie z sytuacjami trudnymi”³³. Niewątpliwym walorem tej metody jest łatwość jej zastosowania³⁴ i fakt, że przebieg badania nie powinien stresować dziecka, ponieważ wiąże się z naturalną aktywnością rozwojową, jaką stanowi rysowanie, czyli z formą ekspresji, dzięki której może „mówić” pełniej³⁵. Jednakże wykorzystując tę metodę w pracy diagnostycznej, należy zachować

³⁰ W literaturze przedmiotu stany wewnętrzne określił Lawrence K. Frank, teoretyk metod projekcyjnych, jako „prywatny świat” osoby badanej. Wyrażanie na zewnątrz swoich stanów wewnętrznych, takich jak emocje, potrzeby, lęki itp. to projekcja. Por. M. Braun-Gałkowska, *Rysunek projekcyjny*, Kraków 2016, s. 15.

³¹ Metody projekcyjne wykorzystywane są do badania zjawisk psychicznych, których „istotną cechą [...] jest to, że zjawiska te należą do sfery subiektywności człowieka, są indywidualnymi przeżyciami, nieobjętymi [...] świadomością, zwłaszcza świadomością refleksyjną, ale wpływającą znacząco – między innymi za pośrednictwem mechanizmu projekcji – na sposób postrzegania świata przez jednostkę, na jej wybory i zachowanie”. M. Straś-Romanowska, *Status metody projekcyjnej jako metody jakościowej*, w: *Rysunek projekcyjny jako metoda badań psychologicznych*, red. M. Łaguna, B. Lachowska, Lublin 2003, s. 31.

³² Por. B. Lachowska, M. Braun-Gałkowska, *Agresja u dzieci i jej ekspresja w rysunku rodziny*, w: *Rysunek projekcyjny jako metoda badań psychologicznych*, red. M. Łaguna, B. Lachowska, dz. cyt., s. 100.

³³ M. Braun-Gałkowska, *Rysunek projekcyjny*, dz. cyt., s. 30.

³⁴ Technika badania: por. tamże, s. 33–38.

³⁵ Por. A. Kalbarczyk, *Najważniejsze lata, czyli jak rozumieć rysunki małych dzieci. Rozwój osobowości dziecka w wieku od 2 do 6 lat na podstawie jego rysunków*, Kraków 2007, s. 93.

ostrożność interpretacyjną i pokorę wyrażającą szacunek do „prywatnego świata” osoby badanej.

Źródłem teoretycznej wiedzy o rysunku rodziny jest przede wszystkim książka *Rysunek projekcyjny* M. Braun-Gałkowskiej, wydana w 2016 r. W tej najnowszej na rynku wydawniczym publikacji kompleksowo prezentującej metodę rysunku projekcyjnego i jej stosowanie badaczka przedstawiła wyniki długoletnich badań i analiz przeprowadzonych przez nią wraz z zespołem jej współpracowników. Bogate opracowanie teoretyczne, poparte przykładami prac dzieci, stało się podstawą do zrozumienia ogólnej zasady metod projekcyjnych. Jednakże, co zresztą sama podkreśla, nie jest ono wystarczające, gdyż niezbędne jest doświadczenie, które „przychodzi z czasem”. W celu zdobycia doświadczenia w tym zakresie wzięłam udział w szkoleniu dotyczącym rysunku projekcyjnego, przeprowadzonym przez Braun-Gałkowską dla pracowników naukowych Akademii Ignatianum w Krakowie. Rozmowy o rysunkach dzieci, wspólna analiza wielu prac przez pedagogów i psychologów oraz komentarze wspomnianej wyżej badaczki umożliwiły mi uzyskanie praktycznej wiedzy interpretacyjnej. Szanując „prywatny świat” osób uczestniczących w badaniach, w celu obiektywizacji wyników zaprosiłam do współpracy trzech kompetentnych sędziów³⁶.

Interpretacja rysunku nie jest łatwym zadaniem. Trzeba zwłaszcza pamiętać o tym, że „podobnie jak osobowość nie jest sumą cech, ale ich strukturą, jak rodzina nie jest sumą ich członków, ale systemem, w którym każda osoba zależy od wszystkich pozostałych, tak wskaźniki rysunku nabierają znaczenia dopiero w związku z pozostałymi wskaźnikami”³⁷. Przed rozpoczęciem procesu interpretacyjnego rysunku należy usystematyzować podlegające ocenie poniżej wymienione wskaźniki:

- a) aspekt formalny rysunku,
- b) interpretacja treści,
- c) projekcja konfliktów rodzinnych,
- d) niektóre wskaźniki dezorganizacji osobowości³⁸.

W celu formalnej interpretacji rysunku konieczne jest uwzględnienie następujących jego komponentów: poziomu wykonania rysunku, typu

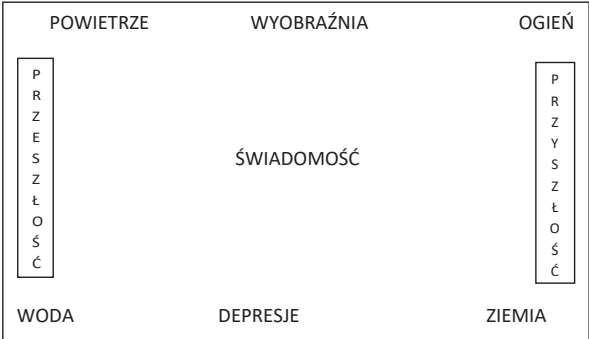
³⁶ Skład zespołu sędziów kompetentnych: Maria Braun-Gałkowska, Weronika Pudelko, Magdalena Tkaczyk, Anna Karwowska.

³⁷ M. Braun-Gałkowska, *Rysunek projekcyjny*, dz. cyt., s. 38.

³⁸ Tamże.

rysunku, elementów graficznych, symboliki przestrzeni i symboliki barw³⁹. Wskazówki do interpretacji formalnej rysunku zawiera tabela nr 12.

Tabela 12. Aspekt formalny rysunku

ASPEKT FORMALNY RYSUNKU	
Poziom wykonania rysunku	Wskaźniki rozwoju rysunku dziecka: 1. Okres przedschematu (2.–6. r.ż.) 2. Okres schematu (7.–11. r.ż.) 3. Okres realizmu (12.–15. r.ż.) 4. Rysunki osób dorosłych
Typ rysunku	1. Typ sensoryczny (emocjonalny) 2. Typ racjonalny 3. Typ mieszany
Elementy graficzne	1. Kreska „rozmachowa” 2. Kreska krótka
	1. Silny nacisk kredki 2. Słaby nacisk kredki
Symbolika przestrzeni	 Części tzw. puste kartki.
Symbolika barw	Barwy wykorzystane przez badanego w rysunku wskazują na jego emocjonalność: - interpretacja zależnie od liczby wykorzystanych kolorów: bogate kolory – żywa emocjonalność; ograniczenie, np. do jednej kredki – zahamowanie emocjonalne i niepokój - interpretacja zależnie od rodzaju użytych kolorów: por. orientacyjne znaczenie barw w teście Luschera; barwy: szara, niebieska, zielona czerwona, żółta, fioletowa, brązowa, czarna – w interpretacji kolorów wykorzystanych w rysunkach należy zachować szczególną ostrożność i nie przypisywać im dosłownych znaczeń: „barwy, w których autor rysunku przedstawia poszczególne osoby, nie mówią o tych osobach, ale o stosunku autora do nich”

* M. Braun-Gałkowska, *Rysunek projekcyjny*, dz. cyt., s. 46.

Źródło: opracowanie własne na podstawie: M. Braun-Gałkowska, *Rysunek projekcyjny*, dz. cyt., s. 38–52

³⁹ Por. tamże, s. 39.

W ocenie formalnej rysunku należy uwzględnić wszystkie wyżej przedstawione wskaźniki. Stanowią one szczególnie cenny materiał analizy, ponieważ „nie są przez badanego kontrolowane świadomie i ujawniają stany emocjonalne, takie jak niepokój, poczucie osamotnienia, agresywność, a także żywą emocjonalność i życzliwość”⁴⁰. Jednakże należy pamiętać też o tym, że w interpretowaniu nabierają one znaczenia dopiero w korelacji z pozostałymi wskaźnikami.

Kolejnym elementem interpretacji jest treść rysunku, dzięki której możliwe okazuje się poznanie sytuacji rodziny, tak jak widzi ją osoba badana. Podejmując analizę w tym aspekcie, należy odwołać się do wiedzy o faktycznej rodzinie dziecka, tj. np. analizować, czy wszyscy członkowie rodziny zostali przedstawieni na rysunku, czy może ktoś został pominięty, czy też autor pracy wprowadził jakieś zmiany w stosunku do swojej faktycznej rodziny. Należy także uwzględnić odległość poszczególnych członków rodziny od siebie nawzajem, poddać analizie sposób ich przedstawienia na rysunku itp. Elementy interpretacji rysunku zawiera tabela nr 13.

Tabela 13. Interpretacja treści rysunku

INTERPRETACJA TREŚCI RYSUNKU		
Mechanizmy obronne	NIEPOKÓJ, LĘK, NIEZADOWOLENIE	
	CZYNNIKI ZEWNĘTRZNE	CZYNNIKI WEWNĘTRZNE
	np. dodawanie kogoś na rysunku, ponieważ w rzeczywistości tęskni się za nim, lub pomijanie kogoś w rysunku, gdyż w rzeczywistości jego obecność budzi np. złość lub niezadowolenie	• związane ze sferą „id” • związane ze sferą „superego”
Przedstawianie osób na rysunku	• wskaźniki waloryzacji • „zwrot narcystyczny” • wskaźniki dewaloryzacji • osoby dodane	
Relacja odległości	• bliska odległość między członkami rodziny na rysunku, współdziatanie, trzymanie się za ręce – pozytywne emocje • brak kontaktu, wyrażony w postawie, duże odległości, izolacja wyrażona graficznie np. za pomocą kreski – negatywne emocje	
Identyfikacja w rysunku	• identyfikacja świadoma • identyfikacja nieświadoma	

Źródło: opracowanie własne na podstawie: M. Braun-Gałkowska, *Rysunek projekcyjny*, dz. cyt., s. 52–58

⁴⁰ Tamże, s. 52.

Interpretacji treści rysunku rodziny dokonuje się w kontekście osoby będącej autorem pracy. Osoba badana prezentuje wtedy swój obraz całej rodziny, relacji z poszczególnymi jej członkami, a także to, jak ona samą siebie w niej postrzega. Może to być faktyczna rodzina autora pracy lub taka, o jakiej marzy, czyli przedstawia *de facto* wyobrażoną rodzinę. Braun-Gałkowska pisze w tym kontekście, że „sposób narysowania postaci wyraża uczucia z nimi związane: pozytywne, jak podziw, i negatywne, jak niechęć, zazdrość”⁴¹. *Rysunek Rodziny* bardzo często wykorzystuje się w terapiach rodzin. Poznaje się wtedy sytuację rodzinną, interpretując wskaźniki formalne i treściowe, a autor pracy przedstawia, w jaki sposób przeżywa swoje relacje z innymi członkami rodziny. Wśród wskaźników świadczących o prawidłowych relacjach w rodzinie można wyróżnić:

- cechy formalne rysunku: wielobarwność – ciepłe kolory, kreska rozmachowa, wykorzystana cała przestrzeń kartki;
- przedstawiony faktyczny stan rodziny, brak dewaloryzacji czy waloryzacji jakiegoś członka rodziny;
- zauważalne współdziałanie osób przedstawionych na rysunku;
- występowanie wskaźników dotyczących umiejętności nawiązywania komunikacji, takich jak np. dłonie, usta itp.;
- bogate tło, ożywiona natura⁴².

Braun-Gałkowska podkreśla, że w praktyce diagnostycznej spotyka się rysunki wskazujące na ukazane przez badaną osobę konflikty w rodzinie czy panujące w niej negatywne emocje⁴³. Z rysunku można dowiedzieć się nie tylko o wspomnianych wyżej konfliktach mających miejsce np. w rodzinie, ale i o niektórych cechach dezorganizacji osobowości badanego. Analizując literaturę przedmiotu, w pierwszej kolejności należy zwięźle scharakteryzować wskaźniki świadczące o projekcji konfliktów rodzinnych. Wśród nich wyróżniają się:

- zmiany w porównaniu z rodziną realną,
- konflikty rodzinne wyrażone w rysunku;

⁴¹ Tamże. s. 52.

⁴² Por. tamże, s. 68–71.

⁴³ Wyniki badań prowadzonych w Katedrze Psychologii Wychowawczej KUL pokazały, że u dzieci, które przez kilka godzin dziennie oglądały telewizję i grały w gry komputerowe, cechujących się agresją, zmniejszało się zahamowanie przy okazywaniu własnej agresji. Można przypuszczać, że wpływa to na tzw. desentyzację, czyli „oswojenie z agresją”. Por. M. Braun-Gałkowska, *Wpływ gier na psychikę dzieci*, w: *Oddziaływanie agresywnych gier komputerowych na psychikę dzieci*, red. A. Gała, I. Ulfik-Jaworska, Marki 2004.

- jawne: pominięcie rodzica/rodziców lub kogoś z rodzeństwa, dewaloryzacja rodzica/rodziców lub kogoś z rodzeństwa,
- maskowane: wyrażone w reakcjach agresywnych, reakcjach depresyjnych, identyfikacja regresywna⁴⁴.

Z punktu widzenia celów tej monografii należy zwrócić uwagę na wskaźniki odnoszące się do wybranych problemów emocjonalnych u dzieci. Tabela 14 zawiera opis tych wskaźników, służących do oceny rysunków.

Tabela 14. Wskaźniki dotyczące wybranych problemów emocjonalnych

WSKAŹNIKI DOTYCZĄCE WYBRANYCH PROBLEMÓW EMOCJONALNYCH	
Problem emocjonalny	Wskaźniki oceny do rysunku
PODWYŻSZONY POZIOM NIEPOKOJU	• rysunki mało barwne • blade (słaby nacisk kredki), szare lub ciemne kolory • duże puste przestrzenie na kartce • drobne, niekompletne postacie np. brak dłoni
POCZUCIE NIŻSZEJ WARTOŚCI, OSAMOTNIENIE I BEZRADNOŚĆ	• brak podstawy • dewaloryzacja siebie lub też całkowite pominięcie siebie • niekompletność postaci, np. brak dłoni • przesunięcie w dół lub w lewo
AGRESJA	• kreska silna z dużym naciskiem • postacie narysowane są jako duże, tzw. olbrzymy • dominacja koloru czerwonego i czarnego • występowanie agresywnych zwierząt lub przedmiotów wyrażających agresję, np. karabinu • występowanie elementów podkreślających różnice seksualne
NIEPOKÓJ Z AGRESJĄ (ekspresja agresji jest modyfikowana przez poczucie winy i niską samoocenę)	• silny nacisk kredki, intensywne kolory, częste używanie barw czarnej i czerwonej lub tylko czarnej • duże puste przestrzenie na kartce • postacie małe, ale duży nacisk kredki, niekompletność postaci, np. brak twarzy • występowanie postaci lub treści agresywnych • brak podstawy

Źródło: opracowanie własne na podstawie: M. Braun-Gałkowska, *Rysunek projekcyjny*, dz. cyt., s. 80–87

Rysunek Rodziny to metoda projekcyjna, dzięki której można starać się określić u badanego cechy wpływające na dezorganizację osobowości. W tabeli określono problemy emocjonalne, jakie można zdiagnozować na podstawie odpowiednio dobranych wskaźników. Z przedstawionej analizy wynika, że większość wskaźników ma charakter formalny, np. brak podstawy, brak dłoni, dewaloryzacja czy pominięcie siebie. Jednakże, zdaniem

⁴⁴ Por. M. Braun-Gałkowska, *Rysunek projekcyjny*, dz. cyt., s. 72–78.

Braun-Galkowskiej, wykonanie rysunku należy uzupełnić wywiadem i rozmową z osobą badaną⁴⁵. Okazuje się to konieczne w celu właściwego zinterpretowania wszystkich wskaźników, które jedynie łącznie mogą stanowić podstawę dalszych hipotez, a w praktyce – działań terapeutycznych.

3.3.2. Rozmowa kierowana

Drugą metodą wykorzystaną w celu zgromadzenia materiału badawczego do monografii był wywiad. Wielu metodologów uważa, że jest to jeden z najdawniejszych sposobów badania stosowany przez ludzi⁴⁶, mimo że w literaturze przedmiotu istnieje wciąż wiele nieścisłości klasyfikacyjnych. W *Małym słowniku języka polskiego* wywiad to m.in. „metoda zbierania określonych informacji i badania opinii publicznej, polegająca na przeprowadzeniu odpowiednio ukierunkowanych i planowanych rozmów”⁴⁷. Zofia Krzysztozek definiuje wywiad jako „metodę badań socjologicznych [...] [będącą] rozmową prowadzoną z osobą badaną, w toku której uzyskiwane są odpowiedzi na określone pytania”⁴⁸. Władysław Zaczyński, odwołując się do faktu, że wywiad jest socjologiczną metodą badania rzeczywistości, proponuje następującą jego definicję na gruncie badań pedagogicznych: „Wywiad jest metodą zdobywania informacji przez bezpośrednie stawianie pytań tym wybranym osobom, które mogą nam udzielić pewnej sumy informacji”⁴⁹. Analogicznie Krzysztof Konarzewski umieszcza wywiad – wraz z obserwacją jakościową i przeszukiwaniem archiwów – w grupie metod zbierania danych jakościowych⁵⁰. Jednak wielu metodologów klasyfikuje wywiad jako technikę badań pedagogicznych⁵¹, opartą na komunikowaniu

⁴⁵ Por. tamże, s. 87–93.

⁴⁶ Por. D. Kubinowski, *Jakościowe badania pedagogiczne. Filozofia, metodyka, ewaluacja*, Lublin 2011, s. 206–214.

⁴⁷ *Mały słownik języka polskiego*, red. E. Sobol, Warszawa 1993, s. 1085.

⁴⁸ Z. Krzysztozek, *Uwarunkowania, założenia i metody badań pedagogicznych*, Warszawa 1977, s. 127.

⁴⁹ W. Zaczyński, *Praca badawcza nauczyciela*, Warszawa 1995, s. 146.

⁵⁰ Por. K. Konarzewski, *Jak uprawiać badania oświatowe. Metodologia praktyczna*, Warszawa 2000, s. 112–127.

⁵¹ Por. T. Pilch, T. Bauman, *Zasady badań pedagogicznych. Strategie ilościowe i jakościowe*, Warszawa 2010, s. 91–95; M. Łobocki, *Metody i techniki badań pedagogicznych*, Kraków 2009, s. 364–270; A. W. Maszke, *Metody i techniki badań pedagogicznych*, Rzeszów 2008, s. 220–231.

się badającego z respondentem w celu zebrania przez badacza interesujących go informacji.

W monografii przyjmuję definicję zaproponowaną przez Zaczyńskiego, z jej dalszym przez niego rozwinięciem. Chcąc uzyskać informację o sytuacji emocjonalnej dzieci z dyslalią, w celu zebrania materiału do analizy wybrałam odpowiednią grupę osób mających udzielić odpowiedzi na postawione przeze mnie pytania. Ze względu na możliwość porównania zebranego materiału od grupy dzieci ze zdiagnozowaną dyslalią, wywiady przeprowadzono także z dziećmi bez zdiagnozowanych wad wymowy. Zaczyński stwierdza, że

[...] z wywiadem mamy do czynienia wtedy, kiedy [...] gromadzimy potrzebne informacje od pytanych osób w bezpośrednim kontakcie typu B P (badający – pytany). Relacja tych dwóch osób w wywiadzie jest obustronna, nie tylko w sensie, że B pyta, a P odpowiada. Wspomniana relacja wykracza daleko poza obszar wymiany informacji i obejmuje całokształt psychospołeczny wzajemnego ich kontaktu. Bezpośrednia styczność B P jest uważana za walor tej metody, ale może też być traktowana jako jej wada⁵².

Przeprowadzając wywiady z dziećmi zaproszonymi do badań, kontaktowałam się z nimi bezpośrednio. Spotkania odbywały się w takich samych warunkach lokalowych, tzn. w szkolnym gabinecie przeznaczonym do zajęć wyrównawczo-kompensacyjnych. Każde spotkanie poza wymianą informacji pozwoliło mi obserwować zachowanie pytanych osób wtedy, gdy udzielali oni odpowiedzi; z pewnością była to jedna z zalet wykorzystania wywiadu w gromadzeniu materiału badawczego do monografii. Jednakże w związku z ograniczeniami wynikającymi z rozmaitych czynników, abstrahując już od samych notatek czynionych podczas badania (por. Aneks), postanowiłam rozmowy nagrywać za pomocą dyktafonu. Celem tego zabiegu było lepsze dokumentowanie wypowiedzi. Krok ten umożliwił niejednokrotne odtwarzanie pozyskanego materiału, bardziej skrupulatne zanotowanie odpowiedzi oraz skonsultowanie przebiegu badania z grupą sędziów kompetentnych. Uogólniając, nagrywanie spotkań miało również na celu zminimalizowanie negatywnego aspektu, jakim jest subiektywna ocena badacza.

Analizując wywiad z perspektywy jakiegokolwiek definicji, należy odpowiedzieć, że podstawą jest tutaj nawiązanie dialogu (przynajmniej dwóch osób), czyli rozmowy na jakiś temat. Jednakże często w literaturze

⁵² W. Zaczyński, *Praca badawcza nauczyciela*, dz. cyt., s. 147.

przedmiotu, zwłaszcza psychologicznej⁵³, dokonuje się rozróżnienia obu pojęć, co dotyczy w szczególności „kryterium podmiotu, od którego informacji się uzyskuje (wywiad – osoby postronne, rozmowa – podmiot badany) bądź też kryterium formalności”⁵⁴. Zaczyński w opisie rozwijającym analizę metody, jaką jest wywiad, wyróżnia trzy jej warianty. Pierwszy z nich to „wywiad w postaci swobodnej, który w swej treści określony jest przez cel badawczy, ale nie ma w nim z góry przygotowanego planu rozmowy; materiał faktograficzny stanowią odpowiedzi, których udzielił respondent, jak również cała sytuacja, w jakiej przebiegała rozmowa”⁵⁵. Drugi to „rozmowa naprowadzana”, w której badacz określa ogólnie problem, ale ostatecznie nie zostają sformułowane pytania, które byłyby zadane respondentowi⁵⁶. Ostatni wariant to rozmowa kierowana. Właśnie ten rodzaj wywiadu został wykorzystany w zbieraniu materiału badawczego do monografii. W ujęciu Zaczyńskiego wywiad może być pojmowany jako rozmowa kierowana, w której „badacz ma listę dosłownie sformułowanych pytań, które tylko przytacza się osobom badanym”, czyli wykorzystuje się w nim tzw. kwestionariusz wywiadu⁵⁷. Wykorzystałam więc, z metodologicznego punktu widzenia, metodę badania, którą stanowi wywiad rozumiany jako rozmowa kierowana z badanym.

Podmiotem udzielającym odpowiedzi były osoby badane, czyli uzyskane dane odnoszą się „bezpośrednio do aktywności osoby badanej”⁵⁸. Badająca, czyli autorka monografii, wykorzystując swoją wiedzę i doświadczenie pedagogiczne, usiłowała wpływać motywująco na osoby badane w celu uzyskania od nich rzetelnych odpowiedzi na wszystkie pytania. Jeśli pojawiły się trudności u badanych w zrozumieniu pytań z kwestionariusza wywiadu, autorka wyjaśniała ich treść poprzez zadawanie dodatkowych pytań, co jest, zdaniem Zaczyńskiego, prawidłowym, a nawet wręcz koniecznym działaniem. Jedynie postawa otwartości, życzliwości i wsparcia ze strony badającego może stworzyć warunki, w których badany poczuje się bezpiecznie, dzięki czemu zaangażuje się w rozmowę. Konsekwencją takiej postawy są rzetelne dane pozyskiwane z jego odpowiedzi. Z tej racji, że uczestnikami

⁵³ Por. S. Gerstmann, *Rozmowa i wywiad w psychologii*, Warszawa 1972, s. 87–92.

⁵⁴ E. Jarosz, E. Wysocka, *Diagnoza psychopedagogiczna. Podstawowe problemy i rozwiązania*, Warszawa 2006, s. 54–55.

⁵⁵ Por. W. Zaczyński, *Praca badawcza nauczyciela*, dz. cyt., s. 147.

⁵⁶ Por. tamże.

⁵⁷ Tamże.

⁵⁸ S. Gerstmann, *Rozmowa i wywiad w psychologii*, dz. cyt., s. 88.

badania do monografii były dzieci, zapewnienie im poczucia psychicznego komfortu stanowiło dla mnie priorytet. Każde z dzieci indywidualnie, w swoim tempie, mogło odpowiadać na pytania.

Podstawą przygotowania kwestionariusza wywiadu były pytania szczegółowe. Opracowano dziesięć pytań, które w konstrukcji miały być sformułowane odpowiednio do wieku rozwojowego dziecka. Jednocześnie założyłam pewne kategorie odpowiedzi, mające na celu przestudiowanie zgromadzonego materiału badawczego w systemie analizy statystycznej. Skupiłam się na obszarach i środowiskach życia dziecka, o których nie uzyskałam wiedzy, wykorzystując *Projekcyjny Rysunek Rodziny*. Zadawane w trakcie rozmów kierowanych pytania dotyczyły zwłaszcza środowiska szkolnego. Skoncentrowałam się na emocjach dziecka wynikających ze stosunku do szkoły jako społeczności ludzi, jego relacjach rówieśniczych, motywacji do działania i sposobach spędzania wolnego czasu.

Pierwsze z pytań podczas rozmowy brzmiało następująco: „Jak ma na imię Twój najlepszy kolega lub koleżanka?”. Zadając to pytanie, zamierałam dowiedzieć się, czy badany w ogóle ma kolegę lub koleżankę, wobec którego/której wyraża pozytywne emocje. Postawienie takiego pytania miało na celu uzyskanie wiedzy o tym, czy będą występowały różnice pod względem częstotliwości posiadania bliskich relacji koleżeńskich między uczestniczącymi w badaniach grupami dzieci.

Celem drugiego pytania było pozyskanie wiedzy o emocjach dziecka wobec szkoły. Postawiłam najprościej sformułowane pytanie: „Czy lubisz chodzić do szkoły?”. W przypadku tego pytania wyrażenie emocji za pomocą stwierdzenia „tak” lub „nie” jasno określa, czy mieszczą się one w grupie pozytywnych, czy negatywnych. Nie chciałam tutaj wnikać w analizę przyczyn określonych kategorii, ale porównać częstotliwość występowania pozytywnych i negatywnych emocji w grupach dzieci biorących udział w badaniach.

Także trzecie pytanie dotyczyło szkoły. Zadając je, starałam się zdobyć wiedzę, czy dziecko odczuwa, że jest obiektem ośmieszania przez rówieśników. W tym celu następująco sformułowałam pytanie: „Czy ktoś się śmieje z Ciebie lub dokucza Ci w szkole?”. Założyłam, że wiedza, jaka zostanie pozyskana na podstawie tak postawionego pytania, pozwoli określić, czy dzieci z wadami wymowy odczuwają, że częściej są obiektem negatywnego zainteresowania ze strony rówieśników.

Czwarte pytanie w kwestionariuszu wywiadu dotyczyło odczuć dziecka w sytuacji zadaniowej, w jakiej często znajduje się, przebywając w szkole. Zadając to pytanie, świadomie dobrałam formę aktywności wiążącą się

z prezentowaniem swoich umiejętności artykulacyjnych przed większą publicznością. Pytanie brzmiało: „Czy lubisz występować na akademiach lub w przedstawieniach szkolnych?”. Celem tak postawionego pytania było uzyskanie wiedzy o tym, czy istnieją różnice w częstotliwości podejmowania z przyjemnością aktywności wiążącej się z publicznymi występami w grupie dzieci z wadami wymowy, w porównaniu z rówieśnikami bez zaburzeń.

Kolejne, czyli piąte pytanie miało na celu pozyskanie wiedzy o tym, jak dziecko reaguje na porażkę i czy ma motywację do działania. Terapia logopedyczna to zwykle rozciągnięty w czasie proces, w którym postępy obejmujące poprawienie artykulacji często są długo niewidoczne mimo licznych starań zarówno ze strony dziecka, jak i ze strony logopedy. Zadałam dzieciom następujące pytanie: „Co robisz, gdy coś Ci się nie udaje?”. Uwzględniając fakt, że jest to pytanie otwarte, założyłam, że odpowiedzi będą pogrupowane w następujące kategorie: poprawiam/rezygnuję/nie wiem. Ten zakres pozwala wskazać, jak działają dzieci w porównywanych grupach, w której grupie częściej pojawia się motywacja do działania, a w której częściej rezygnacja z aktywności.

Szóste pytanie, zamieszczone w kwestionariuszu wywiadu, dotyczyło emocji dziecka, takich jak złość, a dalej irytacja i zdenerwowanie. Intrygująca dla mnie okazała się analiza tego typu emocji z następującej perspektywy: jak dzieci postrzegają ten stan w odniesieniu do siebie samych. Zadałam dzieciom następujące pytanie: „Kiedy najbardziej się denerwujesz?”. Założyłam, że uzyskane odpowiedzi pozwolą zdobyć wiedzę o tym, czy złość i irytacja wiążąca się ze zdenerwowaniem wynikają, zdaniem dziecka, z jego indywidualnego działania, czy też częściej z wpływu innych osób. Założyłam też grupowanie odpowiedzi w następujące kategorie: indywidualne działanie/wpływ innych osób/nie wiem. Dalsza analiza miała na celu wskazanie, która grupa dzieci częściej obwinia siebie, a która przyczyn upatruje w czynnikach zewnętrznych. Dotyczy to także problemu poczucia własnej wartości u dziecka.

Kolejne z pytań zadanych badanym dotyczyło preferowanego przez nich sposobu spędzania wolnego czasu. Sformułowałam je następująco: „Kiedy masz dużo wolnego czasu i sam wybierasz, co możesz robić, to jak spędzasz czas?”. Chciałam uzyskać wiedzę o sposobie spędzania wolnego czasu przez dzieci, dzieląc odpowiedzi na dwie kategorie:

- aktywne sposoby spędzania wolnego czasu, hobby, konkretne zainteresowania związane z twórczą aktywnością dziecka lub zabawy zorganizowane, np. w grupie rówieśników na podwórku;

- aktywność związana z oglądaniem TV, grą na komputerze, PSP, tablecie lub telefonie komórkowym.

Celem tak postawionego pytania było pozyskanie wiedzy o tym, czy występują różnice w organizacji czasu wolnego przez dzieci z obu grup uczestniczących w badaniach.

Pytanie ósme brzmiało następująco: „Kiedy jest Ci smutno?”. Zadając tak sformułowane pytanie, chciałam uzyskać wiedzę na temat tego, czy smutek dla dzieci z grupy logopedycznej w jakikolwiek sposób wiąże się z ich wadą wymowy, czy kojarzą go z tym, że mówią niewyraźnie, czy np. z tym, że muszą uczęszczać na terapię logopedyczną i systematycznie ćwiczyć.

Kolejne, dziewiąte pytanie zadane dzieciom w trakcie rozmów kierowanych dotyczyło ich towarzyszy zabaw: „Z kim lubisz się bawić?”. Po zgromadzeniu materiału badawczego chciałam uzyskać wiedzę o tym, czy istnieją różnice w dobieraniu towarzyszy do zabawy w grupie dzieci z wadami wymowy w porównaniu z ich rówieśnikami bez zaburzeń logopedycznych. Odpowiedzi pogrupowałam w kategorii: grupa rówieśnicza, rodzina, sam/sama. Założyłam, że wskazanie ulubionego towarzysza zabawy będzie oznaczało „otwartość” na dany rodzaj relacji.

Ostatnie, dziesiąte pytanie brzmiało „Czego najbardziej nie lubisz?”. Zadając to pytanie, chciałam uzyskać informację, czy występują znaczące różnice w tym, czego nie lubią dzieci z grupy logopedycznej w porównaniu z respondentami z grupy nielogopedycznej. Chodziło mi o zwrócenie szczególnej uwagi, czy to, czego dzieci z dyslalią nie lubią, wiąże się z zaburzeniem, jakie mają zdiagnozowane.

Pytania zawsze zadawałam w tej samej kolejności, a uzyskane w wyniku wywiadu dane uporządkowałam w celu zakwalifikowania ich do odpowiednich kategorii, następnie poddałam szczegółowej analizie ilościowej i jakościowej.

3.4. Sposób przeprowadzenia badań

Ze względu na zastosowany w monografii jakościowy paradygmat badań zbieranie materiału polegało na indywidualnych spotkaniach z dziećmi. W celu zminimalizowania czynnika stresowego, jakim jest kontakt z nieznaną osobą, zakwalifikowane do współpracy dzieci zostały o tym fakcie poinformowane wcześniej przez wychowawczynie klas, do których dzieci te uczęszczają. Badania odbywały się po lekcjach, gdy uczniowie przebywali

w świetlicy szkolnej. Miejscem spotkań był zawsze gabinet, w którym specjaliści ze szkolnego zespołu psychologiczno-pedagogicznego prowadzą zajęcia korekcyjno-kompensacyjne. Zbieranie materiału badawczego przebiegało według określonego schematu.

Na początku każdego spotkania zaproszone do współpracy dzieci poinformowałam o anonimowości badań. Po wyrażeniu przez dziecko zgody na udział w badaniach poprosiłam je o udzielenie odpowiedzi na kilka pytań z metryczki⁵⁹. Pytania dotyczyły następujących kwestii: wieku, typu rodziny, posiadania rodzeństwa, posiadania zwierzątka, zamieszkiwania w domu innych członków dalszej rodziny i posiadania przez dziecko samodzielnego pokoju (por. Aneks – karta badania).

Następnie badany otrzymał białą kartkę formatu A4 oraz opakowanie kredek ołówkowych, zawierające następujące kolory: czerwony, czarny, brązowy, zielony, niebieski, żółty, pomarańczowy i fioletowy. Po wręczeniu materiału do pracy poprosiłam dziecko o namalowanie rodziny. Zawsze zwracałam się z poleceniem: „Proszę, abyś namalował/namalowała rodzinę”. Na wszelkie pytania, jakie dzieci zadawały w trakcie sporządzania rysunku, odpowiadałam: „Jak chcesz”. Udzielanie takiej odpowiedzi miało na celu niesugerowanie niczego badanym osobom.

Kiedy dziecko zajęte było rysowaniem, prowadziłam jego obserwację, na podstawie której odnotowywałam, jaka była kolejność rysowania przez dziecko postaci oraz kolejność elementów pracy. Jeśli wykonując rysunek, badany poświęcił komuś lub czemuś szczególnie dużo uwagi, także to zapisywałam. W trakcie przeprowadzanego badania określałam stosunek dziecka do podejmowanej aktywności. W celu usystematyzowania opisu przygotowałam trzystopniową skalę, wykorzystując następujące przymiotniki: zainteresowany, bierny, negatywny. Osoba zainteresowana to taka, która chętnie podjęła aktywność, jaką było rysowanie, oraz zadawała pytania typu: „Po co to pani?”. Osoba bierna była osobą, która podjęła aktywność i wykonała rysunek, ale bez dodatkowych komentarzy. Natomiast osoba o negatywnym nastawieniu do podejmowanej aktywności mówiła, że nie lubi rysować lub że jest to „głupie”. Kiedy dziecko wykonywało rysunek, odnotowywałam wszystkie jego spontaniczne komentarze słowne i zachowania niewerbalne. Po stwierdzeniu przez badanego, że skończył rysować, rozpoczynała się rozmowa na temat wykonanej pracy.

⁵⁹ Por. metryczka w Aneksie.

Zachętą do podjęcia rozmowy na temat rysunku była prośba: „Opowiedz mi o rodzinie, którą narysowałeś/narysowałaś”. W zależności od odpowiedzi dziecka zadawałam kolejne pytania: „Kto należy do tej rodziny? Co ta rodzina robi na tym rysunku?”. Zamierzając uzyskać informację o emocjach dziecka wobec poszczególnych członków rodziny, pytałam: „Kogo najbardziej lubisz w tej rodzinie i dlaczego?”. Poprosiłam również o wskazanie tej osoby z rodziny, którą dziecko najmniej lubi i wyjaśnienie dlaczego? W sytuacji, gdy autor pracy pominął jakiegoś członka rodziny na swoim rysunku, ale wspominał o nim podczas uzupełniania metryczki, zadawałam jeszcze jedno pytanie: „Dlaczego nie narysowałeś...?”. W celu podsumowania i zakończenia rozmowy o rysunku, pytałam: czy chciałbyś/chciałabyś coś jeszcze opowiedzieć o tym rysunku?

Po zakończeniu pracy związanej z rysunkiem rozpoczynał się drugi etap badania, polegający na przeprowadzeniu wywiadu o charakterze rozmowy kierowanej z dzieckiem. W celu utrwalenia zbieranego materiału, a także możliwości powtórnej analizy danych, spotkania nagrywano za pomocą dyktafonu. Dodatkową informacją uzyskaną z rejestracji materiału badawczego na dyktafonie była wiedza o czasie trwania każdego spotkania. Tabela zamieszczona w Aneksie przedstawia szczegółowe dane w tym zakresie. W celu zachowania anonimowości badań utworzyłam każdemu dziecku indywidualny kod. Opracowany on został na podstawie następujących danych: płeć (dziewczynka – D; chłopiec – C), numer kolejny według listy badanych/rok badania/grupa (grupa logopedyczna – L, nielogopedyczna – nL). Średni czas badania w grupie dzieci z wadami wymowy wyniósł 23 minuty, a w grupie nielogopedycznej 25 minut. Różnica podczas trwania badań w obu grupach była nieznaczna. Każde z dzieci mogło pracować w swoim tempie, czas na wykonanie rysunku był nieograniczony, a przebieg późniejszej rozmowy zależał indywidualnie od badanego dziecka.

W trakcie każdego badania uzupełniałam sporządzoną przez siebie kartę badania⁶⁰. Karta zawierała podstawowe informacje dotyczące badanego, czyli tzw. metryczkę, zawierającą takie dane, jak: imię, nazwisko, klasa, dane o rodzinie, informację o posiadaniu zwierzęcia, własnego pokoju oraz uczestnictwa w życiu dziecka dalszych członków rodziny. Na podstawie obserwacji dziecka podczas indywidualnych spotkań określałam również nastrój badanego, odnosząc się do zaproponowanej przez siebie skali: pogodny, niespokojny, apatyczny, lękowy, rozdrażniony, podniecony (szczegółowe

⁶⁰ Wzór karty badania zamieszczony został w Aneksie.

dane na temat każdego badanego zamieszczono w tabeli w Aneksie). W karcie badania znalazł się też zapis dotyczący stosunku, jaki dziecko ma do wykonywanych czynności, czyli do rysowania i rozmowy. Zamierzając określić, jakie nastawienie miało dziecko do badania, zastosowałam czterostopniową skalę: bardzo zainteresowany, zainteresowany, bierny, negatywistyczny. Obserwację dotyczącą opisu nastroju badanego oraz jego stosunek do badania zawierały zapiski własne z badań. Określenie skali miało na celu usprawnienie zapisu. Świadoma wysokiego w tym wypadku czynnika subiektywnego, odnotowywałam również dodatkowe informacje uzyskiwane bezpośrednio od badanego (np. brak zainteresowania badaniem niewynikający z bierności dziecka, ale z jego niedyspozycji związanej z niewyspaniem). Informacje zgromadzone na podstawie opracowanych skali oraz notatki z obserwacji wzbogaciły jakościową wiedzę o badanej osobie i były wsparciem przy analizie materiału badawczego podczas spotkań w grupie sędziów kompetentnych. Jednakże, co należy podkreślić, nie były one źródłem analizy, a jedynie dodatkiem wynikającym ze skrupulatności i dokładności prowadzonych badań. W drugiej części karty badania zamieściłam informacje dotyczące rysunku rodziny, m.in. kolejności rysowania postaci i pytania do rysunku. Wszystkie dane (z wyjątkiem imienia i nazwiska), które zgromadziłam na podstawie karty badania, zawarłam w Aneksie.

ROZDZIAŁ 4

Problemy w funkcjonowaniu społeczno-emocjonalnym ujawniane przez dzieci z dyslalią rozpoczynające edukację szkolną w porównaniu z rówieśnikami bez zdiagnozowanych wad wymowy w świetle wyników badań własnych

Zaprezentuję teraz wyniki badań własnych, odnoszące się do problematyki związanej z sytuacją społeczno-emocjonalną dzieci z dyslalią. Przedstawione będą rezultaty badań zgromadzone dzięki metodzie projekcyjnej, jaką jest *Rysunek Rodziny*, i rozmowom kierowanym, przeprowadzonym z dziećmi biorącymi udział w badaniach. Taki dobór metod pozwolił zebrać obszerny materiał, który następnie uporządkowano, sklasyfikowano, poddano analizie statystycznym, ilościowym i jakościowym.

4.1. Rezultaty badań

Dane uzyskane z analizy wskaźników w rysunkach oraz informacje udzielone podczas rozmów opracowano według kategorii odpowiedzi i przeanalizowano statystycznie za pomocą programu SPSS 21. Ze względu na charakter zmiennych i hipotezy zakładające pomiędzy nimi głównie związki interakcyjne wykorzystano w monografii dla zmiennych zależnych mierzonych na skali ilościowej: ogólne modele liniowe (*General Linear Models* – GLM) oraz porównania szczegółowe, a dla nominalnych zmiennych zależnych: testy chi-kwadrat wraz z porównaniami wielokrotnymi (testy „z” dla proporcji z poprawką Bonferroniego, oznaczone w tabelach procentowych literami

a i b). Wartości w tabelach istotnie statystycznie różne od siebie oznaczono różnymi literami (jeśli przy danej wartości pojawia się litera a, to jest ona różna od wartości, przy której pojawia się litera b). W analizie wyników badań uwzględniono grupy skrajne zwane: grupą logopedyczną (dzieci ze zdiagnozowanymi wadami wymowy: dyslalią) i grupą nielogopedyczną (dzieci bez zdiagnozowanych wad wymowy).

Podjęcie badań obejmujących problemy społeczno-emocjonalne dzieci z dyslalią wymagało zastosowania odpowiednich metod i wnikliwej analizy uzyskanych danych, które zostały zaprezentowane w postaci tabel i opisów wybranych rysunków dzieci z dyslalią. Zebrany materiał podzielono wyraźnie na dwie części odnoszące się do wyników uzyskanych za pośrednictwem *Projekcyjnego Rysunku Rodziny* i tych danych, które pozyskano dzięki rozmowom kierowanym, przeprowadzonym z dziećmi.

4.1.1. Rezultaty badań w świetle *Projekcyjnego Rysunku Rodziny*

Dla każdego człowieka sposób postrzegania samego siebie, czyli tworzenie „obrazu samego siebie”, to proces obejmujący całe życie, warunkowany przez wiele czynników. Najistotniejszy etap tego procesu przypada na okres dzieciństwa, w którym „z jednej strony dzieci wraz z wiekiem zyskują coraz większe kompetencje w zakresie samoświadomości i stają się coraz bardziej realistyczne, a z drugiej sposób postrzegania dzieci przez innych ludzi i ich reakcje zaczynają odgrywać główną rolę w kształtowaniu charakteru tej świadomości”¹. Zatem na to, jak dzieci czują się same z sobą, jaki tworzą obraz siebie samych, wpływają zarówno czynniki zewnętrzne, tj. ich otoczenie, jak i wewnętrzne predyspozycje psychiczne, wśród których należy wskazać, za Schafferem, rozwijające się w tym okresie: samoświadomość, pojęcie „ja” oraz samoocenę dziecka². Na wszystkie wymienione elementy wywierają wpływ indywidualne tempo rozwoju jednostki oraz oddziaływanie środowiska, ukierunkowujące ten proces.

Pierwszym etapem tworzenia w umyśle dziecka „własnego ja” jest rozwój samoświadomości³. Na podstawie przeprowadzonych eksperymentów stwierdza się, że około drugiego roku życia dziecko uznaje sobie swoją

¹ H.R. Schaffer, *Psychologia dziecka*, dz. cyt., s. 336.

² Por. tamże, s. 336–341.

³ Por. tamże, s. 336.

odrębność jako jednostki: w pierwszej kolejności w aspekcie fizycznym, a następnie w kontekście „poczucia odrębnej i odmiennej od innych tożsamości”⁴. Rozwój samoświadomości jednostki skutkuje istotnymi zmianami w zakresie myślenia zarówno o sobie, jak i o innych. W pierwszych latach życia dziecko dokonuje opisu w odniesieniu do obserwowalnego konkretnego, w odniesieniu do siebie i otoczenia. Zatem ocena będzie w „kategoriach wyglądu i posiadania [...], później w kategoriach tego, co robią”⁵, aby w konsekwencji „na początku szkoły zaczynać wspominać o cechach psychicznych, a te stopniowo stają się coraz bardziej rozbudowane i oparte na porównaniach. [...] W tym czasie dzieci stają się coraz bardziej realistyczne względem siebie”⁶. O ile przedszkolaki mogą postrzegać siebie przez różowe okulary, o tyle „samoopisy dzieci starszych są o wiele bardziej wyważone, gdyż zawierają zarówno zalety, jak i słabsze strony”⁷. Na przestrzeni kilku lat dzieciństwa kształtuje się w umyśle dziecka obraz własnej osoby oparty na zdobywanych doświadczeniach, nawiązanych relacjach, ocenach, jakich doznaje się codziennie w rozmaitych środowiskach życia. „Mówiąc o poczuciu Ja, odnosimy się nie tylko do sposobu w jaki siebie postrzegamy, ale także do sposobu, w jaki się oceniamy”⁸, pisze Schaffer. W literaturze przedmiotu samoocena definiowana jest jako „wyraz rozbieżności pomiędzy «Ja idealnym» a «Ja rzeczywistym», spostrzeganym przez jednostkę. Kiedy ta rozbieżność jest niewielka, jednostka doświadcza poczucia własnej wartości i satysfakcji; kiedy rozdzźwięk jest duży, pojawia się poczucie porażki i braku własnej wartości”⁹. W monografii przyjmuję za Carlem Rogersem, że:

[...] pojęcie własnego „ja” tworzy się stopniowo i można je sobie wyobrazić jako zorganizowaną i spójną konstrukcję pojęciową, złożoną ze spostrzeżeń „siebie”, czyli „ja” oraz ze spostrzeżeń relacji tego „ja” ze światem zewnętrznym i z innymi ludźmi. Elementami tej konstrukcji są również wartości przypisywane owym spostrzeżeniom. [...] Można ją sobie uświadomić, może być ona również nieświadoma. Jest stałym punktem odniesienia dla jednostki, wyznacznikiem jej działań¹⁰.

⁴ Por. tamże, s. 337.

⁵ Tamże.

⁶ Tamże.

⁷ Tamże.

⁸ Tamże, s. 338.

⁹ Tamże, s. 339.

¹⁰ C.G. Rogers, *Terapia nastawiona na klienta. Grupy spotkaniowe*, przeł. A. Dodziuk, E. Knoll, Wrocław 1991, s. 32.

O ile w początkowej fazie edukacji wczesnoszkolnej dziecko dopiero wstępuje w okres, kiedy jego samoocena „staje się coraz bardziej realistyczna i o wiele bardziej spójna w sposobie oceniania siebie”¹¹ niż wcześniej, o tyle następuje „ogólny spadek samooceny, bo od tego czasu dzieci są w stanie uwzględnić zarówno osiągnięcia, jak i porażki, cechy pozytywne i negatywne”¹². Jest to szczególny moment w rozwoju oceny samego siebie, charakteryzujący uwrażliwienie się dziecka. Poza wyzwaniem, jakie niesie ze sobą podjęcie obowiązku szkolnego, w tym momencie życia dziecko zaczyna coraz intensywniej różnicować i porównywać swoją osobę w relacji z rówieśnikami. Nie bez znaczenia dla kształtowania się obrazu samego siebie ma dla dziecka także nowe środowisko, w którym wyznacznikiem oceny i naturalnym autorytetem stają się nauczyciele.

Wady wymowy, niezależne od przyczyn je wywołujących, mogą stać się czynnikiem wpływającym na obraz samego siebie u dziecka. Zaburzona funkcja komunikacyjna, dotycząca artykulacyjnego aspektu porozumiewania się, może stanowić przyczynę negatywnych doświadczeń. Obraz „ja rzeczywisty” u dziecka z dyslalią warunkowany jest wieloma czynnikami związanymi wprost z tym, jak ono mówi. Otóż jeśli podłożem wady wymowy u dziecka nie jest zaburzony słuch fonemowy, to dziecko słyszy, że sposób, w jaki wymawia poszczególne dźwięki, jest inny od tego, jak mówią jego rówieśnicy. Powoduje to wspomniane powiększanie się rozdzźwięku między „ja idealnym” a „ja rzeczywistym”. Co więcej, ocena rówieśników, a niejednokrotnie złośliwe uwagi w związku z wadą artykulacyjną mogą przyczyniać się do pogłębiania negatywnej samooceny u dziecka z dyslalią. Należy jeszcze zwrócić uwagę na osoby dorosłe w kontekście kształtowania się obrazu samego siebie u dziecka z wadą artykulacyjną. Ciągłe poprawianie dziecka w wymowie przez rodziców i stała opieka logopedyczna mogą stać się dla niego przykrym doświadczeniem lub nużącym obowiązkiem, często, mimo starań, o efektach widocznych dopiero po długich miesiącach terapii. Jednocześnie zauważa się, że zaniedbanie ze strony rodziców (niezauważenie problemu wady wymowy) lub nieefektywna opieka logopedyczna nad dzieckiem z dyslalią skutkuje przedłużającymi się negatywnymi doświadczeniami. Jeśli zatem dziecko, podejmując obowiązek szkolny, ma wadę wymowy, narażone zostaje na odczuwanie wielu negatywnych doświadczeń wpływających na intensywnie kształtujący się wtedy obraz samego siebie.

¹¹ H.R. Schaffer, *Psychologia dziecka*, dz. cyt., s. 341.

¹² Tamże.

Na podstawie zgromadzonego materiału badawczego stwierdzam, że dzieci z wadami wymowy w porównaniu z ich rówieśnikami bez tych zaburzeń mają niższe poczucie własnej wartości, odczuwają bezradność i osamotnienie. W wyniku przeprowadzonych analiz materiału badawczego, zebranego na podstawie *Projekcyjnego Rysunku Rodziny*, okazuje się, że problem ten ma najwyższy wskaźnik istotności statystycznej w porównaniu z innymi przeanalizowanymi problemami. Dane w tym zakresie prezentuje tabela 15.

Tabela 15. Ogólna liczba wskaźników – poczucie mniejszej wartości, bezradność i osamotnienie

Ogólna liczba wskaźników		Grupa					
		Nielogopedyczna		Logopedyczna		Ogółem	
		N	%	N	%	N	%
Poczucie mniejszej wartości, bezradność i osamotnienie	Brak	57 _a	95,0	26 _b	43,3	83	69,2
	Jest	3 _a	5,0	34 _b	56,7	37	30,8
	Ogółem	60	100,0	60	100,0	120	100,0

$$\chi^2 = 37,55; df = 1; p < 0,001$$

$$\Phi = 0,559; p < 0,001$$

Przeprowadzone analizy wykazały istotne statystycznie różnice w częstości występowania poczucia mniejszej wartości, bezradności i osamotnienia pomiędzy osobami z problemami logopedycznymi a osobami bez problemów w tym zakresie ($\chi^2 = 37,55; df = 1; p < 0,001$). Analizowany problem emocjonalny został odnotowany w przypadku 30,8% wszystkich rysunków zebranych jako materiał badawczy. Natomiast ogólną liczbę wskaźników, dotyczącą poczucia mniejszej wartości, bezradności i osamotnienia, zaobserwowano wśród 56,7% dzieci z grupy logopedycznej, podczas gdy, dla porównania, w grupie dzieci nielogopedycznych zaobserwowano występowanie tych wskaźników jedynie u 5% badanych. Na uzyskane wyniki, w porównaniu obu grup, nie miały wpływu takie zmienne, jak płeć, posiadanie rodzeństwa, posiadanie zwierzątka. Na podstawie zgromadzonego materiału stwierdza się też, że częściej problemy z poczuciem własnej wartości, niezależnie od diagnozy logopedycznej, pojawiają się u chłopców i u osób niemających rodzeństwa.

Analizując w rysunkach dzieci problem dotyczący poczucia mniejszej wartości, bezradności i osamotnienia, uwzględniono formalne wskaźniki, takie jak: brak podstawy, dewaloryzację siebie przez autora lub całkowite

pominięcie siebie w pracy oraz brak dłoni u narysowanej postaci. Dane dotyczące tych wskaźników przedstawiono w tabelach 16–18.

Tabela 16. Wskaźnik – brak podstawy

Wskaźnik		Grupa					
		Nielogopedyczna		Logopedyczna		Ogółem	
		N	%	N	%	N	%
Brak podstawy	Brak	36 _a	60,0	18 _b	30,0	54	45,0
	Jest	24 _a	40,0	42 _b	70,0	66	55,0
	Ogółem	60	100,0	60	100,0	120	100,0

$$\chi^2 = 10,90; df = 1; p < 0,001$$

$$Phi = 0,302; p < 0,001$$

Tabela 17. Wskaźnik – dewaloryzacja siebie lub pominięcie

Wskaźnik		Grupa					
		Nielogopedyczna		Logopedyczna		Ogółem	
		N	%	N	%	N	%
Dewaloryzacja siebie lub pominięcie	Brak	56 _a	93,3	49 _b	81,7	105	87,5
	Jest	4 _a	6,7	11 _b	18,3	15	12,5
	Ogółem	60	100,0	60	100,0	120	100,0

$$\chi^2 = 3,73; df = 1; p = 0,053$$

$$Phi = 0,176; p = 0,053$$

Tabela 18. Wskaźnik – brak dłoni

Wskaźnik		Grupa					
		Nielogopedyczna		Logopedyczna		Ogółem	
		N	%	N	%	N	%
Brak dłoni	Brak	56 _a	93,3	29 _b	48,3	85	70,8
	Jest	4 _a	6,7	31 _b	51,7	35	29,2
	Ogółem	60	100,0	60	100,0	120	100,0

$$\chi^2 = 29,40; df = 1; p < 0,001$$

$$Phi = 0,495; p < 0,001$$

Przeprowadzone analizy wykazały istotne statystycznie różnice w częstotliwości występowania wskaźnika, jakim jest brak podstawy w rysunkach dzieci logopedycznych i Nielogopedycznych ($\chi^2 = 10,9; df = 1; p < 0,001$). Wskaźnik braku podstawy wystąpił w 70% prac dzieci z grupy logopedycznej i tylko w 30% prac dzieci z grupy Nielogopedycznej.

Analiza drugiego wskaźnika, jakim jest dewaloryzacja siebie lub całkowite pominięcie w rysunku, nie wykazała istotnych statystycznie różnic w porównywanych grupach ($\chi^2 = 3,73$; $df = 1$; $p = 0,053$). Wystąpienie tego wskaźnika odnotowano w przypadku czterech prac w grupie nielogopedycznej i jedenastu w grupie logopedycznej. W całości analizowanego materiału badawczego wystąpienie tego wskaźnika stanowiło 12,5% ogółu prac.

Analiza kolejnego wskaźnika, jakim jest brak dłoni u członków rodziny, wykazała istotne statystycznie różnice w częstości występowania w grupie dzieci logopedycznych i nielogopedycznych ($\chi^2 = 29,4$; $df = 1$; $p < 0,001$). Wskaźnik ten został odnotowany w przypadku 6,7% prac dzieci nielogopedycznych i aż w 51,7% prac dzieci z grupy logopedycznej.

Powyższe dane wskazują, że dzieci z wadami wymowy częściej niż ich rówieśnicy bez zaburzeń logopedycznych mają negatywny obraz samych siebie. Pojawiający się na tym etapie rozwoju krytycyzm w samoocenie oraz porównywanie z rówieśnikami pogłębiają rozdzźwięk między „ja idealnym” a „ja rzeczywistym”. Zakłada się, że dziecko, u którego zdiagnozowano wadę wymowy, uczęszcza systematycznie na terapię logopedyczną, rzetelnie ćwiczy w domu z rodzicami, a mimo to jego wymowa nie poprawia się lub efekty są mało słyszalne. Konsekwencją takiego stanu jest rozwijające się w dziecku z wadą wymowy stałe poczucie porażki. Jednocześnie odczuwalna dla dziecka presja, związana z ciągłymi działaniami korekcyjnymi, może wpływać na wzmacnianie się u niego obrazu inności w porównaniu z rówieśnikami mówiącymi prawidłowo.

Tego typu doświadczenia pogłębiają negatywny obraz siebie, ponieważ brak sukcesu obniża poczucie własnej wartości. Wskaźnikiem w tej grupie, który pojawiał się najczęściej w pracach dzieci z dyslalią, był brak podstawy, rozumiany jako „nie wie, na czym stoi”¹³. W kontekście obrazu samego siebie dotyczy to poczucia niepewności, bezradności. Literatura przedmiotu wskazuje, że w zakresie kształtowania się mowy dziecka w 7. roku życia kończy się okres rozwoju mowy; wtedy wszelkie realizacje fonemów powinny wybrzmiewać zgodnie z normą ortofoniczną. Jeśli u dziecka rozpoczynającego edukację wczesnoszkolną diagnozuje się wadę wymowy, może to świadczyć o zaniedbaniu. To konsekwencja nieefektywnej terapii logopedycznej, braku systematycznych ćwiczeń lub konsekwencja niewiedzy i braku zainteresowania ze strony rodziców. Dziecko, które na tym etapie rozwoju funkcjonuje z wadą wymowy, może odczuwać bezradność

¹³ Por. tamże, s. 83.

i osamotnienie. Wynika to z faktu, że osoby dorosłe z jego otoczenia nie wykazały wystarczającej czujności polegającej na wcześniejszej diagnozie i działaniach terapeutycznych. Z analizy materiału badawczego zgromadzonego do monografii wynika, że wskaźniki dotyczące problemu niższej wartości, bezradności i osamotnienia występują częściej u dzieci z dyslalią niż u ich rówieśników bez problemów z wymową.

Tytułem przykładu prezentuję poniżej trzy rysunki dzieci z grupy logopedycznej, u których na podstawie wyodrębnionych w pracy wskaźników stwierdzono niższe poczucie własnej wartości, bezradności i osamotnienia w porównaniu z rówieśnikami, którzy nie mają zaburzeń artykulacyjnych.

Pierwszym przykładem rysunku, którego wskaźniki świadczą o występowaniu poczucia niższej wartości, bezradności i osamotnienia u dziecka, jest praca siedmioletniej Agnieszki.

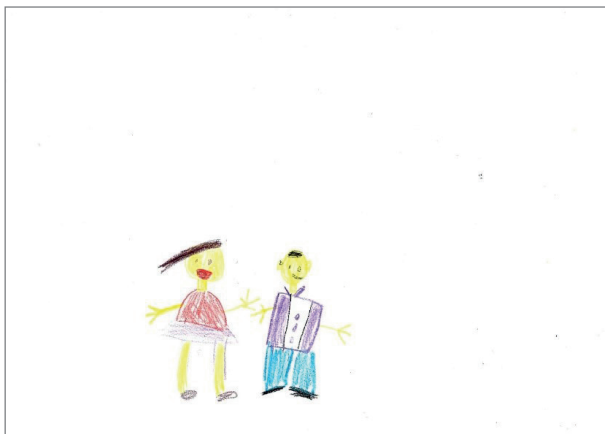


U badanej stwierdzono w trakcie diagnozy logopedycznej zaburzenie szeregu szumiącego (substituowanie „sz”, „rz”, „cz”, „dż” na „s”, „z”, „c”, „dz”). Z pytań zamieszczonych w metryczce uzyskałam informacje, że dziewczynka wychowuje się w pełnej rodzinie, nie ma rodzeństwa ani zwierzęcia domowego i mieszka sama w pokoju. Podczas spotkania była niespokojna i zalekniona, wykazywała postawę bierną wobec badania, nie zadając żadnych dodatkowych pytań¹⁴. Rysunek, który wykonało dziecko, jest zgodny z tematem, a jego poziom adekwatny do wieku. W pracy

¹⁴ Przytoczony opis został wykonany na podstawie skali, które autorka monografii przygotowała w karcie do badania.

Agnieszki stwierdza się występowanie wszystkich trzech wskaźników świadczących o niższym poczuciu własnej wartości, bezradności i osamotnieniu. Badana w swoim rysunku pominęła tatę, twierdząc, że „jego i tak często nie ma”. Narysowała natomiast mamę, której poświęciła sporo uwagi, zastanawiając się np. nad doborem kolorów jej garderoby. Mama na rysunku jest uśmiechnięta, kompletna pod względem części ciała, natomiast stojąca po prawej stronie od mamy postać to autorka pracy. Kolory jej stroju są zdecydowanie mniej intensywne, bledsze, a czas poświęcony na jej narysowanie był zdecydowanie krótszy niż w przypadku rysowania mamy. Postać autorki została zdewaloryzowana poprzez znaczącą niekompletność części ciała (brak twarzy, dłoni i stóp). Autorka z mamą, przedstawione na rysunku, są niejako „zawieszone w próżni”; brakuje podstawy, na której stałyby. Rysunek mający przedstawiać rodzinę jest jakby niedokończony, mimo że autorka miała nieograniczoną ilość czasu do dyspozycji. Analiza rysunku na podstawie interpretacji wskaźników i późniejszej rozmowy z dzieckiem wskazuje na występowanie u dziewczynki poczucia niższej własnej wartości, bezradność i osamotnienie.

Kolejnym przykładem rysunku, którego wskaźniki świadczą o poczuciu niższej wartości, bezradności i osamotnieniu u badanego, jest praca wykonana przez Bartosza z klasy Ic.



Chłopiec ma zdiagnozowaną wadę wymowy: zaburzony szereg szumiący i nieprawidłową realizację głoski „r” (deformacja). Badany wychowuje się w pełnej rodzinie, nie ma rodzeństwa ani zwierzęcia. Podczas spotkania chłopiec był bierny, wykonywał polecenia, ale kilkakrotnie niepewnie dopytywał, czy dobrze rysuje. Na rysunku, który miał przedstawiać rodzinę,

Bartosz narysował tylko swoich rodziców. Zapytany później, dlaczego nie narysował również siebie, odpowiedział „mnie tam nie musi być”. Pomińcie siebie w pracy przez autora interpretuje się jako „zaburzony obraz siebie”. Chłopiec narysował rodziców, którzy mają kompletne ciała, jednak są „zawieszeni w próżni”, nie stoją na żadnym podłożu. Mimo że przedstawione postacie mają żywe kolory, a ich ciała są kompletne, w rysunku Bartosza dostrzega się jeszcze wskaźniki świadczące o innym problemie dezorganizującym osobowość, mianowicie o podwyższonym poziomie niepokoju.

Następnym przykładem rysunku dziecka, u którego stwierdza się poczucie niższej własnej wartości, bezradność i osamotnienie, jest praca wykonana przez siedmioletniego Dominika.



Chłopiec nieprawidłowo realizuje głoskę „r” (deformacja), jest jedynakiem wychowującym się w pełnej rodzinie. Dominik ma swój pokój, natomiast nie ma zwierzątka (o którym marzy, co dopowiedział w wywiadzie). Chłopiec podczas badania był negatywnie nastawiony do rysowania, nie chciał tego robić, był pobudzony, interesowało go spotkanie (zadawał pytania typu: „A po co pani tu jest?”), lecz nie skupiał się na samym badaniu. Na rysunku przedstawił wszystkich członków rodziny, wykorzystał rozmaite kolory kredek (zauważa się jednak dominację koloru czarnego). Narysowane postacie wskazują na okres schematu uproszczonego w poziomie wykonanego rysunku. Autor zdewaloryzował swoją postać poprzez zamalowanie twarzy na czarno (zapytany, dlaczego tak przedstawił swoją twarz, stwierdził: „lepiej jak nie mówię”). Postacie na rysunku nie mają zaznaczonych dłoni, natomiast dostrzega się gest uniesienia kończyn do

góry. Ponadto w pracy pojawia się również kolejny wskaźnik świadczący o występowaniu u badanego poczucia niepewności i bezradności: postacie nie są umieszczone na żadnym podłożu. W pracy Dominika występują wszystkie wskaźniki świadczące o niższym poczuciu własnej wartości, bezradności i osamotnieniu.

Wszystkie zaprezentowane powyżej rysunki wskazują także na kolejny problem emocjonalny, który na podstawie zgromadzonego materiału badawczego stwierdza się u dzieci z dyslalią. Otóż występowanie w pracach dużych pustych przestrzeni jest jednym ze wskaźników dowodzących podwyższonego poziomu niepokoju u badanego. Wyniki analizy materiału badawczego w kontekście występowania niepokoju u dzieci z dyslalią w porównaniu z ich rówieśnikami bez zaburzeń zaprezentowane zostały w tabeli 19.

Tabela 19. Ogólna liczba wskaźników – podwyższony poziom niepokoju

Ogólna liczba wskaźników		Grupa					
		Nielogopedyczna		Logopedyczna		Ogółem	
		N	%	N	%	N	%
Podwyższony poziom niepokoju	Brak	56 _a	93,3	44 _b	73,3	100	83,3
	Jest	4 _a	6,7	16 _b	26,7	20	16,7
	Ogółem	60	100,0	60	100,0	120	100,0

$$\chi^2 = 8,64; df = 1; p < 0,003$$

$$\Phi = 0,268; p < 0,003$$

Przeprowadzone analizy wykazały istotne statystycznie różnice w częstotliwości występowania wskaźników podwyższonego poziomu niepokoju pomiędzy osobami z problemami logopedycznymi i bez problemów logopedycznych ($\chi^2 = 8,64; df = 1; p < 0,003$). Analizowany problem emocjonalny został odnotowany w przypadku 16,7% wszystkich rysunków zebranych jako materiał badawczy. Natomiast ogólna liczba wskaźników, świadcząca o podwyższonym poziomie niepokoju, została zaobserwowana w przypadku 26,7% badanych z grupy logopedycznej, gdzie porównując z dziećmi Nielogopedycznymi, zaobserwowano występowanie tych wskaźników u 6,7% osób z przebadanej grupy. W tabelach 20–23 zaprezentowałam wyniki analiz materiału badawczego z uwzględnieniem poszczególnych wskaźników dotyczących podwyższonego poziomu niepokoju: duże puste przestrzenie na kartce, słaby nacisk kredki, drobne postacie, blade kolory/ jeden kolor.

Tabela 20. Wskaźnik – duże puste przestrzenie na kartce

Wskaźnik		Grupa					
		Nielogopedyczna		Logopedyczna		Ogółem	
		N	%	N	%	N	%
Duże puste przestrzenie na kartce	Brak	52 _a	86,7	34 _b	56,7	86	71,7
	Jest	8 _a	13,3	26 _b	43,3	34	28,3
	Ogółem	60	100,0	60	100,0	120	100,0

$$\chi^2 = 13,29; df = 1; p < 0,001$$

$$Phi = 0,333; p < 0,001$$

Tabela 21. Wskaźnik – słaby nacisk kredki

Wskaźnik		Grupa					
		Nielogopedyczna		Logopedyczna		Ogółem	
		N	%	N	%	N	%
Słaby nacisk kredki/ blade kolory	Brak	60 _a	100,0	49 _b	81,7	109	90,8
	Jest	0 _a	0,0	11 _b	18,3	11	9,2
	Ogółem	60	100,0	60	100,0	120	100,0

$$\chi^2 = 12,11; df = 1; p < 0,001$$

$$Phi = 0,318; p < 0,001$$

Tabela 22. Wskaźnik – drobne postacie

Wskaźnik		Grupa					
		Nielogopedyczna		Logopedyczna		Ogółem	
		N	%	N	%	N	%
Drobne postacie	Brak	58 _a	96,7	46 _b	76,7	104	86,7
	Jest	2 _a	3,3	14 _b	23,3	16	13,3
	Ogółem	60	100,0	60	100,0	120	100,0

$$\chi^2 = 10,38; df = 1; p < 0,001$$

$$Phi = 0,294; p < 0,001$$

Tabela 23. Wskaźnik – jeden kolor/rysunek mało barwny

Wskaźnik		Grupa					
		Nielogopedyczna		Logopedyczna		Ogółem	
		N	%	N	%	N	%
Jeden kolor/rysunek mało barwny	Brak	59 _a	98,3	48 _b	80,0	107	89,2
	Jest	1 _a	1,7	12 _b	20,0	13	10,8
	Ogółem	60	100,0	60	100,0	120	100,0

$$\chi^2 = 10,44; df = 1; p < 0,001$$

$$Phi = 0,295; p < 0,001$$

Przeprowadzone analizy wykazały istotne statystycznie różnice w częstości występowania wskaźnika, jakim są duże puste przestrzenie na kartce przy porównaniu prac dzieci logopedycznych z nielogopedycznymi ($\chi^2 = 13,29$; $df = 1$; $p < 0,001$). Wskaźnik ten został odnotowany w przypadku 43,3% prac dzieci z grupy logopedycznej i tylko w 13,3% prac dzieci z grupy nielogopedycznej.

Przeprowadzone analizy wykazały istotne statystycznie różnice w częstości występowania wskaźnika, jakim jest słaby nacisk kredki/błade kolory, porównując prace dzieci logopedycznych i nielogopedycznych ($\chi^2 = 12,11$; $df = 1$; $p < 0,001$). Wskaźnik ten wystąpił w przypadku jedenastu prac dzieci z grupy logopedycznej, natomiast nie został odnotowany w pracach z grupy nielogopedycznej.

Analiza wskaźnika, jakim są drobne (małe) postacie na rysunku, tzw. patyczaki, wykazała istotne statystycznie różnice w częstości występowania w grupie dzieci logopedycznych i nielogopedycznych ($\chi^2 = 10,38$; $df = 1$; $p < 0,001$). Wskaźnik ten został odnotowany w przypadku 3,3% prac dzieci nielogopedycznych i aż 23,3% prac dzieci z grupy logopedycznej.

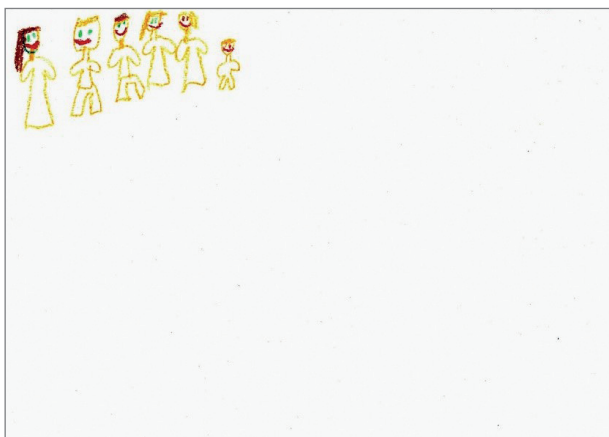
Przeprowadzone analizy wykazały istotne statystycznie różnice w częstości występowania wskaźnika, jakim jest użycie przez autora pracy jednego koloru kredki, porównując prace dzieci logopedycznych i nielogopedycznych ($\chi^2 = 10,44$; $df = 1$; $p < 0,001$). Wskaźnik ten odnotowano tylko w przypadku jednej pracy dzieci z grupy nielogopedycznej, natomiast w grupie logopedycznej wskazano jego występowanie dwunastokrotnie.

Jak wskazuje Braun-Gałkowska, „dzieci o podwyższonym wskaźniku niepokoju można scharakteryzować jako: drażliwe, wybuchowe, wewnętrznie napięte, skłonne do zamartwiania się, mające trudności w kontroli własnego zachowania, niezadowolone z siebie, skłonne do płaczu, z poczuciem małej własnej wartości, nieśmiałe, nierozumiejące siebie ani innych, mało odporne na stres i trudne sytuacje”¹⁵. Wskutek przeprowadzonych badań stwierdza się, że dzieci ze zdiagnozowanymi wadami wymowy częściej niż ich rówieśnicy bez zaburzeń z tego spektrum mają podwyższony poziom niepokoju. Fakt występowania tego problemu emocjonalnego u dzieci z dyslalią może pogłębiać negatywny obraz samego siebie, np. w sytuacji nieumiejętności zapanowania nad emocjami, niekontrolowanej wybuchowości czy nadmiernej drażliwości. Mała odporność na stres i trudne sytuacje mogą przyczyniać się do zaburzeń relacji z członkami rodziny i rówieśnikami.

¹⁵ M. Braun-Gałkowska, *Rysunek projekcyjny*, dz. cyt., s. 83.

Poczucie niezrozumienia, wewnętrzne napięcie i jednocześnie niezadowolenie z siebie utrudniają relacje z innymi ludźmi. Poniżej zaprezentowano przykłady prac dzieci z grupy logopedycznej, u których stwierdzono występowanie podwyższonego poczucia niepokoju.

Autorką pierwszej pracy z grupy logopedycznej, która zostanie omówiona w kontekście występowania podwyższonego poziomu niepokoju, jest siedmioletnia Marysia.

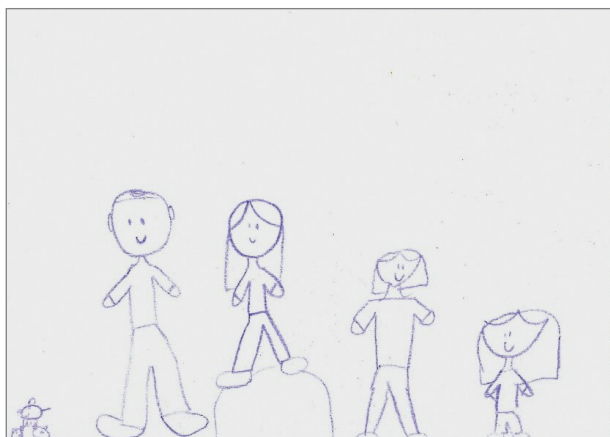


U tego dziecka stwierdzono w wyniku diagnozy logopedycznej zaburzenia szeregu syczącego i szumiącego. Dziewczynka wychowuje się w pełnej rodzinie, nie ma rodzeństwa, nie ma też zwierzątka, mieszka sama w pokoju. W trakcie badania dziewczynka była pogodna, uśmiechnięta, nie zadawała wielu pytań, ale wszystkie polecenia wykonywała chętnie, była zainteresowana spotkaniem. Rysunek przedstawia rodzinę dziewczynki (kolejność osób narysowanych: mama, tata, dziadek, babcia, ciocia i autorka). Widoczny na rysunku skład osobowy rodziny wynika z tego, że wszyscy członkowie rodziny mieszkają w jednym domu, o czym powiedziała autorka później, w trakcie rozmowy. W pracy narysowanej przez Marysię dostrzega się większość wskaźników świadczących o podwyższonym poziomie niepokoju u badanej. Pojawiły się mianowicie duże puste przestrzenie na kartce, autorka całość pracy umieściła w lewym, górnym rogu, co w symbolice przestrzeni „wiąże się z biernością życiową, niechęcią do angażowania, brakiem odwagi do działania”¹⁶. Umieszczenie całości pracy w lewym, górnym rogu wskazuje również na tendencje idealistyczne, wyobrażeniowe u badanej; lewa strona

¹⁶ Tamże, s. 48.

dotyczy przeszłości i bierności, a według wielu badaczy wiąże się także z intruzersją u badanego człowieka¹⁷. Autorka w przeważającej części swojej pracy zastosowała tylko jeden (beżowy) kolor. Zaznaczając takie elementy wyglądu, jak włosy i części twarzy, wykorzystała odpowiednie barwy. Postacie na rysunku nie mają dłoni ani stóp, są również zawieszone niejako w próżni, gdyż nie stoją na żadnym podłożu. Autorka przedstawiła małe, drobne postacie, lecz warto zauważyć, że nie są to patyczaki. Członkowie rodziny zostali przedstawieni, stojąc blisko siebie. Dziewczynka podczas rozmowy na temat rysunku stwierdziła: „lubię, jak jesteśmy wszyscy razem”. Umieszczenie rodziny w tej części kartki, z jednoczesnym niewykorzystaniem pozostałej wolnej przestrzeni, jak i ograniczenie się do niewielkiej liczby kolorów, w tym przewagi „bladego”, wskazuje na podwyższony poziom niepokoju u badanej.

Przykładem kolejnej pracy świadczącej o podwyższonym poziomie niepokoju u badanego jest rysunek wykonany przez Wiktorię uczęszczającą do klasy Ia.



Dziewczynka niewłaściwie realizuje głoskę „r” (substytuowanie „r” na „l”). Autorka pracy wychowuje się w pełnej rodzinie, ma młodszą siostrę, z którą mieszka w pokoju i z którą wspólnie opiekuje się szynszylą. Dziewczynka podczas badania była niespokojna i pobudzona (ciągle rozglądała się wokół, kręciła się w czasie rozmowy), nie wykazując zainteresowania. Poproszona o narysowanie rodziny, przedstawiła na rysunku wszystkich jej członków w kolejności od lewej do prawej strony: szynszylę, tatę, siostrę,

¹⁷ Por. tamże.

mamę i siebie. W tej pracy została wykorzystana większość powierzchni kartki, ale pojawiły się inne wskaźniki świadczące o występowaniu podwyższonego niepokoju u badanej: autorka ograniczyła się do jednego koloru, wykorzystując jedynie fioletową kredkę. W interpretacji można wykorzystać symbolikę barw, zaczerpniętą z testu Luschera, gdzie barwa fioletowa rozumiana jest jako „mieszanina czerwonej i niebieskiej – wyrażających tendencje przeciwstawne. Symbolizuje niezdecydowanie, wahanie, gotowość do kontaktów niezobowiązujących”¹⁸. Wśród przedstawionych postaci uwagę przykuwa zwłaszcza młodsza siostra. Została ona wyróżniona, gdyż autorka pracy przedstawiła ją stojącą na kamieniu i większą w porównaniu z innymi członkami rodziny. Cała rodzina umieszczona jest w dolnej części kartki, „ciągnie” niejako w dół, autorka nie zaznacza podłoża, na którym staliby członkowie, poza waloryzowaną siostrą. Takie rozmieszczenie postaci na rysunku „wskazuje na tendencje depresyjne, góra (mówiąca o marzeniach) pozostaje pusta”¹⁹.

Wśród rysunków dzieci, u których stwierdzono występowanie wskaźników świadczących o podwyższonym poziomie niepokoju, znajduje się również praca Jakuba (lat 7), u którego zdiagnozowano zaburzenia szeregu szumiącego i nieprawidłową realizację głoski „r”.



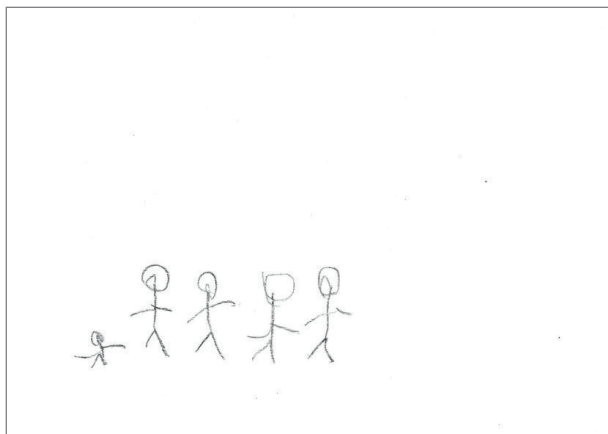
Chłopiec wychowuje się w pełnej rodzinie, ma jednego starszego brata, z którym mieszka w pokoju; wspólnie, on i jego brat, opiekują się swoim kotem Fikusiem. Podczas badania chłopiec był niespokojny i zalekany

¹⁸ Tamże, s. 47.

¹⁹ Tamże, s. 117.

(nie nawiązywał kontaktu wzrokowego, rozpraszał się, gdy słyszał hałas za oknem), wykonywał polecenia, ale nie zadawał dodatkowych pytań. W rysunku Dominika dostrzega się wszystkie wskaźniki świadczące o podwyższonym poziomie niepokoju u badanego. Autor w swojej pracy wykorzystał tylko jeden kolor – niebieski. Wszystkie postacie na rysunku są drobne i przedstawione schematycznie, tzw. patyczaki. Chłopiec całą swoją rodzinę narysował na małym fragmencie, w środkowej części kartki. Występując w pracy duże białe przestrzenie. Rodzina nie jest umieszczona na żadnym podłożu, „wisi” niejako w powietrzu. W interpretacji wskaźników na rysunku występują wszystkie elementy pracy, świadczące o niepokoju u badanego. Duże puste przestrzenie wskazują na to, że badany wypiera ze swej świadomości pewne treści. Ograniczona kolorystyka ujawnia pewnego rodzaju tłumienie, zahamowanie u badanego, natomiast schematyczne przedstawienie postaci na rysunku wskazuje u niego na brak wewnętrznej integracji.

Ostatnim rysunkiem w grupie tych, które świadczą o podwyższonym poziomie niepokoju u badanego, jest praca siedmioletniego Witka ze zdiagnozowanym seplenieniem bocznym.



Autor pracy wychowuje się w pełnej rodzinie, ma starsze rodzeństwo (brata i siostrę), nie ma zwierzątka (choć bardzo chciałby je mieć, ale rodzice mu na to nie pozwalają, o czym powiedział w rozmowie). Mieszka w pokoju ze starszym bratem. Chłopiec podczas spotkania był bardzo rozdrażniony, manifestował swoje niezadowolenie ze spotkania negatywnym komentowaniem poleceń („tyle tego rysowania, może coś innego wymyślimy”), ale gdy został zapytany, czy chce wziąć udział w badaniach, jego odpowiedź była

twierdząca. Na rysunku Witek przedstawił całą swoją rodzinę, narysował członków rodziny w następującej kolejności od lewej do prawej strony (licząc od drugiej postaci): tatę, brata, siostrę, mamę, a na samym końcu narysował siebie (pierwsza postać po lewej), dodając komentarz: „ja będę stał po stronie chłopaków”. W pracy dziecka pojawiają się wszystkie wskaźniki świadczące o podwyższonym poziomie niepokoju u badanego. Zauważa się ograniczenie w kolorystyce do czarnej kredki, postaci są przedstawione schematycznie, tzw. patyczaki, co wskazuje na zahamowanie i tłumienie emocji u badanego. Całość pracy ogranicza się do niewielkiej powierzchni kartki, czego efektem są duże puste przestrzenie, wskazujące na to, że badany wypiera ze świadomości jakieś treści. Interpretuje się poczucie niepewności u badanego, które wynika z braku podstawy: rodzina jest zawieszona w próżni. Mimo że wszyscy członkowie rodziny są przedstawieni schematycznie, postać siedmioletniego chłopca jest dodatkowo zdewaloryzowana poprzez zniekształcenie i „powyginanie”, co świadczy o zaburzonym obrazie siebie u badanego i braku wewnętrznej integracji. Ponadto całość pracy poprzez przesunięcie w dół i ciemny kolor wskazuje na poczucie smutku u Witka. Głośnie zachowanie, negatywna postawa podczas badania to prawdopodobnie reakcja chłopca na podwyższony poziom niepokoju i niepewność, a także na wewnętrzny smutek i zahamowanie.

Interesująca dla mnie była analiza i odpowiedź również na pytania, jak dziecko w wadą wymowy funkcjonuje w najbliższych środowiskach swego życia? Jakie emocje mają wpływ na relacje i kontakty z członkami rodziny i grupy rówieśniczej? Powyższa analiza pozwala na stwierdzenie częstszego występowania poczucia niepokoju u dzieci z wadami wymowy niż u ich rówieśników bez tego typu zaburzeń. Nie pozostaje to bez znaczenia dla relacji z członkami rodziny i środowiska szkolnego. Podczas analizy materiału badawczego wzięto również pod uwagę wskaźniki świadczące o występowaniu u badanych osób trudności w komunikacji. Nie dotyczy to oczywiście artykulacyjnego poziomu porozumiewania się, który wcześniej weryfikowała diagnoza logopedyczna. Natomiast analiza treści rysunków, poszczególnych elementów pracy, takich np. jak brak twarzy czy oddzielenie lub ustawienie postaci uniemożliwiające komunikację, wskazuje na trudności w przekazywaniu lub w nawiązywaniu komunikacji niewerbalnej²⁰. Dane uzyskane w tym obszarze dowodzą oddziaływania zaburzeń artykulacyjnych na wszystkie poziomy komunikacji. Na istotność uzyskanych wyników

²⁰ Por. tamże, s. 70.

w porównaniu obu grup nie miała wpływu płeć badanych ani fakt posiadania rodzeństwa lub zwierzęcia. Można jednak zauważyć, że bez względu na zdiagnozowane zaburzenie logopedyczne częstsze trudności w komunikacji pojawiają się u chłopców. Analiza wskaźników w tej grupie dotyczy formalnych aspektów prac, takich jak: brak twarzy i dłoni u postaci przedstawionych na rysunku, ustawienie lub oddzielenie postaci, uniemożliwiające ich komunikację. Uwzględniając informacje zgromadzone na podstawie przeprowadzonych wywiadów, grupa sędziów kompetentnych dokonała oceny materiału badawczego, której wyniki przedstawiono w tabeli 24.

Tabela 24. Ogólna liczba wskaźników – trudności w komunikacji

Ogólna liczba wskaźników		Grupa					
		Nielogopedyczna		Logopedyczna		Ogółem	
		N	%	N	%	N	%
Trudności w komunikacji	Brak	50 _a	83,3	36 _b	60,0	86	71,7
	Jest	10 _a	16,7	24 _b	40,0	34	28,3
	Ogółem	60	100,0	60	100,0	120	100,0

$$\chi^2 = 8,04; df = 1; p < 0,005$$

$$Phi = 0,259; p < 0,005$$

Przeprowadzone analizy wykazały istotne statystycznie różnice w częstości występowania trudności w komunikacji w porównaniu dzieci z grupy z problemami logopedycznymi i bez problemów logopedycznych ($\chi^2 = 8,04$; $df = 1$; $p < 0,005$). Analizowany problem został odnotowany w przypadku 28,3% wszystkich rysunków zebranych jako materiał badawczy. Natomiast ogólna liczba wskaźników, świadcząca o trudnościach w komunikacji, została zaobserwowana w przypadku 40% badanych z grupy logopedycznej. Dla porównania, w grupie dzieci nielogopedycznych zaobserwowano występowanie tych wskaźników u 16,7% biorących udział w badaniach.

W tabelach 25–28 przedstawiono wyniki analiz materiału badawczego poszczególnych wskaźników dotyczących trudności w komunikacji. Przeanalizowano następujące wskaźniki: brak twarzy, brak dłoni, ustawienie postaci uniemożliwiające komunikację oraz oddzielenie postaci od siebie za pomocą np. przedmiotu.

Tabela 25. Wskaźnik – brak twarzy

Wskaźnik		Grupa					
		Nielogopedyczna		Logopedyczna		Ogółem	
		N	%	N	%	N	%
Brak twarzy	Brak	59 _a	98,3	54 _b	90,0	113	94,2
	Jest	1 _a	1,7	6 _b	10,0	7	5,8
	Ogółem	60	100,0	60	100,0	120	100,0

$$\chi^2 = 3,80; df = 1; p = 0,051$$

$$Phi = 0,178; p = 0,051$$

Analiza pierwszego wskaźnika w grupie świadczącej o trudnościach w komunikacji nie wykazała istotnych statystycznie różnic w częstości występowania przy porównaniu prac dzieci logopedycznych i Nielogopedycznych ($\chi^2 = 3,8; df = 1; p = 0,051$). Wskaźnik braku twarzy wystąpił w przypadku 10% prac dzieci z grupy logopedycznej i w przypadku 1,7% prac dzieci z grupy Nielogopedycznej. Natomiast drugi ze wskaźników dotyczących trudności w komunikacji okazał się znaczący w porównaniu grup.

Tabela 26. Wskaźnik – brak dłoni

Wskaźnik		Grupa					
		Nielogopedyczna		Logopedyczna		Ogółem	
		N	%	N	%	N	%
Brak dłoni	Brak	56 _a	93,3	29 _b	48,3	85	70,8
	Jest	4 _a	6,7	31 _b	51,7	35	29,2
	Ogółem	60	100,0	60	100,0	120	100,0

$$\chi^2 = 29,40; df = 1; p < 0,001$$

$$Phi = 0,495; p < 0,001$$

Brak dłoni u postaci na rysunku okazał się w wyniku analizy materiału badawczego bardzo istotnym statystycznie wskaźnikiem przy porównaniu grup dzieci logopedycznych i Nielogopedycznych ($\chi^2 = 29,4; df = 1; p < 0,001$). W grupie dzieci z wadami wymowy odnotowano go w przypadku 51,7% prac, natomiast w grupie dzieci bez wad wymowy wystąpił w przypadku 6,7% rysunków.

Kolejny wskaźnik w tej grupie dotyczy takiego ustawienia postaci na rysunku, które utrudnia lub uniemożliwia nawiązanie komunikacji; dane w tym zakresie prezentuje tabela 27.

Tabela 27. Wskaźnik – ustawienie postaci uniemożliwiającej komunikację

Wskaźnik		Grupa					
		Nielogopedyczna		Logopedyczna		Ogółem	
		N	%	N	%	N	%
Ustawienie postaci uniemożliwiającej komunikację	Brak	50 _a	83,3	45 _b	75,0	95	79,2
	Jest	10 _a	16,7	15 _b	25,0	25	20,8
	Ogółem	60	100,0	60	100,0	120	100,0

$$\chi^2 = 1,26; df = 1; p = 0,261$$

$$Phi = 0,103; p = 0,261$$

Utrudniające komunikację przedstawienie postaci na rysunku (np. odwrócenie do siebie plecami, nieuzasadnione umieszczenie postaci w rozmaitych płaszczyznach kartki) to wskaźnik w pracy, który po przeprowadzonej analizie materiału okazał się nieistotny statystycznie. Odnotowano go w przypadku 25% prac dzieci z grupy logopedycznej i w przypadku 16,7% prac dzieci z grupy Nielogopedycznej. Podobnie sytuacja przedstawia się w kontekście ostatniego wskaźnika w tej grupie, na co wskazują dane w poniższej tabeli.

Tabela 28. Wskaźnik – oddzielenie postaci

Wskaźnik		Grupa					
		Nielogopedyczna		Logopedyczna		Ogółem	
		N	%	N	%	N	%
Oddzielenie postaci	Brak	56 _a	93,3	52 _b	86,7	108	90,0
	Jest	4 _a	6,7	8 _b	13,3	12	10,0
	Ogółem	60	100,0	60	100,0	120	100,0

$$\chi^2 = 1,48; df = 1; p = 0,224$$

$$Phi = 0,111; p = 0,224$$

Ostatnim wskaźnikiem w grupie dotyczącym trudności w komunikacji jest oddzielenie postaci w dowolny sposób, np. za pomocą przedmiotu lub kreski, które uniemożliwiałoby komunikację w rzeczywistości. Na podstawie przeanalizowanego materiału badawczego nie stwierdzono istotnej statystycznie częstości występowania tego wskaźnika ($\chi^2 = 1,26; df = 1; p = 0,261$), porównując prace dzieci z obu grup biorących udział w badaniach.

Poszczególne wskaźniki w grupie dotyczące trudności w komunikacji u badanych wskazują, że istotność statystyczna wystąpiła tylko w przypadku

jednego z czterech analizowanych wskaźników. Natomiast warto zauważyć, że ogólna liczba wskaźników świadczy o zachodzącej różnicy w częstotliwości występowania elementów pracy, wskazujących na trudności w prawidłowej komunikacji w porównywanych grupach. Przy każdym analizowanym wskaźniku to właśnie w grupie logopedycznej występowały one częściej niż wśród dzieci bez wad wymowy. Poniżej zaprezentowane zostaną przykłady rysunków dzieci z grupy logopedycznej, gdzie stwierdzono występowanie wskaźników świadczących o trudnościach w komunikacji.

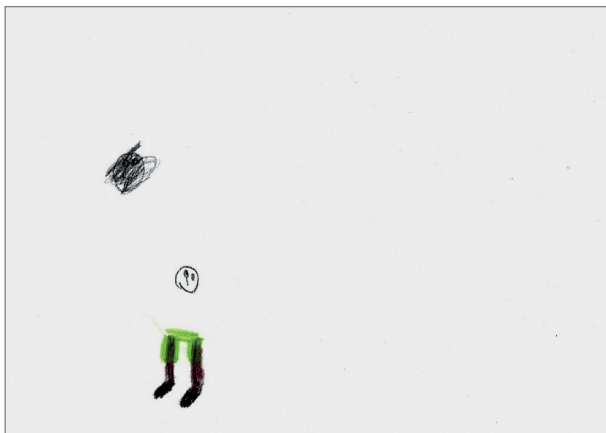
Przykładem pierwszej pracy w grupie, gdzie wskaźniki określają występowanie trudności w komunikacji, jest rysunek siedmioletniego Bartka nieprawidłowo realizującego głoskę „r” (deformacja).



Chłopiec wychowuje się w pełnej rodzinie, nie ma rodzeństwa ani zwierzęcia, mieszka sam w pokoju. Podczas badania był bardzo rozdrażniony i pobudzony. Po poproszeniu, by narysował rodzinę, chłopiec długo patrzył w pustą kartkę; dopiero po chwili, gdy zadałam pytanie, czy rozumie polecenie, nic nie odpowiadając, zaczął rysować. Na początku narysował siebie: postać w niebieskiej koszulce i brązowych spodniach; rysował długo, zwracając uwagę na szczegóły. Następnie podjął próbę narysowania czegoś obok, ale sam nie potrafił określić, co to jest. Później wziął czarną kredkę i zaczął malować dwie postacie po lewej stronie kartki; rozmowa z chłopcem na temat rysunku pozwoliła uzyskać informację, że są to rodzice. Chłopiec zapytany przeze mnie, dlaczego próbował zamalować te postacie, nic nie odpowiedział, tylko wzruszył ramionami. Na prawo od rodziców namalował chomika, którego bardzo chciałby mieć, ale rodzice na razie nie zgadzają się na zwierzątko. Chłopiec chciał namalować coś jeszcze (czarny element

w rysunku na środku), ale pomimo zadanego pytania nie odpowiedział, co to miało być. W pracy dziecka dostrzega się wskaźniki świadczące o dużych trudnościach w komunikacji. Mimo że wszystkie postacie na rysunku mają twarze, to ostatecznie próba zamalowania rodziców (zwłaszcza mamy) sugeruje, że mieliby „zamknięte usta”. Usytuowanie postaci w rozmaitych częściach kartki utrudnia im możliwość komunikacji. Dodatkowo pojawiają się w pracy elementy takie, jak czarna kula i niebiesko-czarny obiekt, wskazujące na oddzielanie postaci. Na rysunku panuje chaos i bałagan, postacie są tak ustawione, że ich komunikacja jest wręcz niemożliwa. Wśród wskaźników świadczących o nawiązywaniu komunikacji, czyli twarzy i dłoni, pierwszy z nich pojawia się, ale poprzez zamalowanie częściowo zostaje zmniejszony, natomiast dłonie nie zostały w ogóle zaznaczone przez autora pracy. W rysunku Bartka, oprócz wskaźników świadczących o trudnościach w komunikacji, zauważa się również inne problemy emocjonalne.

Drugim autorem, którego wskaźniki w rysunku świadczą o trudnościach w komunikacji, jest Szymon z klasy Ib.

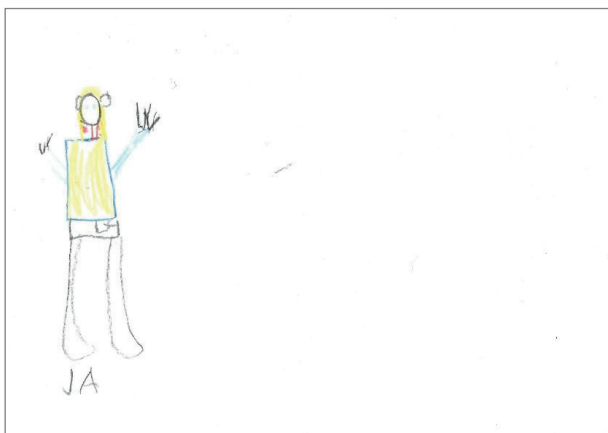


U chłopca podczas diagnozy stwierdzono zaburzenia szeregu szumiącego i nieprawidłową realizację głoski „r” (substituowanie „r” na „l”). Szymon wychowuje się w pełnej rodzinie, ma młodszego brata, z którym mieszka w pokoju; obaj chcieliby mieć psa, ale rodzice nie zgadzają się na zwierzątko. Chłopiec od początku był bardzo rozdrażniony i mało skoncentrowany na spotkaniu (rozglądał się po sali, ale nie nawiązywał kontaktu wzrokowego). Poproszony o narysowanie rodziny, długo wahał się, od czego zacząć, przekładał kartkę, aż w końcu rozpoczął rysowanie od czarnego elementu, który ostatecznie zaczął zamalowywać. Po odczekaniu dłuższej chwili

zabrał się do rysowania postaci w centrum kartki (autor pracy). Chłopiec rozpoczął od rysowania twarzy, następnie narysował nogi. Kolejny raz nastąpiła przerwa w malowaniu, aż stwierdził, że skończył. Gdy dopytałam, czy jest pewien, że narysował już rodzinę, jednoznacznie stwierdził, że tak. W rozmowie na temat rysunku chłopiec powiedział, że „nie chce ich malować”. Zadałam dodatkowe pytanie, czy w ogóle lubi rysować, na co stwierdził, że „może być”. Ogólnie Szymon nie był rozmowny, odpowiadał na pytania, ale nie wykazał zainteresowania spotkaniem, raczej prezentował postawę bierną. W rysunku chłopca dostrzega się wskaźnik, który całkowicie uniemożliwia komunikację, czyli brak członków rodziny. Chłopiec nie narysował rodziców ani brata, natomiast jego postać jest niekompletna, ma twarz, ale brakuje tułowia i rąk. U Szymona stwierdza się duże trudności w komunikacji, a ponadto występują inne wskaźniki świadczące o takich trudnościach, jak podwyższony poziom niepokoju połączony z agresją oraz smutek i osamotnienie.

Ostatnim rysunkiem omówionym w tej grupie jest praca wykonana przez siedmioletniego Maćka nieprawidłowo realizującego głoskę „r” (deformacja). Badany wychowuje się w pełnej rodzinie, nie ma rodzeństwa ani zwierzątka, mieszka sam w pokoju. Chłopiec przedstawił swoją rodzinę na dwóch stronach kartki. Rozpoczął rysowanie od swoich rodziców, którzy zostali wyobrażeni na jednej stronie kartki; obie postacie są stosunkowo duże, a budową ciała nie przypominają ludzi (poziom rysowania nieadekwatny do wieku). Jako pierwszą chłopiec narysował mamę, skupił się na pasiastym stroju, postać ma twarz, natomiast nie ma dłoni. W drugiej kolejności przedstawił tatę, u którego podczas malowania skupił się na elementach dodanych, czyli na zawieszce przy pasie. Twarz taty jest niekompletna (brak ust), natomiast chłopiec narysował ojcu ręce. Po chwili od zakończenia rysowania rodziców chłopiec odwrócił kartkę na drugą stronę i zaczął rysować ostatnią postać, swój autoportret, przedstawiając siebie w podobnych do rodziców rozmiarach; poświęcił rysowaniu swojej osoby stosunkowo dużo czasu w porównaniu z rodzicami. Autor pracy nie narysował sobie ust, ma dłonie, zaznaczył swoją osobę dodatkowo samodzielnie podpisując się „JA”. Zarówno rodzice, jak i autor pracy, znajdując się po przeciwnych stronach kartki, umieszczeni zostali w jej lewej części, co świadczy o nawiązywaniu do przeszłości, pewnej bierności autora, a „według niektórych autorów lewa strona wiąże się też z introwersją”²¹. Na rysunku pojawił się wskaźnik,

²¹ Tamże, s. 49.



który całkowicie uniemożliwia komunikację, mianowicie rozdzielenie rodziny poprzez malowanie na dwóch stronach kartki. Ponadto poszczególne postacie nie mają albo ust, albo dłoni. Oprócz wskaźników świadczących o trudnościach w komunikacji u badanego, zauważa się też inne wskaźniki, które wskazują na podwyższony niepokój u Maćka.

Dzięki przeanalizowaniu w rysunkach wskaźników świadczących o trudnościach w komunikacji dostrzega się złożoność problemu funkcjonowania dzieci z dyslalią w różnych środowiskach ich życia. Wady wymowy mogą stać się dla dziecka przeszkodą w nawiązywaniu relacji oraz w prawidłowych kontaktach zarówno z członkami rodziny, jak i środowiska rówieśniczego. Wynika to z faktu, że obniżają jakość komunikatu pod względem artykulacyjnym, a w skrajnych przypadkach możliwość zrozumienia wypowiedzi przez odbiorcę. Zatem dostrzega się większe ich

konsekwencje w jakości życia psychiczno-emocjonalnego u dziecka niż fizycznego jego rozwoju.

Wśród problemów emocjonalnych dezorganizujących osobowość dziecka, które można analizować poprzez określone wskaźniki w rysunku, znajdują się tendencje do zachowań agresywnych u badanych. Zgromadzony materiał badawczy poddany został analizie również w tym kontekście. Uwzględniono tutaj następującą grupę wskaźników: wielkie postacie na rysunku, silny nacisk kredki, dominację koloru czarnego lub czerwonego, agresję przedstawioną w treści albo w dodaniu przez autora przedmiotu lub zwierzęcia agresywnego. Wskaźniki te mogą świadczyć o tendencjach agresywnych u badanego. Podobnie jak w przypadku wcześniejszych analiz dotyczących innych problemów emocjonalnych grupa sędziów kompetentnych oceniała prace, uwzględniając określone wskaźniki oraz wiedzę wynikającą z wywiadu i obserwacji. Tabela 29 prezentuje wyniki analiz materiału badawczego w kontekście występowania zachowań agresywnych u dzieci biorących udział w niniejszych badaniach.

Tabela 29. Ogólna liczba wskaźników – agresja

Ogólna liczba wskaźników		Grupa					
		Nielogopedyczna		Logopedyczna		Ogółem	
		N	%	N	%	N	%
Agresja	Brak	59 _a	98,3	55 _b	91,7	114	95,0
	Jest	1 _a	1,7	5 _b	8,3	6	5,0
	Ogółem	60	100,0	60	100,0	120	100,0

$$\chi^2 = 2,81; df = 1; p = 0,094$$

$$Phi = 0,153; p = 0,094$$

Przeprowadzone analizy nie wykazały istotnych statystycznie różnic w częstości występowania tendencji agresywnych pomiędzy osobami z problemami logopedycznymi i bez problemów logopedycznych ($\chi^2 = 2,81; df = 1; p = 0,094$). Analizowany problem emocjonalny został odnotowany w przypadku 5% wszystkich rysunków zebranych jako materiał badawczy. Ogólna liczba wskaźników świadczących o zachowaniach agresywnych została zaobserwowana w przypadku pięciu osób biorących udział w badaniach, z czego czworo dzieci miało zdiagnozowane wady wymowy.

W tabelach 30–34 przedstawiono wyniki analiz materiału badawczego poszczególnych wskaźników dotyczących występowania zachowań

agresywnych: wielkie postacie na rysunku, silny nacisk kredki, dominację koloru czarnego lub czerwonego, agresję przedstawioną w treści albo w dodaniu przez autora przedmiotu lub zwierzęcia agresywnego.

Tabela 30. Wskaźnik – wielkie postacie

Wskaźnik		Grupa					
		Nielogopedyczna		Logopedyczna		Ogółem	
		N	%	N	%	N	%
Wielkie postacie	Brak	56 _a	93,3	53 _b	88,3	109	90,8
	Jest	4 _a	6,7	7 _b	11,7	11	9,2
	Ogółem	60	100,0	60	100,0	120	100,0

$$\chi^2 = 0,90; df = 1; p = 0,343$$

$$Phi = 0,87; p = 0,343$$

Analiza wskaźnika, jakim jest malowanie przez autorów wielkich postaci, tzw. olbrzymów, nie wykazała istotnych statystycznie różnic w porównywalnych grupach ($\chi^2 = 0,9; df = 1; p = 0,343$). Wystąpienie tego wskaźnika odnotowano w przypadku czterech prac w grupie Nielogopedycznej i siedmiu w grupie Logopedycznej. W całości analizowanego materiału badawczego wystąpienie tego wskaźnika stanowiło 9,2% wszystkich prac.

Tabela 31. Wskaźnik – silny nacisk kredki

Wskaźnik		Grupa					
		Nielogopedyczna		Logopedyczna		Ogółem	
		N	%	N	%	N	%
Silny nacisk kredki	Brak	53 _a	88,3	55 _b	91,7	108	90,0
	Jest	7 _a	11,7	5 _b	8,3	12	10,0
	Ogółem	60	100,0	60	100,0	120	100,0

$$\chi^2 = 0,37; df = 1; p = 0,543$$

$$Phi = -0,56; p = 0,543$$

Kolejny wskaźnik z grupy, świadczący o tendencjach agresywnych u badanego, to silny nacisk kredki podczas rysowania. Analiza tego wskaźnika w kontekście zgromadzonego materiału badawczego nie wykazała istotnych statystycznie różnic w porównywalnych grupach ($\chi^2 = 0,37; df = 1; p = 0,543$). Wskaźnik ten został odnotowany w przypadku siedmiu prac dzieci z grupy Nielogopedycznej i w pięciu pracach dzieci z wadami wymowy.

Tabela 32. Wskaźnik – kolor czerwony i czarny

Wskaźnik		Grupa					
		Nielogopedyczna		Logopedyczna		Ogółem	
		N	%	N	%	N	%
Kolor czarny i czerwony	Brak	50 _a	83,3	53 _b	88,3	103	85,8
	Jest	10 _a	16,7	7 _b	11,7	17	14,2
	Ogółem	60	100,0	60	100,0	120	100,0

$$\chi^2 = 0,62; df = 1; p = 0,432$$

$$\Phi = -0,72; p = 0,432$$

Dominacja koloru czarnego lub czerwonego w paletcie wykorzystanych barw na rysunku lub też całkowite ograniczenie tylko do wyżej wymienionych kolorów to kolejny ze wskaźników mogący dowodzić zachowań agresywnych u badanego. W analizie materiału badawczego nie odnotowano istotnych statystycznie różnic w porównywanych grupach ($\chi^2 = 0,62; df = 1; p = 0,432$). Wystąpienie tego wskaźnika odnotowano w przypadku dziesięciu prac w grupie Nielogopedycznej i siedmiu w grupie Logopedycznej. W całości analizowanego materiału badawczego wystąpienie tego wskaźnika stanowiło 14,2% ogółu prac.

Tabela 33. Wskaźnik – agresja w treści

Wskaźnik		Grupa					
		Nielogopedyczna		Logopedyczna		Ogółem	
		N	%	N	%	N	%
Agresja w treści	Brak	57 _a	95,0	54 _b	90,0	111	82,5
	Jest	3 _a	5,0	6 _b	10,0	9	7,5
	Ogółem	60	100,0	60	100,0	120	100,0

$$\chi^2 = 1,10; df = 1; p = 0,298$$

$$\Phi = 0,95; p = 0,298$$

Agresja, jaką badany przedstawia w treści rysunku, może wskazywać na występowanie u niego tego rodzaju zachowań. W analizie materiału badawczego nie odnotowano istotnych statystycznie różnic w kontekście tego wskaźnika ($\chi^2 = 1,1; df = 1; p = 0,298$). Agresja w treści rysunku pojawiła się w przypadku trzech prac w grupie Nielogopedycznej i w sześciu pracach z grupy Logopedycznej. Ogółem wskaźnik ten został odnotowany w przypadku 7,5% wszystkich analizowanych rysunków.

Tabela 34. Wskaźnik – dodany przedmiot lub zwierzę agresywne

Wskaźnik		Grupa					
		Nielogopedyczna		Logopedyczna		Ogółem	
		N	%	N	%	N	%
Dodany przedmiot lub zwierzę agresywne	Brak	60 _a	100,0	56 _b	93,3	116	96,7
	Jest	0 _a	0,0	4 _b	6,7	4	3,3
	Ogółem	60	100,0	60	100,0	120	100,0

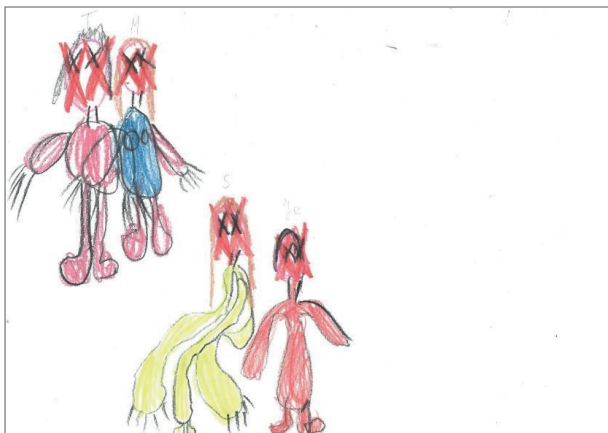
$$\chi^2 = 4,14; df = 1; p = 0,42$$

$$Phi = 0,186; p = 0,42$$

Jedynym wskaźnikiem z grupy świadczącym o zachowaniach agresywnych u badanych, który okazał się istotny statystycznie w analizie niniejszego materiału badawczego, było dodanie przez autorów prac przedmiotów lub zwierząt agresywnych ($\chi^2 = 4,14; df = 1; p = 0,42$). W grupie dzieci bez wad wymowy nie odnotowano żadnej pracy spełniającej ten wskaźnik, natomiast w grupie logopedycznej znalazły się cztery prace posiadające ten wskaźnik.

Wynik, który uzyskano na podstawie zgromadzonego materiału badawczego w kwestii tendencji do zachowań agresywnych u dzieci, jest bardzo optymistycznym akcentem badań. Brak istotności statystycznej pomiędzy porównywanymi grupami prac dzieci logopedycznych i Nielogopedycznych świadczy o tym, że nie obserwuje się znaczących różnic w tym zakresie w porównywanych grupach. Jednak w zgromadzonym materiale badawczym znalazła się jedna praca przykuwająca uwagę w kontekście występowania u badanego tendencji agresywnych, jeśli uwzględni się występowanie wszystkich wskaźników w tej grupie (prezentacja poniżej).

Przykładem rysunku, w którym stwierdzono występowanie wskaźników świadczących o tendencjach agresywnych u badanego, jest praca siedmioletniego Krzysztofa. U chłopca zdiagnozowano nieprawidłową realizację głoski „r” (deformacja). Z wywiadu uzyskano wiedzę, że chłopiec wychowuje się w pełnej rodzinie, ma starszą siostrę, z którą mieszka w pokoju, chciałoby mieć zwierzątko, ale rodzice nie wyrażają na to zgody. Podczas spotkania Krzys był rozdrażniony i pobudzony (nie nawiązywał kontaktu wzrokowego, zaglądał do biurka, przy którym siedzieliśmy, niespokojnie kręcił się na krześle). Jego zainteresowanie samym badaniem było niewielkie, natomiast miał potrzebę rozmowy. Zadawał wiele pytań (np. „Gdzie pani mieszka?” itp.), jak również sam opowiadał o swoich zainteresowaniach, które, najogólniej ujmując, dotyczą świata wirtualnego. Krzys bardzo lubi grać na



konsoli, w gry komputerowe i zna się na nowinkach technologicznych, o czym w 26-minutowym spotkaniu zdążył bardzo dużo opowiedzieć. Na rysunku chłopca przedstawiającym jego rodzinę widoczne są wskaźniki świadczące o tendencjach agresywnych u dziecka. Postacie przedstawione zostały jako potwory, co było nawiązaniem do jednej z gier komputerowych. Chłopiec rozpoczął rysowanie od swojej siostry (potwór żółty), następnie narysował siebie (potwór czerwony obok żółtego), w dalszej kolejności rysował rodziców: potwór czerwony – tata, natomiast potwór niebieski to mama. W rysunku dziecka pojawiły się wszystkie wskaźniki świadczące o tendencjach agresywnych u badanego. Widoczne są one w treści rysunku: karykaturalne potwory z czarno-czerwonymi oczami w kształcie X, pazury zamiast dłoni (jedyną postacią, która nie ma zaznaczonych pazurów, jest autor pracy). Krzyś zaznaczył również na rysunku aspekt seksualny, uwydatniając biust u postaci przedstawiającej jego mamę. W rysunku dominuje kolor czerwony, nacisk kredki jest bardzo mocny, gdyż przebijał na drugą stronę kartki. Postacie potwory są duże i przerażające, całość pracy stanowi źródło widocznej agresji, złości i negatywnych emocji u badanego.

Warto w tym kontekście podkreślić za Braun-Gałkowską, że „ekspresja agresji jest modyfikowana przez poczucie winy i niską samoocenę. Często dzieci przeżywające konflikty są agresywne, ale jednocześnie odczuwają niepokój, poczucie niezadowolenia z siebie, a wtedy ich rysunki ujawniają jednocześnie wskaźniki niepokoju i agresji”²². Ocena materiału badawczego w kontekście tego problemu staje się niejako kompilacją z dwóch wcześniej

²² Tamże, s. 86.

analizowanych grup wskaźników. Sędziowie kompetentni wzięli w ocenie materiału badawczego pod uwagę następujące wskaźniki: duże puste przestrzenie na kartce, silny nacisk kredki, brak ciała – tzw. patyczaki, nacisk kredki połączony z brakiem kolorów, analizę treści i koloru lub nacisku jednocześnie. Tabela 35 prezentuje wyniki analiz materiału badawczego w kontekście występowania podwyższonego poziomu niepokoju z tendencjami agresywnymi.

Tabela 35. Ogólna liczba wskaźników – niepokój z agresją

Ogólna liczba wskaźników		Grupa					
		Nielogopedyczna		Logopedyczna		Ogółem	
		N	%	N	%	N	%
Niepokój z agresją	Brak	56 _a	93,3	42 _b	70,0	98	81,7
	Jest	4 _a	6,7	18 _b	30,0	22	18,3
	Ogółem	60	100,0	60	100,0	120	100,0

$\chi^2 = 10,90$; $df = 1$; $p < 0,001$

$\Phi = 0,302$; $p < 0,001$

Przeprowadzone analizy wykazały istotne statystycznie różnice w częstotliwości występowania podwyższonego poziomu niepokoju z tendencjami agresywnymi pomiędzy osobami z problemami logopedycznymi i bez problemów logopedycznych ($\chi^2 = 10,9$; $df = 1$; $p < 0,001$). Analizowany problem emocjonalny został odnotowany w przypadku 18,3% wszystkich rysunków zebranych jako materiał badawczy. Ogólna liczba wskaźników świadcząca o podwyższonym poziomie niepokoju z agresją została zaobserwowana w przypadku 30% badanych z grupy logopedycznej. Natomiast wśród dzieci nielogopedycznych zaobserwowano występowanie tych wskaźników u 6,7% osób.

W tabelach 36–40 przedstawiono wyniki analiz materiału badawczego poszczególnych wskaźników dotyczących podwyższonego poziomu niepokoju z tendencjami do zachowań agresywnych: duże puste przestrzenie na kartce, silny nacisk kredki, brak ciała – tzw. patyczaki, nacisk kredki połączony z brakiem kolorów, analizę treści i koloru lub nacisku jednocześnie.

Przeprowadzone analizy wykazały istotne statystycznie różnice w częstotliwości występowania wskaźnika, jakim są duże puste przestrzenie na kartce przy porównaniu prac dzieci logopedycznych i nielogopedycznych ($\chi^2 = 13,29$; $df = 1$; $p < 0,001$). Wskaźnik ten wystąpił w przypadku 43,3% prac dzieci z grupy logopedycznej i tylko w przypadku 13,3% prac dzieci z grupy nielogopedycznej.

Tabela 36. Wskaźnik – duże puste przestrzenie na kartce

Wskaźnik		Grupa					
		Nielogopedyczna		Logopedyczna		Ogółem	
		N	%	N	%	N	%
Duże puste przestrzenie na kartce	Brak	52 _a	86,7	34 _b	56,7	86	71,7
	Jest	8 _a	13,3	26 _b	43,3	34	28,3
	Ogółem	60	100,0	60	100,0	120	100,0

$$\chi^2 = 13,29; df = 1; p < 0,001$$

$$Phi = 0,333; p < 0,001$$

Tabela 37. Wskaźnik – silny nacisk kredki

Wskaźnik		Grupa					
		Nielogopedyczna		Logopedyczna		Ogółem	
		N	%	N	%	N	%
Silny nacisk kredki	Brak	53 _a	88,3	55 _b	91,7	108	90,9
	Jest	7 _a	11,7	5 _b	8,3	12	10,0
	Ogółem	60	100,0	60	100,0	120	100,0

$$\chi^2 = 0,37; df = 1; p = 0,543$$

$$Phi = -0,56; p = 0,543$$

Kolejny wskaźnik z grupy świadczących o tendencjach agresywnych u badanego, a w niniejszej analizie brany pod uwagę w kontekście połączenia niepokoju z agresją, to silny nacisk kredki podczas rysowania. Analiza tego aspektu w kontekście zgromadzonego materiału badawczego w monografii nie wykazała istotnych statystycznie różnic w porównywanych grupach ($\chi^2 = 0,37; df = 1; p = 0,543$). Wskaźnik ten został odnotowany w przypadku siedmiu prac dzieci z grupy Nielogopedycznej i w pięciu pracach dzieci z wadami wymowy.

Tabela 38. Wskaźnik – drobne postacie, tzw. patyczaki

Wskaźnik		Grupa					
		Nielogopedyczna		Logopedyczna		Ogółem	
		N	%	N	%	N	%
Drobne postacie	Brak	58 _a	96,7	46 _b	76,7	104	86,7
	Jest	2 _a	3,3	14 _b	23,3	16	13,3
	Ogółem	60	100,0	60	100,0	120	100,0

$$\chi^2 = 10,38; df = 1; p < 0,001$$

$$Phi = 0,294; p < 0,001$$

Analiza wskaźnika, jakim są drobne (małe) postacie na rysunku, tzw. patyczaki, wykazała istotne statystycznie różnice w częstości występowania w grupie dzieci logopedycznych i nielogopedycznych ($\chi^2 = 10,38$; $df = 1$; $p < 0,001$). Wskaźnik ten został odnotowany w przypadku 3,3% prac dzieci nielogopedycznych i w przypadku 23,3% prac dzieci z grupy logopedycznej.

Tabela 39. Wskaźnik – nacisk kredki i brak koloru

Wskaźnik		Grupa					
		Nielogopedyczna		Logopedyczna		Ogółem	
		N	%	N	%	N	%
Nacisk kredki i brak koloru	Brak	56 _a	93,3	44 _b	73,3	100	83,3
	Jest	4 _a	6,7	16 _b	26,7	20	16,7
	Ogółem	60	100,0	60	100,0	120	100,0

$$\chi^2 = 8,64; df = 1; p < 0,003$$

$$Phi = 0,268; p < 0,003$$

Przeprowadzone analizy wykazały istotne statystycznie różnice w częstości występowania wskaźnika, jakim jest nacisk kredki podczas rysowania i ograniczenie w wykorzystanych kolorach przy porównaniu prac dzieci logopedycznych i nielogopedycznych ($\chi^2 = 8,64$; $df = 1$; $p < 0,003$). Wskaźnik ten wystąpił w przypadku 26,7% prac dzieci z grupy logopedycznej i tylko w przypadku 6,7% prac dzieci z grupy nielogopedycznej.

Tabela 40. Wskaźnik – treść i kolor lub nacisk

Wskaźnik		Grupa					
		Nielogopedyczna		Logopedyczna		Ogółem	
		N	%	N	%	N	%
Treść i kolor lub nacisk	Brak	54 _a	90,0	40 _b	66,7	94	78,3
	Jest	6 _a	10,0	20 _b	33,3	26	21,7
	Ogółem	60	100,0	60	100,0	120	100,0

$$\chi^2 = 9,62; df = 1; p < 0,002$$

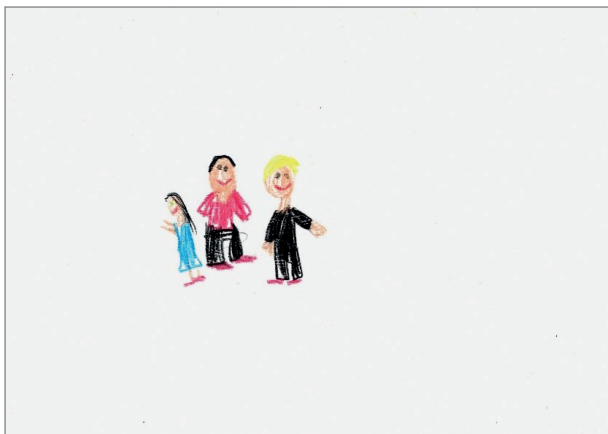
$$Phi = 0,283; p < 0,002$$

Ostatnim wskaźnikiem w tej grupie było połączenie agresji w treści z ograniczeniem w kolorystyce lub naciskiem kredki. Analiza tego wskaźnika wykazała istotne statystycznie różnice w częstości występowania w grupie dzieci logopedycznych i nielogopedycznych ($\chi^2 = 9,62$; $df = 1$; $p < 0,002$). W grupie dzieci z wadami wymowy wskaźnik ten został odnotowany

w przypadku 20 rysunków, natomiast w grupie dzieci bez zdiagnozowanych wad wymowy odnotowano go sześciokrotnie.

Zgromadzony materiał badawczy pozwala stwierdzić, że u dzieci z wadami wymowy częściej niż u ich rówieśników bez zaburzeń tego typu pojawiają się rysunki z cechami jednocześnie niepokoju i agresji. Dzieci z dyslalią przeżywają wewnętrzne konflikty związane z niskim poczuciem własnej wartości oraz z wewnętrznym niepokojem. W tym wypadku agresja jest naturalnym mechanizmem radzenia sobie z przeżywanym stresem, ale jest ona modyfikowana przez poczucie winy i niską samoocenę u dzieci z wadami wymowy. Może to świadczyć o tym, że dzieci z wadami wymowy „przeżywają agresję, ale nie odważają się na jej wyrażenie i tłumią ją. Są napięte i mają przekonanie o małej własnej wartości, a jednocześnie czują złość do innych ludzi”²³. Poniżej zaprezentowane zostały przykłady rysunków dzieci z grupy logopedycznej, na których pojawiły się wskaźniki świadczące o niepokoju połączonym z agresją u badanego.

Przykładem rysunku, w którym pojawiły się wskaźniki świadczące o połączeniu niepokoju z agresją, jest praca siedmioletniej Alicji, u której zdiagnozowano zaburzenia szeregu szumiącego (substituowanie „sz”, „ż”, „cz”, „dż” na „s”, „z”, „c”, „dz”) oraz nieprawidłową artykulację głoski „r” (deformacja).

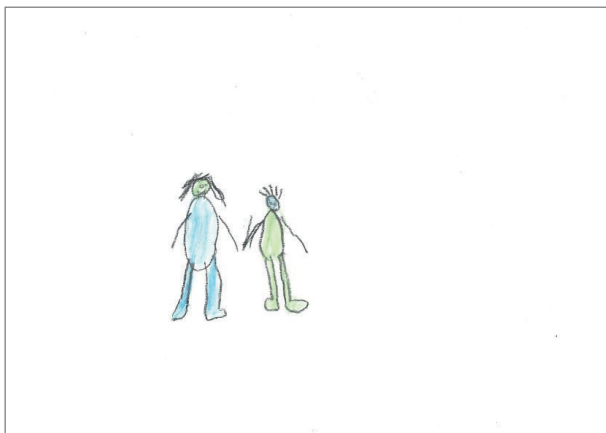


Dziewczynka wychowuje się w pełnej rodzinie, nie ma rodzeństwa ani zwierzęcia, mieszka sama w pokoju. Podczas badania nie nawiązywała kontaktu wzrokowego, a można wręcz stwierdzić, że go unikała, nieustannie

²³ Tamże.

rozglądając się po pomieszczeniu. Wykonywała polecenia, lecz nie wykazywała zainteresowania spotkaniem. W rysunku Alicji widoczne jest połączenie wskaźników świadczących o występowaniu zarówno tendencji agresywnych, jak i poczucia niepokoju u badanej. Dziewczynka wykorzystała rozmaite kolory w swojej pracy, ale dominował kolor czarny i czerwony (ubiór rodziców); pojawił się również silny nacisk kredki. Autorka pracy namalowała siebie odwróconą plecami do rodziców, co dowodzi trudności w komunikacji. W pracy pojawiły się także wskaźniki dotyczące niepokoju u badanej (puste przestrzenie, brak podstawy).

Kolejną pracą, w której dostrzega się wskaźniki świadczące o połączeniu niepokoju z agresją, jest rysunek Karola z klasy Id, u którego zdiagnozowano nieprawidłową artykulację głoski „r” (deformacja).



Chłopiec wychowuje się w pełnej rodzinie, nie ma rodzeństwa, nie posiada również zwierzątka, mieszka sam w pokoju. Podczas badania zaobserwowano, że był niespokojny, a samo spotkanie negował komentarzami („ale tu nudno”). W rysunku Karola obserwuje się połączenie wskaźników niepokoju z agresją. Widoczne są puste przestrzenie, brak podstawy i dłoni u postaci. Autor nie narysował siebie na rysunku, czego nie skomentował w żaden sposób, gdy został o to zapytany. Postacie rodziców są namalowane jako dwa potworki (określenie dodane przez chłopca), pojawia się silny nacisk czarnej kredki na kontur tych postaci. Być może jest to tendencja agresywna modyfikowana przez niskie poczucie własnej wartości, niepewność i poczucie winy, które mogą prowadzić do autoagresji.

Ostatnim rysunkiem prezentowanym w tej grupie jest praca wykonana przez siedmioletniego Jeremiasza, który nieprawidłowo realizuje szereg



szumiący (deformacja). Chłopiec wychowuje się w pełnej rodzinie, ma młodszego brata Igora, z którym mieszka w pokoju, nie posiadają zwierzątka, choć obaj bardzo chcieliby je mieć. Podczas badania chłopiec był niespokojny, pobudzony, miał trudności z koncentracją, gdy odpowiadał na pytania. Natomiast w trakcie rysowania skupił się na wykonywanym zadaniu, z uwagą rysował wszystkich członków rodziny, w kolejności od lewej strony: brat, Jeremiasz, mama, tata. W pracy dostrzegamy połączenie wskaźników świadczących o niepokoju i agresji. Z jednej strony widoczne jest niewykorzystanie przestrzeni kartki, niekompletność ciała wszystkich postaci (brak dłoni i odcięcie nóg), sprawiające wrażenie „ciągnięcia w dół”. W interpretacji symboliki przestrzeni część prawa, dolna, oznacza ziemię, co „kojarzy się z ciężarem, przytłaczającą materią, porażką, pogrzebanymi marzeniami”²⁴. Pojawia się też silny nacisk czarnej kredki, a postacie mają nieproporcjonalne części ciała.

W trakcie analizy materiału badawczego pojawiły się w obu grupach także takie prace, których interpretacja formalna i treściowa wskazywała na tzw. zdrową emocjonalność u badanych. Schaffer pisze, że „w takich zdrowych rysunkach jest dużo żywych kolorów, przestrzeń jest wykorzystana w dużym stopniu, osoby narysowane są w ruchu i często pojawia się współdziałanie, czyli wspólne wykonywanie jakiejś czynności”²⁵. Postanowiono zatem zgromadzony materiał badawczy przeanalizować, uwzględniając występowanie wymienionych powyżej wskaźników w porównaniu dzieci

²⁴ Tamże, s. 49.

²⁵ Tamże, s. 68.

z grupy logopedycznej i nielogopedycznej. Wyniki dotyczące ogólnej liczby wskaźników dotyczących zdrowej emocjonalności zostały zaprezentowane w tabeli 41.

Tabela 41. Ogólna liczba wskaźników – zdrowa emocjonalność

Ogólna liczba wskaźników		Grupa					
		Nielogopedyczna		Logopedyczna		Ogółem	
		N	%	N	%	N	%
Zdrowa emocjonalność	Brak	26 _a	43,3	44 _b	73,3	70	58,3
	Jest	34 _a	56,7	16 _b	26,7	50	41,7
	Ogółem	60	100,0	60	100,0	120	100,0

$$\chi^2 = 11,11; df = 1; p < 0,001$$

$$Phi = -0,304; p < 0,001$$

Przeprowadzone analizy materiału badawczego wykazały istotne statystycznie różnice w częstości występowania pozytywnych, dobrych emocji zwanych zdrową emocjonalnością między porównywanymi grupami dzieci ($\chi^2 = 11,11; df = 1; p < 0,001$). Wskaźniki dotyczące zdrowej emocjonalności zostały odnotowane w przypadku 41,7% wszystkich prac, które stanowiły materiał badawczy. W grupie dzieci bez wad wymowy odnotowano je w przypadku 56,7% prac, natomiast w grupie dzieci z wadami wymowy prac tego typu było 26,7%.

Poniżej w tabelach 42–45 przedstawiono wyniki analiz materiału badawczego poszczególnych wskaźników dotyczących zdrowej emocjonalności: wielość i intensywność zastosowanych barw, które w monografii określono jako żywe kolory, ruch postaci przedstawionych na rysunku, elementy dodane, żywe, takie jak np. przyroda (zwierzęta itp.), wykorzystanie przestrzeni na kartce.

Tabela 42. Wskaźnik – żywe kolory

Wskaźnik		Grupa					
		Nielogopedyczna		Logopedyczna		Ogółem	
		N	%	N	%	N	%
Żywe kolory	Brak	14 _a	23,3	31 _b	51,7	45	37,5
	Jest	46 _a	76,7	29 _b	48,3	75	62,5
	Ogółem	60	100,0	60	100,0	120	100,0

$$\chi^2 = 10,28; df = 1; p < 0,001$$

$$Phi = -0,293; p < 0,001$$

Żywe kolory, czyli różnorodność i intensywność barw, to wskaźnik, którego analiza wykazała istotne statystycznie różnice w częstości występowania w grupach dzieci biorących udział w badaniach pracy ($\chi^2 = 10,28$; $df = 1$; $p < 0,001$). W grupie dzieci nielogopedycznych wskaźnik ten został odnotowany w przypadku 76,7% rysunków, natomiast w grupie dzieci z wadami wymowy żywe kolory pojawiły się w 48,3% wykonanych prac.

Tabela 43. Wskaźnik – ruch postaci

Wskaźnik		Grupa					
		Nielogopedyczna		Logopedyczna		Ogółem	
		N	%	N	%	N	%
Ruch	Brak	39 _a	65,0	54 _b	90,0	93	77,5
	Jest	21 _a	35,0	6 _b	10,0	27	22,5
	Ogółem	60	100,0	60	100,0	120	100,0

$$\chi^2 = 10,75; df = 1; p < 0,001$$

$$Phi = -0,299; p < 0,001$$

Kolejny wskaźnik z grupy dotyczącej zdrowej emocjonalności to przedstawienie postaci na rysunku w sposób dowodzący pewnego rodzaju jej ruchu czy aktywności (np. spacer, zabawa itp.). Analiza statystyczna materiału wykazała istotne statystycznie różnice w częstości występowania tego wskaźnika w grupach dzieci biorących udział w badaniach ($\chi^2 = 10,75$; $df = 1$; $p < 0,001$). Ruch postaci na rysunku przedstawiło 35% badanych z grupy nielogopedycznej i 10% dzieci z grupy logopedycznej.

Tabela 44. Wskaźnik – elementy dodane żywe/natura

Wskaźnik		Grupa					
		Nielogopedyczna		Logopedyczna		Ogółem	
		N	%	N	%	N	%
Elementy dodane żywe/natura	Brak	23 _a	38,3	39 _b	65,0	62	51,7
	Jest	37 _a	61,7	21 _b	35,0	58	48,3
	Ogółem	60	100,0	60	100,0	120	100,0

$$\chi^2 = 8,54; df = 1; p < 0,003$$

$$Phi = -0,267; p < 0,003$$

Elementy, które autor pracy dodał do rysunku rodziny, również mają istotne znaczenie diagnostyczne. Pojawiające się w pracy tzw. elementy żywe, takie jak np. przyroda (zwierzęta domowe), to wskaźnik świadczący

o pozytywnych emocjach u badanego. Analiza tego wskaźnika wykazała istotne statystycznie różnice w częstości występowania w grupie dzieci logopedycznych i nielogopedycznych ($\chi^2 = 8,54$; $df = 1$; $p < 0,003$). Elementy dodane o charakterze pozytywnym pojawiły się u 61,7% badanych z grupy nielogopedycznej i w przypadku 35% prac dzieci z wadami wymowy.

Tabela 45. Wskaźnik – wykorzystanie przestrzeni na kartce

Wskaźnik		Grupa					
		Nielogopedyczna		Logopedyczna		Ogółem	
		N	%	N	%	N	%
Wykorzystanie przestrzeni na kartce	Brak	16 _a	26,7	31 _b	51,7	47	39,2
	Jest	44 _a	73,3	29 _b	48,3	73	60,8
	Ogółem	60	100,0	60	100,0	120	100,0

$$\chi^2 = 7,89; df = 1; p < 0,005$$

$$Phi = -0,256; p < 0,005$$

Ostatnim wskaźnikiem analizowanym w kontekście pozytywnych emocji u badanego jest wykorzystanie całej przestrzeni na kartce. Przeprowadzone analizy wykazały istotne statystycznie różnice w częstości występowania tego wskaźnika w porównywanych grupach ($\chi^2 = 7,89$; $df = 1$; $p < 0,005$). Wykorzystana przestrzeń na kartce została odnotowana w 44 pracach dzieci z grupy nielogopedycznej i w 29 rysunkach dzieci z wadami wymowy.

Przeprowadzone analizy pozwalają stwierdzić, że częściej wskaźniki dotyczące dobrych emocji pojawiły się w rysunkach dzieci bez wad wymowy. Potwierdza to wcześniejsze analizy, w których porównywane były poszczególne problemy dezorganizujące osobowość dzieci z wadami wymowy. Jednak pomimo tych danych w grupie dzieci z wadami wymowy pojawiło się kilka prac mających wszystkie wskaźniki świadczące o dobrych emocjach u dzieci z dyslalią. Przykłady tego typu rysunków z grupy logopedycznej zaprezentowano poniżej.

Przykładem rysunku, w którym pojawiły się wskaźniki świadczące o dobrych emocjach u dziecka, jest praca siedmioletniej Kariny, u której zdiagnozowano nieprawidłową artykulację głoski „r” (deformacja). Dziewczynka wychowuje się w pełnej rodzinie, ma młodszą siostrę Judytę, z którą mieszka w pokoju, razem opiekują się kotem Zenkiem. Dziewczynka podczas spotkania była bardzo rozmowna, zainteresowana tym, co będzie się działo w trakcie badania. Rysując rodzinę, opowiadała, co jej członkowie i członkinie lubią robić (wspólne spędzanie czasu na świeżym powietrzu).



W rysunku Kariny, który przedstawia jej rodzinę w kolejności: tata, mama, Karina, siostra Judyta, dostrzega się wszystkie wskaźniki świadczące o pozytywnych emocjach u dziecka. Rysując, dziewczynka wykorzystała całą powierzchnię kartki, pojawia się bogata kolorystyka, postacie umieszczone na rysunku mają kompletne ciała i usytuowane są na podłożu. Co więcej, zaznaczone jest na rysunku współdziałanie postaci (strzałki przy kulkach śniegowych, wskazujące na zabawę na śniegu) oraz bogate tło (sceneria zimowa). Spotkanie z Kariną miało miejsce w czerwcu, jednakże dziewczynka przedstawiła swoją rodzinę bawiącą się na śniegu. Odwołała się w swej pracy do wspomnień z zeszłej zimy, dodając komentarz: „już nie mogę się doczekać, kiedy znów będziemy się tak bawić”. Rysunek przedstawia rodzinne szczęście i beztroską zabawę.

Kolejnym rysunkiem w grupie tych, w której wskaźniki dotyczą pozytywnych emocji u badanych, jest praca wykonana przez Marysię z klasy Ia. U badanej zdiagnozowano zaburzenia w prawidłowej realizacji szeregu szumiącego (substituowanie „sz”, „ż”, „cz”, „dż” na „s”, „z”, „c”, „dz”). Dziewczynka wychowuje się w pełnej rodzinie, nie ma rodzeństwa, mieszka sama w pokoju, wciąż marzy o zwierzątku, o którym dużo opowiadała w czasie spotkania. Marysia była rozmowna i otwarta, odpowiadała na pytania i sama kontynuowała rozmowę. Rysunek, który przygotowała Marysia, przedstawia jej rodzinę na spacerze w parku (kolejność rysowania postaci: mama, tata, autorka, tło). W pracy pojawia się wiele szczegółów, bogata kolorystyka, wykorzystana została też cała przestrzeń na kartce. Układ rąk, o który dopytałam w rozmowie na temat rysunku, to efekt zabawy, w którą często bawią się całą rodziną. W trakcie rysowania dziewczynka była skupiona na



detalach, np. kwiatach na łące czy ławkach przy deptaku. Suma wszystkich wskaźników dotyczących pozytywnych emocji w rysunku pozwala stwierdzić, że Marysia jest dzieckiem pogodnym i życzliwym.

Ostatnim przykładem rysunku reprezentującym tę grupę jest praca siedmioletniej Natalii, u której zdiagnozowano zaburzenia w prawidłowej realizacji głósłki „r” (substytuowanie „r” na „l”).



Badana wychowuje się w pełnej rodzinie, ma starszą siostrę Wiktorię, z którą mieszka w pokoju, obie chciałyby mieć zwierzątko, ale rodzice nie wyrażają na to zgody. Dziewczynka podczas spotkania była uśmiechnięta i zadawała pytania dotyczące celu spotkania (np. „A po co pani takie rysunki?”). Praca, jaką wykonała Natalia, przedstawia ją na wycieczce (często spacerują po górach); kolejność rysowania od lewej strony: Natalia,

Wiktoria, mama, tata. Praca była wykonywana bardzo starannie pod względem szczegółów, takich jak np. okulary siostry, wielobarwność zachodu słońca. Autorkę cechowała szybkość i zdecydowanie w rysowaniu (technika pracy). Na rysunku w szczególny sposób zaznaczony został wskaźnik, jakim jest współdziałanie; autorka uczyniła to, rysując wszystkich członków rodziny trzymających się za ręce. Natalia wykorzystała całą przestrzeń na kartce, użyła bogatej, ciepłej kolorystyki oraz dodała elementy przyrody: trawę i słońce.

4.1.2. Wyniki badań w świetle rozmowy kierowanej

W przeprowadzonych badaniach odnoszących się do sytuacji emocjonalnej dzieci z dyslalią poza zastosowaną metodą projekcyjną, jaką jest *Rysunek Rodziny*, przeprowadziłam także wywiady z dziećmi, mające charakter rozmów częściowo kierowanych. Badani odpowiadali na pytania dotyczące tematu pracy, co pozwoliło uzupełnić materiał badawczy w następujących zakresach: obraz siebie u dzieci z dyslalią, relacje z rodziną i rówieśnikami oraz sposoby spędzania wolnego czasu. Uzyskany materiał badawczy został zebrany, sklasyfikowany według przyjętych kategorii, a następnie poddany analizie statystycznej, której rezultaty przedstawiam poniżej.

Część pytań zadanych w trakcie każdej rozmowy miała na celu uzyskanie danych dotyczących „obrazu samego siebie” u dzieci z dyslalią. Jednym z nich było pytanie trzecie, brzmiące następująco: „Czy ktoś się z Ciebie śmieje lub Ci dokucza?”. Zadanie tego pytania miało na celu uzyskanie wiedzy o tym, czy dzieci z dyslalią częściej niż ich rówieśnicy bez wad wymowy odczuwają to, że są wyśmiewane lub że ktoś im dokucza. Realnych powodów, jakie mogłyby być przyczyną tego, że ktoś się z kogoś wyśmiewa, jest wiele. Jednak dzieci z dyslalią, w związku z nienormalnym rozwojem, szczególnie narażone są na to, że środowisko rówieśnicze będzie zwracać uwagę na ich deficyty. Tak postawione pytanie miało skutkować pozyskaniem danych w zakresie odczuwania przez dzieci z wadami wymowy tego, że są wyśmiewane, natomiast nie miało na celu analizowania przyczyn takiego stanu. Wyróżniono zatem trzy kategorie odpowiedzi. Pierwsza z nich – tak – zawiera w sobie wszystkie odpowiedzi twierdzące oraz wskazania np. konkretnej osoby lub osób, które przyczyniają się do tego typu doświadczeń. Przykładowe odpowiedzi respondentów w owej kategorii brzmiały: „czasami

Wojtek mnie zaczepia”; „czasami z różnych powodów, jak zrobię coś złe”; „czasami koleczy mojego kuzyna”; „tak, chłopcy z mojej klasy”; „czasami Maciek, gdy coś do niego mówię, wyśmiewa mnie”. W drugiej grupie – nie – zawarte są odpowiedzi wykluczające doświadczenie wyśmiewania lub poczucie, że ktoś dokucza badanym, np.: „raczej nie”; „[śmiech] ja im dokuczam”. Natomiast trzecia kategoria – nie wiem – obejmuje wszystkie odpowiedzi, w których badany nie potrafił jednoznacznie określić, takie jak np.: „czasami”, „trudno powiedzieć” itp. Uzyskane odpowiedzi na to pytanie prezentuje tabela 46.

Tabela 46. Doświadczenie bycia wyśmianym

Pytanie	Kategorie	Grupa					
		Nielogopedyczna		Logopedyczna		Ogółem	
		N	%	N	%	N	%
Czy ktoś się z Ciebie śmieje lub Ci dokucza?	Tak	15 _a	25,0	22 _b	36,7	37	30,8
	Nie	38 _a	63,3	26 _b	43,3	64	53,4
	Nie wiem	7 _a	11,7	12 _b	20,0	19	15,8
	Ogółem	60	100,0	60	100,0	120	100,0

$$\chi^2 = 4,89; df = 2; p = 0,087$$

$$Phi = 0,202; p = 0,087$$

Ogólnie w grupie biorącej udział w badaniach 30,8% respondentów stwierdziło, że doświadcza lub ma poczucie, że ktoś się z nich śmieje albo im dokucza. Ponad połowa, 53,3% przebadanych deklaruje, że nie ma takich doświadczeń ani odczuć, natomiast 15,8% badanych nie ma zdania w tej kwestii. Analiza zgromadzonego materiału badawczego nie wykazała istotnych statystycznie różnic w uzyskanych odpowiedziach między porównywanymi grupami dzieci. Można jedynie zaobserwować trend w tym kierunku, uwzględniając drugą kategorię odpowiedzi ($\chi^2 = 4,89; df = 2; p = 0,087$). W grupie logopedycznej odpowiedzi wskazującej na brak negatywnych doświadczeń związanych z dokuczaniem lub prześmiewaniem udzieliło 26 dzieci (tj. 43,3% grupy), natomiast, porównując, w grupie Nielogopedycznej odpowiedzi tego typu udzieliło 10 osób więcej, co stanowiło 63,3% grupy. W grupie logopedycznej o 7 osób więcej niż w Nielogopedycznej doświadcza wyśmiewania lub dokuczania. Warto również zauważyć, że większość dzieci z grupy logopedycznej miała trudność z udzieleniem odpowiedzi na to pytanie w porównaniu z ich rówieśnikami bez wad wymowy.

Kolejne z pytań, czwarte, które również oscylowało wokół zagadnienia dotyczącego „obrazu samego siebie” u dzieci, brzmiało następująco: „Czy lubisz występować na akademiach lub w przedstawieniach szkolnych?”. Publiczne wystąpienia, w których trakcie dziecko musi recytować jakieś wiersze albo odgrywać role w przedstawieniach obejmują mówienie przed szerszą grupą odbiorców, co bezpośrednio wiąże się z oceną m.in. poprawności wymowy. Dla dziecka w wieku szkolnym, kiedy zaczyna coraz częściej dostrzegać rozbieżność pomiędzy „ja rzeczywistym” a „ja idealnym” w kontekście jego wymowy, doświadczenia publicznych wystąpień mogą stanowić problem. Z jednej strony pojawia się umiejętność radzenia sobie w sytuacjach stresowych, konfrontacja ze słabościami lub też unikanie tego typu doświadczeń przez dziecko z wadą wymowy, ale z drugiej dostrzega się znaczącą rolę nauczyciela w tym procesie. Otóż doświadczenie zaangażowania dziecka przez nauczyciela do tego typu inicjatyw (np. rola pierwszo- lub drugoplanowa albo w ogóle jej brak) może wpływać na budowanie obrazu siebie w grupie rówieśniczej dziecka. Udział w akademiach lub przedstawieniach może dla dziecka z dyslalią stanowić wyzwanie pod wieloma względami. Na podstawie doświadczeń z tym związanych będzie ono budowało obraz samego siebie, który wyraża w ogólnym stosunku do tego typu aktywności.

Celem zadanego pytania było uzyskanie wiedzy o tym, jaki jest stosunek (pozytywny czy negatywny) do publicznych wystąpień u dzieci z dyslalią w porównaniu z ich rówieśnikami bez wad wymowy. Nie analizowano przyczyn pozytywnego lub negatywnego nastawienia do tego typu aktywności, ale skupiono się na nastawieniu do niej badanego. Wyróżniono trzy kategorie odpowiedzi. Pierwsza z nich – tak – zawiera w sobie wszystkie odpowiedzi twierdzące oraz odpowiedzi poparte dodatkowym komentarzem odpowiadającego, np.: „tak, bardzo, z Olą śpiewamy piosenki”; „kocham, to jest pewna trema”; „ale lubię występować z baletu”; „mam tremę, ale tak”; „tak, bardzo, mam nawet zajęcia teatralne”; „czasami tak”. Druga kategoria – nie – dotyczy wszystkich odpowiedzi wskazujących na negatywny stosunek respondenta do tego typu aktywności, np.: „nie, bardzo wstydę się”; „nie lubię uczyć się wierszyków, to jest strasznie denerwujące”; „nie bardzo”. Natomiast ostatnia kategoria – nie wiem – pozostała dla tych odpowiedzi, których autorzy nie mieli zdania na ten temat, np.: „nie wiem”; „może być, ale nie wiem”; „no...”; „jeszcze nigdy nie występowałam”. Analizę materiału badawczego w kontekście pytania czwartego, postawionego podczas rozmowy kierowanej z respondentami, prezentuje tabela 47.

Tabela 47. Stosunek do wystąpień publicznych

Pytanie	Kategorie	Grupa					
		Nielogopedyczna		Logopedyczna		Ogółem	
		N	%	N	%	N	%
Czy lubisz występować na akademiach/ przedstawieniach?	Tak	34 _a	56,7	14 _b	23,3	48	40,0
	Nie	19 _a	31,7	43 _b	71,7	62	51,7
	Nie wiem	7 _a	11,7	3 _b	5,0	10	8,3
	Ogółem	60	100,0	60	100,0	120	100,0

$$\chi^2 = 19,22; df = 2; p < 0,001$$

$$Phi = 0,400; p < 0,001$$

Wśród dzieci biorących udział w badaniach 51,7% z nich stwierdziło, że nie lubi występować podczas uroczystości szkolnych, radość z tego typu wydarzeń czerpie 40% pytaných, natomiast pozostała grupa, czyli nieco ponad 8,3% osób, nie ma zdania w tej kwestii. Analiza udzielonych przez respondentów odpowiedzi wykazała istotne statystycznie różnice uzyskanych danych pomiędzy porównywanymi grupami dzieci w kontekście pierwszej i drugiej kategorii ($\chi^2 = 19,22; df = 2; p < 0,001$). W grupie logopedycznej tylko 14 dzieci (tj. 23,3%) stwierdziło, że lubi występować na akademiach lub w przedstawieniach, gdzie dla porównania w grupie kontrolnej tego rodzaju odpowiedzi udzieliły 34 osoby (tj. 56,7% grupy Nielogopedycznej). Niechęć do podejmowania tego typu aktywności wykazało w grupie dzieci z wadami wymowy 71,7% pytaných; dla porównania w grupie Nielogopedycznej odpowiedzi tego typu udzieliło 31,7% pytaných. Brak istotności statystycznej dostrzega się na poziomie kategorii trzeciej, gdzie zbliżona liczba dzieci w obu grupach nie miała zdania.

Kolejne, piąte pytanie, jakie zadano respondentom, dotyczyło tego, co robią, gdy coś im się nie udaje. Było to również pytanie z grupy tych, które w założeniu autorki wywiadu miały odnosić się do „obrazu samego siebie” u dzieci z dyslalią. W trakcie prowadzenia rozmów z dziećmi wielokrotnie po zadaniu tego pytania otrzymano komentarz ze strony dzieci: „Ale co się nie udaje?”. Tego typu dopytanie przez respondenta wskazuje na niewystarczająco konkretnie postawione pytanie, co słusznie mogło sprawić dziecku pewne trudności interpretacyjne. Wówczas doprecyzowanie ze strony autorki brzmiało następująco: „Przypomnij sobie dowolną, jaką chcesz, sytuację w Twoim życiu, gdy coś Ci się nie udało”. Jednak pomimo licznych pytań zadanych przez dzieci, a wymagających doprecyzowania tak

skonstruowanego zapytania, przy analizie zgromadzonego materiału badawczego stwierdzono, że taka forma pytania umożliwiła dziecku odniesienie się do bardzo osobistych doświadczeń, o których nie musiało mówić, ale skojarzenie z nim pozwalało mu na udzielenie szczerej odpowiedzi. Większość z odpowiedzi wskazywała ponadto albo na obszary życia dziecka, w których dostrzega ono potrzebę doskonalenia się, albo też na osoby, na które może liczyć w przypadku rozmaitych niepowodzeń.

Zadając to pytanie, chciałam uzyskać wiedzę o motywacji do działania u dzieci z wadami wymowy. Terapia logopedyczna jest procesem długotrwałym i wymagającym od pacjenta systematyczności. Niejednokrotnie jej efekty dostrzegalne są dopiero po miesiącach, przy jednocześnie bardzo intensywnej pracy. Dla dziecka może to stanowić problem, gdyż pomimo profesjonalnej terapii z logopedą i pracy z rodzicami pożądane rezultaty mogą być słabo słyszalne, czego konsekwencją będą niemilknące komentarze, np. ze strony rówieśników, stanowiące dla dziecka w młodszym wieku szkolnym coraz większy emocjonalny problem. Umiejętność radzenia sobie w tego typu sytuacjach wymaga od dziecka determinacji, wewnętrznej siły do samodzielnego lub z pomocą osób trzecich podołania temu. Zadając to pytanie podczas rozmowy, miałam na celu uzyskanie wiedzy o tym, czy dzieci z dyslalią są częściej niż ich rówieśnicy bez wad wymowy zmotywowane do działania w obliczu pojawiających się trudności. W wyniku analizy materiału badawczego wyodrębniono trzy kategorie odpowiedzi. W pierwszej z nich znalazły się odpowiedzi wskazujące na motywację dziecka do dalszego działania. Pomimo porażki czy też braku powodzeń w jakimś działaniu badany nie zniechęcał się, ale próbował ponownie wykonać zadanie. W kategorii tej mieszczą się również odpowiedzi świadczące o tym, że badany szukał wsparcia, np. u rodziców, w celu wspólnego kontynuowania zadania. Przykładowe odpowiedzi z pierwszej kategorii to: „gumuję i poprawiam”; „chcę zrobić dobrze”; „zmazuję”; „zaczynam od nowa”; „robię to jeszcze raz”; „staram się poprawić”. W drugiej kategorii znalazły się odpowiedzi wskazujące na rezygnację dziecka z działania, niechęć, trudność w znoszeniu porażki, wyrażone negatywnymi stwierdzeniami. Przykładowe odpowiedzi w tej kategorii brzmiały: „jestem zła na siebie, płakać mi się chce”; „nic”; „jest mi smutno, bo dostanę smutną buźkę”; „chce mi się płakać, jestem zły”. Ostatnia kategoria zawierała odpowiedzi wskazujące, że dziecko nie potrafi odpowiedzieć na to pytanie, np.: „nie wiem”; „mam karę”; „yyyyy...”; „nic”. Dane uzyskane na podstawie zgromadzonych odpowiedzi prezentuje tabela 48.

Tabela 48. Reagowanie na trudności

Pytanie	Kategorie	Grupa					
		Nielogopedyczna		Logopedyczna		Ogółem	
		N	%	N	%	N	%
Co robisz, gdy coś Ci się nie udaje?	Motywacja do działania (własna lub z pomocą innych)	41 _a	68,3	26 _b	43,3	67	55,8
	Rezygnacja z działania (negatywne uczucia, niechęć)	5 _a	8,3	20 _b	33,3	25	20,8
	Nie wiem	14 _a	23,3	14 _b	23,3	28	23,3
	Ogółem	60	100,0	60	100,0	120	100,0

$$\chi^2 = 12,35; df = 2; p < 0,002$$

$$Phi = 0,321; p < 0,002$$

Analiza wszystkich udzielonych odpowiedzi wskazuje, że 55,8% biorących udział w badaniach pomimo że doświadcza trudności, nie rezygnuje z działania, samodzielnie lub z pomocą osób trzecich dążąc do celu. Natomiast 20,8% wszystkich badanych, gdy coś im się nie udaje, szybko rezygnuje z działania. Przeprowadzone analizy materiału badawczego wykazały istotne statystycznie różnice uzyskanych odpowiedzi w zakresie kategorii pierwszej i drugiej między porównywanymi grupami dzieci logopedycznych i Nielogopedycznych ($\chi^2 = 12,35; df = 2; p < 0,002$). Na podstawie udzielonych odpowiedzi motywacje do działania wykazuje 41 osób bez zdiagnozowanych wad wymowy, co stanowi 68,3% tej grupy, natomiast w grupie dzieci z wadami wymowy odpowiedzi w tej kategorii udzieliło 26 osób, co stanowi 43,3% grupy. Rezygnację z działania, wiążącą się z negatywnymi uczuciami lub niechęcią do podejmowania inicjatywy, wykazało w odpowiedziach 20 osób z grupy logopedycznej, co stanowiło 33,3%, natomiast w grupie Nielogopedycznej odpowiedzi w tej kategorii udzieliło tylko 5 osób (tj. 8,3% grupy). W obu grupach tyle samo badanych (tj. 14 osób – 11,7%) nie udzieliło odpowiedzi na to pytanie.

Szóste pytanie zadane w prowadzonych rozmowach, mające na celu pozyskanie materiału badawczego pod względem tzw. obrazu samego siebie u dzieci z dyslalią, brzmiało: „Kiedy najbardziej się denerwujesz?”. W ramach analizy odpowiedzi wyodrębniono trzy kategorie. W pierwszej z nich znalazły się odpowiedzi wskazujące na niezdecydowanie respondenta lub nieumiejętność udzielenia na nie odpowiedzi, np.: „nie wiem”; „trudno powiedzieć”; „często”. W drugiej kategorii zawarte zostały odpowiedzi,

w których pytany wskazał na czynniki zewnętrzne jako przyczynę swojego zdenerwowania; odpowiadał np.: „gdy są przedstawienia”; „gdy ktoś mnie bije”; „gdy moja siostra zabiera mi moje rzeczy”; „gdy muszę iść do kościoła z babcią”; „gdy nie mogę grać na komputerze”; „gdy tata krzyczy”. Trzecia kategoria objęła odpowiedzi, w których przyczyna zdenerwowania wynika z wewnętrznych przeżyć dziecka. Przykładowe odpowiedzi brzmiały: „jak coś mi nie wychodzi”; „gdy nie umiem czegoś zrobić”; „kiedy się uczę”; „gdy gram i mi nie wychodzi”; „gdy czegoś się nie mogę nauczyć albo mi nie wychodzi, gdy ćwiczę”. Postawienie tego pytania w czasie rozmowy miało na celu uzyskanie wiedzy o tym, jakie są czynniki/uwarunkowania zdenerwowania u dzieci z dyslalią w porównaniu z dziećmi bez wad wymowy: czy w ocenie badanych przyczyny irytacji częściej wynikają z czynników zewnętrznych, czy z wewnętrznych uwarunkowań. Uzyskane dane z odpowiedzi na pytanie szóste prezentuje tabela 49.

Tabela 49. Sytuacje powodujące zdenerwowanie

Pytanie	Kategorie	Grupa					
		Nielogopedyczna		Logopedyczna		Ogółem	
		N	%	N	%	N	%
Kiedy najbardziej się denerwujesz?	Czynniki zewnętrzne	32 _a	53,3	24 _b	40,0	56	46,7
	Uwarunkowania wewnętrzne, osobiste odczucia	15 _a	25,0	18 _b	30,0	33	27,5
	Nie wiem/odpowieź niezgodna z tematem	13 _a	21,7	18 _b	30,0	31	25,8
	Ogółem	60	100,0	60	100,0	120	100,0

$$\chi^2 = 2,22; df = 2; p = 0,329$$

$$Phi = 0,136; p = 0,329$$

Analizując wszystkie odpowiedzi dzieci biorących udział w badaniach, stwierdzono, że aż 25,8% dzieci miało trudność z udzieleniem odpowiedzi na to pytanie. Najwięcej, 46,7% respondentów wskazało na czynniki zewnętrzne jako przyczynę swojego zdenerwowania, natomiast wewnętrzne uwarunkowania stanowiły przyczynę denerwowania się u 27,5% ogółu badanych. Przeprowadzone analizy materiału badawczego nie wykazały istotnych statystycznie różnic w żadnej z kategorii odpowiedzi między porównywanymi grupami dzieci logopedycznych i Nielogopedycznych ($\chi^2 = 2,22; df = 2; p = 0,329$). Trudności w odpowiedzi na to pytanie miało 13 osób z grupy Nielogopedycznej (tj. 21,7%) i 18 osób z grupy Logopedycznej (tj. 30%). Na

czynniki zewnętrzne jako przyczynę zdenerwowania wskazały 32 osoby z grupy nielogopedycznej (tj. 53,3%) i 24 osoby z wadami wymowy, co stanowi 40% tej grupy. Osobiste przeżycia jako warunek zdenerwowania respondenta wskazało 15 osób (tj. 25%) z grupy nielogopedycznej i 18 dzieci z wadami wymowy, co stanowiło 30% tej grupy.

Kolejna grupa pytań zadanych podczas rozmów miała dostarczyć informacji na temat relacji badanych z rodziną i grupą rówieśniczą. W kwestionariuszu wywiadu były to pytania: 1, 2 i 9. Szczegółowy opis uzyskanych w tym zakresie wyników został zaprezentowany poniżej.

Pierwsze pytanie postawione w trakcie rozmowy kierowanej brzmiało: „Jak ma na imię Twój najlepszy kolega lub koleżanka?”. Wskazując na konkretną osobę, respondent określał, czy posiada bliską relację w swoim środowisku rówieśniczym. Nieumiejętność wskazania takiej osoby lub nieudzielenie odpowiedzi świadczyło o tym, że dziecko nie ma bliskiej relacji z żadnym członkiem grupy rówieśniczej. Brak możliwości wskazania chociażby jednej osoby ze środowiska rówieśniczego, wobec której żywi się pozytywne emocje, może sugerować trudności w kontaktach na tym poziomie. Analiza uzyskanych danych pozwoliła wyodrębnić dwie kategorie odpowiedzi. Pierwsza z nich objęła te odpowiedzi, w których pytany stwierdzał, że nie ma najlepszego kolegi ani koleżanki albo też nie wiedział, co ma odpowiedzieć. Przykładowe odpowiedzi z tej kategorii to: „trudno powiedzieć”; „nie wiem”; „nie mam”; „trudna sprawa”. Druga kategoria – imię – zawierała odpowiedzi, w których pytany wskazywał imiennie na konkretną osobę lub osoby. Celem tak postawionego pytania było uzyskanie wiedzy o tym, która z porównywanych w badaniach grup dzieci wskazuje częstsze trudności w kontaktach rówieśniczych. Dane uzyskane z odpowiedzi na to pytanie zamieszczono w tabeli 50.

Tabela 50. Posiadanie bliskiego kolegi/koleżanki

Pytanie	Kategorie	Grupa					
		Nielogopedyczna		Logopedyczna		Ogółem	
		N	%	N	%	N	%
Jak ma na imię Twój najlepszy kolega/koleżanka?	Nie mam/nie wiem	11 _a	18,3	25 _b	41,7	36	30,0
	Imię	49 _a	81,7	35 _b	58,3	84	70,0
	Ogółem	60	100,0	60	100,0	120	100,0

$$\chi^2 = 7,78; df = 1; p < 0,005$$

$$\Phi = -0,255; p < 0,005$$

Uogólniając, spośród dzieci uczestniczących w badaniach 70% deklaruje, że ma najlepszego kolegę lub koleżankę, natomiast pozostałe 30% badanych nie ma lub nie potrafiło jednoznacznie odpowiedzieć na to pytanie. Przeprowadzone analizy materiału badawczego wykazały istotne statystycznie różnice uzyskanych odpowiedzi między porównywanymi grupami dzieci logopedycznych i nielogopedycznych ($\chi^2 = 7,78$; $df = 1$; $p = 0,005$). W grupie dzieci ze zdiagnozowanymi wadami wymowy 58,3% (tj. 35 osób) podało imię najlepszego kolegi lub koleżanki. Dla porównania, w grupie dzieci bez zdiagnozowanych wad wymowy aż 81,7% (tj. 49 osób) odpowiedziało, wskazując imię konkretnej osoby. W grupie logopedycznej 25 dzieci (tj. 41,7%) nie miało lub nie potrafiło wskazać takiej osoby, natomiast w grupie nielogopedycznej było takich dzieci tylko 11 (tj. 18,3%).

Podczas rozmowy z badanymi zadano także pytanie mające na celu uzyskanie informacji o tym, czy respondenci lubią uczęszczać do szkoły. Z jednej strony szkoła jest miejscem zdobywania wiedzy, rozwijania umiejętności, ale z drugiej jest także miejscem spotkania z rówieśnikami. Ogólne odczucia dziecka, związane z uczęszczaniem do szkoły, ujęto w kategoriach: tak, nie lub nie wiem. Kategoria tak mieści w sobie pozytywne odpowiedzi wyrażające chęć uczęszczania do szkoły, radość ze spotkania z rówieśnikami, poczucie sukcesu. Były to takie odpowiedzi, jak np.: „tak, bo mam fajną koleżankę i mogę się nauczyć fajnych rzeczy”; „fajna jest, lubię, bo jak jest ciepło, chodzimy na podwórko”; „tak, bo jest fajnie i są zajęcia komputerowe”; „tak, tu jest fajniej niż w przedszkolu i jest świetlica”. Druga kategoria – nie – oprócz jednoznacznego stwierdzenia: nie, zawiera w sobie również wyrażenia nacechowane negatywnie, takie jak np.: „nie, bo nie lubię rano wstawać”; „chyba raczej nie”; „nie, bo jest nudno”. Trzecia kategoria – nie wiem – obejmuje brak odpowiedzi lub wyrażoną następująco niepewność, np.: „średnio”; „czasami tak, czasami nie”. Celem tak postawionego pytania było uzyskanie wiedzy o tym, która z badanych grup częściej lubi chodzić do szkoły. Dane pozyskane na podstawie tego pytania zostały zawarte w tabeli 51.

Większość dzieci biorących udział w badaniach (63,3%) lubi chodzić do szkoły, odmienne zdanie ma 22,5% ogółu badanych, natomiast 14,2% uczniów nie ma zdania w tej kwestii. Przeprowadzona analiza materiału badawczego wykazała istotne statystycznie różnice uzyskanych odpowiedzi między porównywanymi grupami dzieci w dwóch pierwszych kategoriach ($\chi^2 = 30$; $df = 2$; $p < 0,001$). W grupie dzieci ze zdiagnozowanymi wadami wymowy 27 osób (tj. 45% grupy) deklaruje chęć chodzenia do szkoły, dla

Tabela 51. Stosunek do szkoły

Pytanie	Kategorie	Grupa					
		Nielogopedyczna		Logopedyczna		Ogółem	
		N	%	N	%	N	%
Czy lubisz chodzić do szkoły?	Tak	49 _a	81,7	27 _b	45,0	76	63,3
	Nie	1 _a	1,7	26 _b	43,3	27	22,5
	Nie wiem/ średnio	10 _a	16,7	7 _b	11,7	17	14,2
	Ogółem	60	100,0	60	100,0	120	100,0

 $\chi^2 = 30,00; df = 2; p < 0,001$
 $\Phi = -0,500; p < 0,001$

porównania w grupie dzieci nielogopedycznych jest ich aż 49, co stanowi 81,7% grupy. Negatywny stosunek do obowiązku szkolnego zadeklarowało tylko jedno dziecko z grupy nielogopedycznej, natomiast w grupie logopedycznej odpowiedzi w tej kategorii udzieliło 26 respondentów. Brak różnic istotnych statystycznie widoczny jest w trzeciej kategorii, gdzie zbliżona liczba dzieci nie miała zdania w kwestii stosunku do szkoły.

Pytanie dziewiąte w przeprowadzonych rozmowach miało służyć uzyskaniu dodatkowej wiedzy o relacjach respondentów z członkami ich najbliższych środowisk funkcjonowania. Zabawa jest jedną z podstawowych form spędzania wolnego czasu przez dzieci w wieku szkolnym. Mimo że doświadczają one już konieczności przeorganizowania swojego wolnego czasu tak, by móc wywiązywać się z obowiązków szkolnych, to jednak zabawa nadal stanowi najprzyjemniejszy sposób jego spędzania. Zadając pytanie: „Z kim lubisz się bawić?”, zamierzałam uzyskać wiedzę o tym, czy istnieją różnice w preferencjach osób, z którymi chętniej bawią się dzieci z wadami wymowy w porównaniu z ich rówieśnikami bez zaburzeń z tego spektrum. Na podstawie zgromadzonego materiału wyróżniono cztery kategorie odpowiedzi. W pierwszej z nich znalazły się odpowiedzi, których autorzy twierdzili, że najchętniej bawią się sami lub ze swoimi zwierzątkami. Przykładowe odpowiedzi w tej kategorii brzmiały: „z psem”; „sam”; „z nikim”; „sam, mam spokój”. Druga kategoria objęła odpowiedzi, w których wskazano członków rodziny, np. z mamą, z tatą w bitwy wojenne samolotami, z bratem, z siostrą, z babcią, z dziadkiem. W trzeciej kategorii odpowiedzi badani wskazywali na koleżanki i kolegów jako ulubionych towarzyszy zabaw. Przykłady odpowiedzi w tej kategorii to: „z kolegami z klasy”; „z Zosią z przedszkola”; „ze wszystkimi z mojej klasy”; „z Julią”; „z Pauliną”; „z Martyną”. W ostatniej

kategorii znalazły się odpowiedzi, w których autorzy nie potrafili wskazać konkretnie na towarzysza/towarzyszkę zabaw albo udzielali odpowiedzi typu: „z wszystkimi”. Dane uzyskane z odpowiedzi na to pytanie przedstawia tabela 52.

Tabela 52. Towarzysze zabaw

Pytanie	Kategorie	Grupa					
		Nielogopedyczna		Logopedyczna		Ogółem	
		N	%	N	%	N	%
Z kim lubisz się bawić?	Sam/zwierzę	3 _a	5,0	12 _b	20,0	15	12,5
	Rodzice, rodzeństwo, inni członkowie rodziny	9 _a	15,0	13 _b	21,7	22	18,3
	Koledzy, koleżanki	36 _a	60,0	26 _b	43,3	62	51,7
	Nie wiem	12 _a	20,0	9 _b	15,0	21	17,5
	Ogółem	60	100,0	60	100,0	120	100,0

$$\chi^2 = 8,17; df = 3; p < 0,043$$

$$Phi = 0,261; p < 0,043$$

Jak pokazują wyniki, wśród wszystkich uczestników badań 62 osoby (51,7% badanych) wskazały na koleżanki i kolegów jako ulubionych towarzyszy swoich zabaw. Najchętniej bawi się z członkami swojej rodziny 22 uczniów (18,3%), natomiast samodzielną zabawę lub ze zwierzętami preferuje 15 osób (12,5%). Liczną grupę stanowili ci, którzy nie mieli zdania na ten temat; takich osób było aż 21, co stanowiło 17,5% ogółu badanych. Przeprowadzone analizy materiału badawczego wykazały istotne statystycznie różnice tylko w pierwszej kategorii odpowiedzi między porównywanymi grupami dzieci ($\chi^2 = 8,17; df = 3; p < 0,043$). Wśród deklarujących, że najbardziej lubią się bawić samotnie lub ze zwierzęciem, było aż 12 osób z grupy logopedycznej (20% tej grupy); dla porównania w grupie Nielogopedycznej były tylko 3 takie osoby (5% tej grupy). Wśród badanych z wadami wymowy 13 osób (21,7%) preferuje zabawy w gronie rodziny, natomiast, dla porównania, w grupie dzieci Nielogopedycznych takich osób było 9 (15% grupy). Zabawy z koleżankami i kolegami lubi 26 osób z grupy logopedycznej (43,3%), gdy tymczasem w grupie Nielogopedycznej zadeklarowało się w tej kategorii 36 badanych (60%). Zdania na ten temat nie miało 9 uczniów z grupy logopedycznej (15%) oraz 12 badanych w grupie Nielogopedycznej (20%).

Siódme pytanie dotyczyło sposobów spędzania przez dzieci wolnego czasu. Brzmiało ono następująco: „Gdy masz dużo czasu wolnego i sam

możesz wybrać, co będziesz robić, to jak najchętniej spędzasz czas?”. Celem tak postawionego pytania było sprawdzenie, czy występują różnice w sposobach spędzania wolnego czasu przez dzieci z dyslalią w porównaniu z ich rówieśnikami bez zdiagnozowanych wad wymowy. Po jakościowej analizie zebranego materiału wyróżniono trzy kategorie odpowiedzi. Pierwsza z nich dotyczy aktywnego sposobu spędzania wolnego czasu. Mieszczą się w niej aktywności takie jak np.: uprawianie sportów, czytanie, rysowanie, zabawa z rówieśnikami. Przykładowe odpowiedzi z tego zakresu to: „chodzę na podwórko”; „chodzę do kolegów lub na rower”; „rysuję, bo dostałam na urodziny superduże pudełko kredek i wie pani, mam tyle kolorów”; „bawię się z moimi siostrami w piratów”; „czytam komiksy”; „maluję”; „jem lody”. Druga kategoria zawiera odpowiedzi wskazujące na aktywność dziecka w czasie wolnym typu: korzystanie z Internetu, oglądanie TV. W niniejszej kategorii przykładowymi odpowiedziami były: „oglądam moje bajki”; „gram na tablecie mamy”; „gram w PSP”; „gram w gry na komputerze”; „oglądam telewizję”. Trzecia kategoria zawiera odpowiedzi, w których autor nie potrafił poinformować, w jaki sposób najchętniej spędza swój wolny czas albo twierdził, że takiego nie ma, np.: „nie wiem”; „robię różne rzeczy”; „nie mam czasu wolnego”. Zgromadzony materiał badawczy poddany został analizie statystycznej. Wyniki zebranego materiału dotyczące odpowiedzi na pytanie o sposoby spędzania wolnego czasu przez dzieci prezentuje tabela 53.

Tabela 53. Sposoby spędzania wolnego czasu

Pytanie	Kategorie	Grupa					
		Nielogopedyczna		Logopedyczna		Ogółem	
		N	%	N	%	N	%
Gdy masz dużo czasu wolnego i sam możesz wybrać, co będziesz robić, to jak najchętniej spędzasz czas?	Aktywnie, np. sport, czytanie książek itp.	37 _a	61,7	30 _b	50,0	67	55,8
	Biernie, np. oglądanie TV, granie na komputerze itp.	12 _a	20,0	19 _b	31,7	31	25,8
	Nie wiem	11 _a	18,3	11 _b	18,3	22	18,3
	Ogółem	60	100,0	60	100,0	120	100,0

$$\chi^2 = 2,31; df = 2; p = 0,315$$

$$\Phi = 0,139; p = 0,315$$

Uwzględniając wszystkie odpowiedzi, stwierdza się, że 58,8% uczestniczących w badaniach deklaruje, iż preferuje aktywne spędzanie swego wolnego czasu, np. bawiąc się z rówieśnikami lub rozwijając swoje zainteresowania,

takie jak m.in. rysowanie. Zdecydowanie mniej badanych (25,8%) najchętniej spędza swój wolny czas, korzystając z komputera, tabletu czy telewizji, natomiast 18,3% przebadanych nie udzieliło odpowiedzi na powyższe pytanie. Przeprowadzone analizy materiału badawczego nie wykazały istotnych statystycznie różnic w żadnej z kategorii odpowiedzi między porównywanymi grupami dzieci logopedycznych i nielogopedycznych w pytaniu siódmym ($\chi^2 = 2,22$; $df = 2$; $p = 0,329$). Aktywny sposób spędzania swojego wolnego czasu zadeklarowało 30 respondentów w grupie logopedycznej (50%) i 37 badanych w grupie nielogopedycznej (61,7%). Gra na komputerze i innych urządzeniach elektronicznych czy oglądanie telewizji to ulubione zajęcie 19 osób w grupie logopedycznej (15,8%) i 12 badanych bez zdiagnozowanych wad wymowy (10% tej grupy). W obu grupach po 11 badanych, co stanowiło 18,3% każdej z grup, nie wiedziało, w jaki sposób najchętniej spędza swój wolny czas.

W trakcie przeprowadzonych rozmów zadano jeszcze dwa pytania, ósme i dziesiąte, jednak w wyniku jakościowej analizy zebranego materiału okazało się, że konstrukcja tych dwóch pytań uniemożliwiła skategoryzowanie udzielonych odpowiedzi tak, by materiał mógł zostać poddany analizie statystycznej. Zebrany materiał badawczy wskazuje, że zadane pytania były skonstruowane nieprecyzyjnie i niejednoznacznie. Zaistniała sytuacja była wartościowym doświadczeniem naukowym dla autorki monografii, które wzbogaciło wiedzę metodologiczną i stało się cenną wskazówką w dalszych badaniach.

Ósme pytanie zadane dzieciom w rozmowie kierowanej brzmiało: „Kiedy jest Ci smutno?”. Udzielając odpowiedzi, respondenci wskazali na różnorodne możliwości interpretowania pytania przy uwzględnieniu wielu czynników. Z jednej strony pojawiły się odpowiedzi, w których smutek był skutkiem czynników zewnętrznych (zdarzeń lub osób), np.: „gdy tata pije piwo”; „gdy mama krzyczy na mnie za nieposprzątany pokój”; „gdy mama wyjeżdża na delegację”; „gdy ktoś się ze mnie śmieje”; „gdy Michasia nie ma w szkole”; „gdy koleżanka nie chce się ze mną bawić”. Druga grupa odpowiedzi wskazuje, że badani nie analizowali smutku jako skutku pewnych czynników, ale skupili się na tym, jak reagują na ową emocję. Tutaj odpowiedzi brzmiały następująco: „to chce mi się płakać”; „to idę spać”; „to powiem mamie”. Była też grupa badanych, którzy odpowiedzieli na zadane pytanie, odnosząc się do czasu, czyli wskazując, jak często w ich życiu towarzyszy im taki stan, np.: „nigdy nie jestem smutna”; „nieczęsto się to zdarza”; „zawsze”; „czasami”. Jak w przypadku każdego pytania, także

tutaj znalazła się grupa badanych, która twierdziła, że „nie wie”; pojawiały się odpowiedzi typu: „trudno powiedzieć”; „trudno powiedzieć, bo jestem wesoły”; „nie wiem”.

Podobna sytuacja zaistniała przy postawieniu dziesiątego pytania, które brzmiało: „Czego najbardziej nie lubisz?”. Konstrukcja pytania pozwoliła respondentom na zwerbalizowanie tego, czego nie lubią, ale w trakcie analizy materiału okazało się, że zakres odpowiedzi jest tak szeroki, iż kategoryzowanie wymagałoby utworzenia zbyt wielu grup odpowiedzi dla zbyt małej w tym przypadku grupy badawczej. Respondenci odpowiedzieli na pytanie z rozmaitych perspektyw. Tak skonstruowane pytanie odebrano jako niewystarczająco precyzyjne. Wśród odpowiedzi znalazły się dotyczące nielubianych produktów spożywczych, takie jak np.: „takiego zielonego... no... brokuły”; „dżemu”; „mięsa, grzybów, warzyw, zupy jarzynowej”; „groszku, obiadów w stołówce”. Tego typu odpowiedzi udzieliło 23 badanych z grupy nielogopedycznej i 7 badanych z wadami wymowy. Pojawiły się również odpowiedzi dotyczące nielubienia wykonywania czynności edukacyjnych, np.: „czytania”; „zadań domowych”; „rysowania”; „uczyć się”; „matematyki”; „kolorować kolorowanek”. Łącznie pojawiło się 19 odpowiedzi z tego zakresu; 12 z nich udzieliły dzieci z wadami wymowy, a 7 z grupy nielogopedycznej. Wyróżniono także grupę odpowiedzi, dotyczącą relacji i emocji związanych z innymi ludźmi. Przykładowe odpowiedzi w tym zakresie brzmiały: „gdy kłócę się z siostrą”; „jak moje siostry się wymądrzają”; „gdy ktoś krzyczy”; „gdy ktoś mnie obraża”; „gdy ktoś komuś robi krzywdę albo chłopcy się biją”; „gdy tata krzyczy”; „Dagmary (starsza koleżanka), bo ona mi dokucza i się ze mnie wyśmiewa”; „mojego kuzyna”; „jak ktoś się na mnie złości, gdy mama mi nie czyta za karę”; „Piotrka, bo mnie obraża i się ze mnie śmieje”. Wśród odpowiedzi na to pytanie pojawiły się jeszcze takie: „chodzić do kościoła”; „kar, gdy jestem niegrzeczny”; „zbierać kupek po kici”; „gdy pada deszcz”; „fikołka” (figura gimnastyczna); „gdy jestem chora i muszę jeść tabletki”.

Zarówno pytanie ósme, jak i dziesiąte w wyniku zaistniałej sytuacji nie zostało poddane analizie statystycznej, a uzyskane wyniki zostały przeanalizowane i opracowane w aspekcie jakościowym, który wzbogacił ogólny stan uzyskanej wiedzy na temat problemów emocjonalnych u dzieci z dyslalią.

4.1.3. Analiza wariancji

Dopełnieniem analizy statystycznej przeprowadzonych badań jest przedstawiona poniżej analiza statystyczna wariancji zmiennych²⁶. Dane statystyczne zostały opatrzone moim komentarzem.

Tabela 54. Analiza wariancji dla średniej liczby wskaźników – poczucie mniejszej wartości i bezradności

Grupa	Płeć	Średnia	Odchylenie standardowe	N
Nielogopedyczna	CH	,667	,7581	30
	DZ	,400	,4983	30
	ogółem	,533	,6501	60
Logopedyczna	CH	1,600	,8944	30
	DZ	1,200	,9248	30
	ogółem	1,400	,9242	60
Ogółem	CH	1,133	,9472	60
	DZ	,800	,8397	60
	ogółem	,967	,9069	120
Grupa	Rodzeństwo	Średnia	Odchylenie standardowe	N
Nielogopedyczna	brak	,529	,5145	17
	jest	,535	,7020	43
	ogółem	,533	,6501	60
Logopedyczna	brak	1,680	,9000	25
	jest	1,200	,9010	35
	ogółem	1,400	,9242	60
Ogółem	brak	1,214	,9509	42
	jest	,833	,8591	78
	ogółem	,967	,9069	120

²⁶ Analiza wariancji to procedura wnioskowania statystycznego, której celem jest sprawdzenie, czy pewne czynniki (zmienne niezależne) mają statystycznie istotny wpływ na zmienną zależną. W analizie bierze się pod uwagę dwa źródła wariancji: 1. Zmienność wewnątrz grupy; 2. Zmienność międzygrupową. Por. J.J. Shaughnessy, E.B. Zechmeister, J.S. Zechmeister, *Metody badawcze w psychologii*, przeł. M. Rucińska, Gdańsk 2002, s. 263–265. Zatem w badaniach będziemy sprawdzać, czy występowanie problemów emocjonalnych (zmienna zależna) jest statystycznie istotne w porównywanych grupach, biorąc pod uwagę następujące zmienne niezależne: płeć, rodzeństwo, posiadanie zwierzęcia.

Tabela 54. cd.

Grupa	Zwierzę	Średnia	Odchylenie standardowe	N
Nielogopedyczna	brak	,556	,6590	45
	jest	,467	,6399	15
	ogółem	,533	,6501	60
Logopedyczna	brak	1,432	,8996	44
	jest	1,313	1,0145	16
	ogółem	1,400	,9242	60
Ogółem	brak	,989	,8982	89
	jest	,903	,9436	31
	ogółem	,967	,9069	120

Tabela 55. Zmienna zależna: poczucie mniejszej wartości i bezradności

	<i>df</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	Cząstkowe Eta kwadrat
Grupa	1	30,532	<,001	,214
Płeć	1	7,565	,007	,063
Rodzeństwo	1	4,628	,034	,040
Zwierzę	1	,054	,816	,000
Grupa * Płeć	1	,711	,401	,006
Grupa * Rodzeństwo	1	2,819	,096	,025
Grupa * Zwierzę	1	,466	,496	,004
Błąd	112			
Ogółem	120			

Wykonana analiza wykazała, że różnice w średniej liczbie wskaźników dotyczących poczucia mniejszej wartości i bezradności pomiędzy osobami z grupy logopedycznej i Nielogopedycznej nie są różnicowane przez płeć badanych ($F = 0,71$; $df = 1,112$; $p = 0,401$), posiadanie rodzeństwa ($F = 2,82$; $df = 1,112$; $p = 0,096$) ani przez posiadanie zwierzęcia ($F = 0,47$; $df = 1,112$; $p = 0,496$). Natomiast w grupie logopedycznej średnia liczba wskaźników dotyczących poczucia mniejszej wartości i bezradności była wyższa niż w Nielogopedycznej ($F = 30,53$; $df = 1,112$; $p < 0,001$) oraz, niezależnie od grupy, chłopcy mieli wyższą średnią liczbę tych wskaźników niż dziewczęta ($F = 7,56$; $df = 1,112$; $p = 0,007$). Średnia liczba wskaźników dotyczących poczucia mniejszej wartości i bezradności była wyższa również w grupie dzieci, które nie miały rodzeństwa w porównaniu z osobami mającymi brata lub siostrę ($F = 4,63$; $df = 1,112$; $p = 0,034$).

Tabela 56. Analiza wariancji dla średniej liczby wskaźników – podwyższony poziom niepokoju

Grupa	Płeć	Średnia	Odchylenie standardowe	N
Nielogopedyczna	CH	,233	,6261	30
	DZ	,133	,3457	30
	ogółem	,183	,5039	60
Logopedyczna	CH	1,333	1,3476	30
	DZ	,767	1,1943	30
	ogółem	1,050	1,2944	60
Ogółem	CH	,783	1,1802	60
	DZ	,450	,9284	60
	ogółem	,617	1,0705	120
Grupa	Rodzeństwo	Średnia	Odchylenie standardowe	N
Nielogopedyczna	brak	,118	,3321	17
	jest	,209	,5588	43
	ogółem	,183	,5039	60
Logopedyczna	brak	1,080	1,3204	25
	jest	1,029	1,2945	35
	ogółem	1,050	1,2944	60
Ogółem	brak	,690	1,1367	42
	jest	,577	1,0385	78
	ogółem	,617	1,0705	120
Grupa	Zwierzę	Średnia	Odchylenie standardowe	N
Nielogopedyczna	brak	,244	,5703	45
	jest	,000	,0000	15
	ogółem	,183	,5039	60
Logopedyczna	brak	1,023	1,2480	44
	jest	1,125	1,4549	16
	ogółem	1,050	1,2944	60
Ogółem	brak	,629	1,0377	89
	jest	,581	1,1768	31
	ogółem	,617	1,0705	120

Źródło: badania własne

Tabela 57. Zmienna zależna: podwyższony poziom niepokoju

	<i>df</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	Częstkowe Eta kwadrat
Grupa	1	22,656	<,001	,168
Płeć	1	3,984	,048	,034
Rodzeństwo	1	,145	,704	,001
Zwierzę	1	,038	,846	,000
Grupa * Płeć	1	2,550	,113	,022
Grupa * Rodzeństwo	1	,581	,448	,005
Grupa * Zwierzę	1	1,826	,179	,016
Błąd	112			
Ogółem	120			

Źródło: badania własne

Wykonana analiza wykazała, że różnice w średniej liczbie wskaźników podwyższonego poziomu niepokoju pomiędzy osobami z grupy logopedycznej i nielogopedycznej nie są różnicowane przez płeć badanych ($F = 2,55$; $df = 1,112$; $p = 0,113$), posiadanie rodzeństwa ($F = 0,58$; $df = 1,112$; $p = 0,448$) ani przez posiadanie zwierzęcia ($F = 1,83$; $df = 1,112$; $p = 0,179$). Zaobserwowano natomiast, że w grupie logopedycznej średnia liczba wskaźników dotyczących podwyższonego poziomu niepokoju była wyższa niż w nielogopedycznej ($F = 22,66$; $df = 1,112$; $p < 0,001$) oraz że, niezależnie od grupy, chłopcy mieli wyższą niż dziewczęta średnią liczbę wskaźników z tej grupy ($F = 3,98$; $df = 1,112$; $p = 0,048$).

Tabela 58. Analiza wariancji dla średniej liczby wskaźników – agresja

Grupa	Płeć	Średnia	Odchylenie standardowe	N
Nielogopedyczna	CH	,600	,8550	30
	DZ	,200	,5509	30
	ogółem	,400	,7410	60
Logopedyczna	CH	,867	1,4320	30
	DZ	,100	,3051	30
	ogółem	,483	1,0969	60
Ogółem	CH	,733	1,1770	60
	DZ	,150	,4444	60
	ogółem	,442	,9330	120

Tabela 58. cd.

Grupa	Rodzeństwo	Średnia	Odchylenie standardowe	N
Nielogopedyczna	brak	,294	,5879	17
	jest	,442	,7959	43
	ogółem	,400	,7410	60
Logopedyczna	brak	,600	1,1547	25
	jest	,400	1,0627	35
	ogółem	,483	1,0969	60
Ogółem	brak	,476	,9687	42
	jest	,423	,9191	78
	ogółem	,442	,9330	120
Grupa	Zwierzę	Średnia	Odchylenie standardowe	N
Nielogopedyczna	brak	,444	,7247	45
	jest	,267	,7988	15
	ogółem	,400	,7410	60
Logopedyczna	brak	,636	1,2406	44
	jest	,063	,2500	16
	ogółem	,483	1,0969	60
Ogółem	brak	,539	1,0119	89
	jest	,161	,5829	31
	ogółem	,442	,9330	120

Źródło: badania własne

Tabela 59. Zmienna zależna – agresja

	df	F	p	Cząstkowe Eta kwadrat
Grupa	1	,161	,689	,001
Płeć	1	11,065	,001	,090
Rodzeństwo	1	,403	,527	,004
Zwierzę	1	1,585	,211	,014
Grupa * Płeć	1	1,131	,290	,010
Grupa * Rodzeństwo	1	,737	,392	,007
Grupa * Zwierzę	1	,174	,677	,002
Błąd	112			
Ogółem	120			

Źródło: badania własne

Przeprowadzona analiza wykazała, że różnice w średniej liczbie wskaźników dotyczących tendencji agresywnych w zachowaniu pomiędzy osobami z grupy logopedycznej i nielogopedycznej nie są różnicowane przez płeć badanych ($F = 1,13$; $df = 1,112$; $p = 0,290$), posiadanie rodzeństwa ($F = 0,74$; $df = 1,112$; $p = 0,392$) ani przez posiadanie zwierzęcia ($F = 0,17$; $df = 1,112$; $p = 0,677$). Zaobserwowano natomiast, że chłopcy, niezależnie od rodzaju grupy, mieli wyższą niż dziewczęta średnią liczbę wskaźników świadczących o tendencjach agresywnych ($F = 11,06$; $df = 1,116$; $p = 0,001$). Nie zaobserwowano istotnych statystycznie różnic pomiędzy grupami w średniej liczbie tych wskaźników ($F = 0,16$; $df = 1,116$; $p = 0,689$).

Tabela 60. Analiza wariancji dla średniej liczby wskaźników – niepokój z agresją

Grupa	Płeć	Średnia	Odchylenie standardowe	N
Nielogopedyczna	CH	,600	1,1626	30
	DZ	,300	,6513	30
	ogółem	,450	,9464	60
Logopedyczna	CH	1,867	1,7167	30
	DZ	,833	1,0854	30
	ogółem	1,350	1,5163	60
Ogółem	CH	1,233	1,5877	60
	DZ	,567	,9273	60
	ogółem	,900	1,3372	120
Grupa	Rodzeństwo	Średnia	Odchylenie standardowe	N
Nielogopedyczna	brak	,235	,4372	17
	jest	,535	1,0768	43
	ogółem	,450	,9464	60
Logopedyczna	brak	1,520	1,6104	25
	jest	1,229	1,4569	35
	ogółem	1,350	1,5163	60
Ogółem	brak	1,000	1,4142	42
	jest	,846	1,3001	78
	ogółem	,900	1,3372	120
Grupa	Zwierzę	Średnia	Odchylenie standardowe	N
Nielogopedyczna	brak	,556	1,0347	45
	jest	,133	,5164	15
	ogółem	,450	,9464	60

Tabela 60. cd.

Grupa	Zwierzę	Średnia	Odchylenie standardowe	N
Logopedyczna	brak	1,364	1,5415	44
	jest	1,313	1,4930	16
	ogółem	1,350	1,5163	60
Ogółem	brak	,955	1,3644	89
	jest	,742	1,2641	31
	ogółem	,900	1,3372	120

Źródło: badania własne

Tabela 61. Zmienna zależna – niepokój z agresją

	<i>df</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	Cząstkowe Eta kwadrat
Grupa	1	19,544	,000	,149
Płeć	1	9,672	,002	,079
Rodzeństwo	1	,446	,506	,004
Zwierzę	1	,004	,952	,000
Grupa * Płeć	1	4,473	,037	,038
Grupa * Rodzeństwo	1	2,752	,100	,024
Grupa * Zwierzę	1	2,388	,125	,021
Błąd	112			
Ogółem	120			

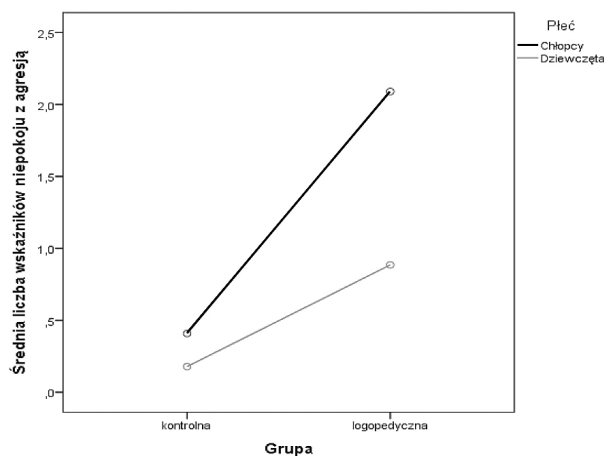
Źródło: badania własne

Wyniki przeprowadzonej analizy wskazują, że różnice w średniej liczbie wskaźników podwyższonego poziomu niepokoju z agresją pomiędzy osobami z grupy logopedycznej i nielogopedycznej nie są różnicowane przez posiadanie rodzeństwa ($F = 2,75$; $df = 1,112$; $p = 0,100$) ani przez posiadanie zwierzęcia ($F = 2,39$; $df = 1,112$; $p = 0,125$), natomiast zaobserwowano istotną statystycznie interakcję z płcią ($F = 4,47$; $df = 1,112$; $p = 0,037$). Szczegółowe analizy zaprezentowano w tabeli 62 oraz na wykresie 3.

Tabela 62. Porównania zaplanowane: grupa oraz płeć

Grupa	Płeć	$F(1,112)$	<i>P</i>
Nielogopedyczna	CH vs DZ	0,50	0,479
Logopedyczna	CH vs DZ	13,43	<0,001
Płeć	Grupa	$F(1,112)$	<i>P</i>
CH	kontrolna vs logopedyczna	19,67	<0,001
DZ	kontrolna vs logopedyczna	6,72	0,034

Źródło: badania własne

Wykres 3. Średnia liczba wskaźników niepokoju z agresją

Źródło: badania własne

Przeprowadzone porównania wskazują, że jedynie w grupie logopedycznej różnica w średniej liczbie wskaźników dotyczących podwyższonego poziomu niepokoju z agresją jest istotnie wyższa u chłopców niż u dziewcząt. W grupie kontrolnej średnia ta była na podobnym poziomie zarówno u chłopców, jak i u dziewcząt. Stwierdzono też, że u chłopców i u dziewcząt średnia liczba wskaźników podwyższonego poziomu niepokoju z agresją jest wyższa w grupie logopedycznej w porównaniu z grupą kontrolną.

Tabela 63. Analiza wariancji dla średniej liczby wskaźników – trudności w komunikacji

Grupa	Płeć	Średnia	Odchylenie standardowe	N
Nielogopedyczna	CH	,467	,7761	30
	DZ	,167	,4611	30
	ogółem	,317	,6507	60
Logopedyczna	CH	1,200	1,0306	30
	DZ	,800	,7611	30
	ogółem	1,000	,9206	60
Ogółem	CH	,833	,9771	60
	DZ	,483	,7009	60
	ogółem	,658	,8648	120

Tabela 63. cd.

Grupa	Rodzeństwo	Średnia	Odchylenie standardowe	N
Nielogopedyczna	brak	,235	,5623	17
	jest	,349	,6860	43
	ogółem	,317	,6507	60
Logopedyczna	brak	1,080	,7594	25
	jest	,943	1,0274	35
	ogółem	1,000	,9206	60
Ogółem	brak	,738	,7982	42
	jest	,615	,9007	78
	ogółem	,658	,8648	120
Grupa	Zwierzę	Średnia	Odchylenie standardowe	N
Nielogopedyczna	brak	,311	,6682	45
	jest	,333	,6172	15
	ogółem	,317	,6507	60
Logopedyczna	brak	,955	,8340	44
	jest	1,125	1,1475	16
	ogółem	1,000	,9206	60
Ogółem	brak	,629	,8172	89
	jest	,742	,9989	31
	ogółem	,658	,8648	120

Źródło: badania własne

Tabela 64. Zmienna zależna: trudności w komunikacji

	<i>df</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	Cząstkowe Eta kwadrat
Grupa	1	20,350	<,001	,154
Płeć	1	7,442	,007	,062
Rodzeństwo	1	,704	,403	,006
Zwierzę	1	1,443	,232	,013
Grupa * Płeć	1	,582	,447	,005
Grupa * Rodzeństwo	1	1,034	,311	,009
Grupa * Zwierzę	1	,992	,321	,009
Błąd	112			
Ogółem	120			

Źródło: badania własne

Wykonana analiza pozwala stwierdzić, że różnice w średniej liczbie wskaźników dotyczących trudności w komunikacji pomiędzy osobami z grupy logopedycznej i nielogopedycznej nie są różnicowane przez płeć badanych ($F = 0,58$; $df = 1,112$; $p = 0,447$), posiadanie rodzeństwa ($F = 1,03$; $df = 1,112$; $p = 0,311$) ani przez posiadanie zwierzęcia ($F = 0,99$; $df = 1,112$; $p = 0,321$). Zaobserwowano natomiast, że w grupie logopedycznej średnia liczba wskaźników dotyczących trudności w komunikacji była wyższa niż w grupie nielogopedycznej ($F = 20,35$; $df = 1,112$; $p < 0,001$) oraz że, niezależnie od grupy, chłopcy mieli wyższą średnią liczbę tych wskaźników niż dziewczęta ($F = 7,44$; $df = 1,112$; $p = 0,007$).

Tabela 65. Analiza wariancji dla średniej liczby wskaźników – zdrowa emocjonalność

Grupa	Płeć	Średnia	Odchylenie standardowe	N
Nielogopedyczna	CH	2,233	1,3566	30
	DZ	2,700	1,2635	30
	ogółem	2,467	1,3208	60
Logopedyczna	CH	1,033	1,2726	30
	DZ	1,800	1,3746	30
	ogółem	1,417	1,3690	60
Ogółem	CH	1,633	1,4376	60
	DZ	2,250	1,3855	60
	ogółem	1,942	1,4395	120
Grupa	Rodzeństwo	Średnia	Odchylenie standardowe	N
Nielogopedyczna	brak	2,059	1,2485	17
	jest	2,628	1,3278	43
	ogółem	2,467	1,3208	60
Logopedyczna	brak	1,240	1,3928	25
	jest	1,543	1,3578	35
	ogółem	1,417	1,3690	60
Ogółem	brak	1,571	1,3818	42
	jest	2,141	1,4390	78
	ogółem	1,942	1,4395	120
Grupa	Zwierzę	Średnia	Odchylenie standardowe	N
Nielogopedyczna	brak	2,333	1,4142	45
	jest	2,867	,9155	15
	ogółem	2,467	1,3208	60

Tabela 65. cd.

Grupa	Zwierzę	Średnia	Odchylenie standardowe	N
Logopedyczna	brak	1,364	1,4157	44
	jest	1,563	1,2633	16
	ogółem	1,417	1,3690	60
Ogółem	brak	1,854	1,4890	89
	jest	2,194	1,2759	31
	ogółem	1,942	1,4395	120

Źródło: badania własne

Tabela 66. Zmienna zależna: zdrowa emocjonalność

	<i>df</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	Cząstkowe Eta kwadrat
Grupa	1	13,903	<,001	,110
Płeć	1	9,083	,003	,075
Rodzeństwo	1	5,341	,023	,046
Zwierzę	1	,407	,525	,004
Grupa * Płeć	1	,254	,615	,002
Grupa * Rodzeństwo	1	,247	,620	,002
Grupa * Zwierzę	1	1,237	,268	,011
Błąd	112			
Ogółem	120			

Źródło: badania własne

Na podstawie analizy można stwierdzić, że różnice w średniej liczbie wskaźników dotyczącej zdrowej emocjonalności nie są pomiędzy osobami z grupy logopedycznej i nielogopedycznej różnicowane przez płeć badanych ($F = 0,25$; $df = 1,112$; $p = 0,615$), posiadanie rodzeństwa ($F = 0,25$; $df = 1,112$; $p = 0,620$) ani przez posiadanie zwierzęcia ($F = 1,24$; $df = 1,112$; $p = 0,268$). Zaobserwowano natomiast, że w grupie nielogopedycznej średnia liczba wskaźników dotyczących zdrowej emocjonalności była wyższa niż w logopedycznej ($F = 13,90$; $df = 1,112$; $p < 0,001$) oraz że, niezależnie od grupy, dziewczęta miały wyższą średnią liczbę tych wskaźników niż chłopcy ($F = 9,08$; $df = 1,116$; $p = 0,003$). Podobnie osoby posiadające rodzeństwo miały wyższą średnią liczbę wskaźników dotyczących zdrowej emocjonalności niż osoby niemające rodzeństwa ($F = 5,34$; $df = 1,116$; $p = 0,023$).

4.2. Podsumowanie wyników badań własnych

Główny cel monografii stanowiła analiza sytuacji społeczno-emocjonalnej dzieci z dyslalią. Interesujące dla mnie było zbadanie, jakie problemy społeczno-emocjonalne mają dzieci z wadami wymowy oraz ustalenie zależności między wadą wymowy a tymi problemami, dezorganizującymi ich osobowość. Wykorzystując metodę projekcyjną, jaką stanowił *Rysunek Rodziny*, i przeprowadzając rozmowy kierowane z dziećmi, zgromadziłam materiał badawczy, który poddałam analizie ilościowej i jakościowej. W badaniach uczestniczyło 120 dzieci. Podstawą doboru uczestników do udziału w badaniach była diagnoza logopedyczna. Na bazie tej diagnozy utworzyłam dwie grupy liczące po 60 osób w każdej. Grupę badaną stanowiły dzieci ze zdiagnozowanymi wadami wymowy, natomiast grupę kontrolną, tzw. nielogopedyczną, dzieci bez problemów związanych z artykulacją. Zebrany materiał badawczy przeanalizowałam w czterech aspektach. Najpierw starałam się określić, jaki jest „obraz samego siebie” u dzieci z dyslalią. Następnie uzyskane wyniki poddałam analizie w kontekście tego, jak dzieci z wadami wymowy funkcjonują w rodzinie i jak kształtują się ich relacje w grupie rówieśniczej. W ostatniej części zgromadziłam dane dotyczące sposobów spędzania wolnego czasu przez dzieci z wadami wymowy.

W literaturze przedmiotu opisane zostały wskaźniki w rysunkach dzieci, pozwalające na określenie pewnej grupy problemów w rozwoju emocjonalnym, cech dezorganizujących ich osobowość. Nie jest możliwe opisanie wszystkich trudności, z jakimi muszą zmierzyć się dzieci z wadami wymowy, jednakże na podstawie przeprowadzonych badań można stwierdzić, że dzieci z dyslalią częściej niż ich rówieśnicy bez wad wymowy mają problemy w rozwoju społeczno-emocjonalnym, takie jak: poczucie niższej wartości, bezradności, osamotnienia, trudności w komunikacji niewerbalnej, podwyższony poziom niepokoju oraz łączące się z niepokojem tendencje do zachowań agresywnych.

Dane zgromadzone w wyniku przeprowadzonych rozmów kierowanych pozwoliły na wyciągnięcie wniosków dotyczących społeczno-emocjonalnego funkcjonowania badanych dzieci z wadami wymowy w rozmaitych obszarach i środowiskach ich życia. Statystyczna analiza uzyskanych odpowiedzi pozwoliła stwierdzić, że dzieci z dyslalią częściej niż ich rówieśnicy bez zdiagnozowanych wad wymowy nie mają lub nie potrafią wskazać najlepszej koleżanki lub kolegi. Na tej podstawie można wnioskować, że dzieci z wadami wymowy częściej mają trudności w kontaktach z rówieśnikami, problemy w nawiązywaniu lub podtrzymywaniu relacji koleżeńskich,

czego dowodzi także to, że też częściej niż ich rówieśnicy z grupy nielogopedycznej preferują samotną zabawę lub zabawę w towarzystwie swoich zwierzątek. Bazując na zebranych materiale badawczym, stwierdzam, że dzieci z grupy logopedycznej częściej niż ich rówieśnicy z grupy kontrolnej nie lubią chodzić do szkoły. Z jednej strony może to być spowodowane trudnościami interpersonalnymi, a z drugiej szkoła jako miejsce ciągłego zdobywania i kontrolowania umiejętności wiąże się wprost, już nawet na tym etapie edukacyjnym, z niejednokrotnie stresującą oceną. Tradycyjne szkolne formy kontroli umiejętności, takie jak np. sprawdziany czy karty pracy, nie powinny stanowić dla dziecka z wadą wymowy bezpośredniego stresu. Jednak współcześnie różnorodność metod i technik pracy z uczniem, które w procesie dydaktycznym wykorzystuje nauczyciel, stwarza warunki do oceny możliwości dziecka w rozmaitych sytuacjach.

Realizując założenia nowej podstawy programowej, bazującej na strategiach nauczania koncepcji Ryszarda Więckowskiego, nauczyciel w procesie dydaktycznym powinien stwarzać dziecku warunki do twórczej, kreatywnej i innowacyjnej pracy. W fazie edukacji wczesnoszkolnej konstruuje się różnorodne sytuacje zadaniowe, które będą optymalizowały powyższe założenia. W praktyce wiąże się to ze stworzeniem dziecku warunków umożliwiających samodzielne dochodzenie do prawdy, samodzielne poszukiwanie rozwiązań. Wskutek owych dziecięcych eksperymentów doskonalą się umiejętności i zdobywane jest doświadczenie. Konsekwencję tych założeń stanowi zminimalizowanie w pracy dydaktycznej z dziećmi toku podającego na korzyść twórczej pracy dziecka. Zachęcanie dziecka do aktywności własnej przynosi wiele korzyści w całościowym rozwoju. Jednakże mogą pojawić się szczególne sytuacje, gdy dla dziecka będzie to duże wyzwanie. Wtedy nauczyciel powinien podejmować działania mające na celu wsparcie i pomoc wychowankowi w pokonywaniu trudności.

Typowymi sytuacjami narażającymi dziecko na stres wynikający z podejmowanej przez nie aktywności są wszystkie te zdarzenia, które w procesie dydaktycznym wiążą się z publicznymi wystąpieniami, np. akademie, przedstawienia szkolne czy uroczystości klasowe. Dla dziecka z dyslalią mogą one stanowić ogromne wyzwanie. Potwierdzają to przeprowadzone badania. Na podstawie zgromadzonego materiału badawczego można stwierdzić, że dzieci z wadami wymowy częściej nie lubią występować na akademiach czy w przedstawieniach szkolnych w porównaniu z dziećmi bez zaburzeń logopedycznych. Co więcej, uzyskane wyniki świadczą także o tym, że kiedy dzieci z wadami wymowy w podejmowanych przez siebie

działaniach natrafiają na trudności, nie potrafią samodzielnie wykonać jakiegoś zadania lub coś im się „nie udaje”, częściej tracą motywację do działania niż ich rówieśnicy bez zaburzeń artykulacyjnych.

Zaprezentowane wyniki badań, zgromadzone za pomocą metody rysunku rodziny oraz rozmowy kierowanej, pozwalają na sformułowanie ogólnego wniosku podsumowującego: dzieci z dyslalią mają częściej niż ich rówieśnicy bez wad wymowy problemy społeczno-emocjonalne, a konsekwencje tej zależności wpływają u nich na gorszy „obraz siebie” oraz na trudniejsze relacje z członkami środowisk, w których funkcjonują.

4.3. Interpretacja wyników badań własnych

Dziecko ze zdiagnozowaną dyslalią codziennie, bardziej lub mniej świadomie, przeżywa swoje zaburzenie. Jest to uwarunkowane kilkoma czynnikami. Po pierwsze, zależy od wieku dziecka i poziomu rozwoju jego słuchu fonemowego²⁷. Fakt, czy dziecko słyszy, że jego artykulacja nie jest zgodna z powszechnie przyjętą normą wymawianiową, wpływa na to, jaki jest jego stosunek do zaburzenia. Jeśli samo nie ma świadomości w tym zakresie, może o swoim deficycie dowiedzieć się od najbliższego otoczenia. Zaburzenie słuchu fonemowego powoduje niesłyszenie przez dziecko tego, że jego artykulacja różni się od wymowy rówieśników. Ciągłe napominanie przez dorosłych, aby powiedział inaczej, czyli poprawnie, lub złośliwe uwagi ze strony rówieśników przyczyniają się do uświadamiania dziecku z dyslalią jego deficytu rozwojowego. Uczęszczanie na terapię logopedyczną ma znaczenie w kontekście porównywania się z kolegami i koleżankami, którzy nie muszą korzystać z tego typu pomocy. Jeśli dziecko w trakcie terapii logopedycznej doznaje pozytywnych emocji, związanych wprost z przebiegiem procesu terapeutycznego (np. poprzez atrakcyjność zajęć, relację i współpracę z logopedą), wpływa to korzystnie na jego ogólne funkcjonowanie. Jednakże jeśli sam proces terapii wiąże się dla dziecka z przykrym i nużącym obowiązkiem, wtedy obniża to jego samopoczucie, powodując pojawienie się innych problemów. Czynniki wpływające na funkcjonowanie dzieci z dyslalią, a także ich zdolności do radzenia sobie z tym zaburzeniem w życiu codziennym to złożony problem.

²⁷ Por. A. Maurer, *Znaczenie świadomości fonologicznej w początkowej nauce czytania i pisania*, w: *Dźwięki mowy. Program kształtowania świadomości fonologicznej dla dzieci przedszkolnych i szkolnych*, red. A. Maurer, Kraków 2014, s. 11–12.

Wady wymowy są zaburzeniem w normatywnym rozwoju dziecka, niedającym się ukryć przed otoczeniem. Dziecko siedmioletnie z dyslalią z racji uczęszczania do szkoły uczestniczy w relacjach uczeń–nauczyciel, uczeń–uczeń. Sytuacja ta zmusza je do konfrontacji z samym sobą i z opinią otoczenia. Poczucie własnych przeżyć z tym związanych, jak i komunikaty werbalne lub zachowania przekazywane ze środowisk, w których dziecko z wadą artykulacyjną funkcjonuje, budują jego sytuację społeczno-emocjonalną.

Problem wad wymowy u dzieci, o czym już niejednokrotnie wspomniano, nie dotyczy nielicznych jednostek. Jest bardzo częstym zjawiskiem we współczesnym świecie. Mimo że każde dziecko inaczej przeżywa i doznaje emocji z tym przeżywaniem związanych, częściej u dzieci z dyslalią niż u ich rówieśników bez wad wymowy pojawiają się problemy społeczno-emocjonalne. Dezorganizują one osobowość, jednocześnie wpływając na ogólny komfort życia i funkcjonowanie w rozmaitych środowiskach. Analizując wyniki przeprowadzonych badań, a także korzystając z literatury przedmiotu, stwierdzam istnienie zależności pomiędzy występowaniem u dzieci wady wymowy a pojawiającymi się u nich problemami społeczno-emocjonalnymi. Wyjaśnienie uzyskanego w badaniach dzieci z dyslalią wyniku można ująć nie w kategoriach przyczynowości linearnej, ale w kategoriach przyczynowości cyrkularnej, gdzie czynniki oddziałują na siebie wzajemnie, tj. na zasadzie sprzężeń zwrotnych. Ich istotę można wyjaśnić za pomocą teorii systemów.

W 1937 r. Ludwig von Bertalanffy przedstawił ogólną teorię systemów, która stała się wspólnym mianownikiem zarówno dla zjawisk natury jak i dla człowieka²⁸: „Ogólna teoria systemów rozwijała się bardzo szybko, wkraczając prawie we wszystkie dziedziny nauki i życia. Główną zasługą Bertalanffy[iego] jest stworzenie takiego ujęcia nauki, które pozwala łączyć pozornie niepowiązane zjawiska oraz zrozumieć to, w jaki sposób ze sobą współdziałają”²⁹. Omawiając teorię systemów, Lucyna Drożdżowicz przywołuje definicję L. von Bertalanffyiego. W jego ujęciu system „to uporządkowana kompozycja elementów, tworząca wspólną całość. Podstawową cechą tej całości jest to, że nie jest ona zwykłą sumą jej części”³⁰. We współczesnej

²⁸ L. Drożdżowicz, *Ogólna teoria systemów*, w: *Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny*, red. B. de Barbaro, Kraków 1999, s. 9–10.

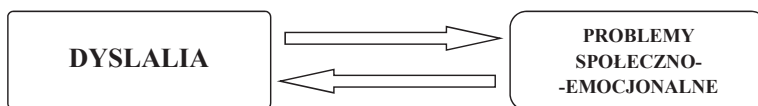
²⁹ Tamże, s. 10.

³⁰ Tamże, s. 11.

psychologii rodziny system jako nowa całość analizowany jest w interakcjach zachodzących między członkami rodziny³¹. Jak wskazuje Braun-Gałkowska, „rodzinę opisuje się najczęściej jako system, czyli zbiór elementów wzajemnie na siebie oddziałujących, bo składa się z osób i relacji między tymi osobami”³². Interakcje między poszczególnymi członkami rodziny, jakie opisała autorka, wskazują na istotną w paradygmacie systemowym zasadę cyrkularności przyczyn³³.

Przyczynowość cyrkularna dotyczy odejścia od sposobu patrzenia na objawy występujące u pacjenta jako na wynik jego procesów intrapsychicznych. Cyrkularność przyczyn stoi w opozycji do myślenia linearnego. Poszczególne interakcje pomiędzy elementami systemu działają w systemie kołowym, na zasadzie sprzężeń zwrotnych. Zatem nie jest się w stanie określić, co jest przyczyną zachowania; można jedynie opisać kolejność następowania po sobie zdarzeń³⁴. Opisany model został wskazany jako podstawa funkcjonowania dzieci z dyslalią. Model cyrkularny funkcjonowania dzieci z dyslalią powtarza się w analizie uzyskanego materiału badawczego. Nie oznacza to wcale, że wszystkie dzieci z zaburzeniami logopedycznymi mają zaburzenia społeczno-emocjonalne, jednakże stała zależność w wynikach wskazuje, że wady wymowy u dzieci dezorganizują ich rozwój społeczno-emocjonalny, natomiast problemy społeczno-emocjonalne mogą wpływać negatywnie na inne sfery życia, w tym także na rozwój mowy (np. w kontekście powodzenia terapii logopedycznej). Zatem w takim ujęciu można wskazać, że występujące problemy wzajemnie się wzmacniają. Ogólny model dotyczący funkcjonowania dzieci z dyslalią w kontekście zależności pomiędzy występującymi u nich wadami wymowy a problemami społeczno-emocjonalnymi przedstawia schemat 5.

Schemat 5. Model cyrkularny funkcjonowania dzieci z dyslalią



Źródło: badania własne

³¹ Por. M. Braun-Gałkowska, *Psychologia domowa*, dz. cyt., s. 32–35.

³² Tamże, s. 33.

³³ Por. tamże, s. 32–35.

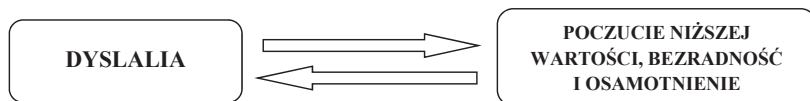
³⁴ Por. B. Józefik, *Koncepcje systemowe i ich znaczenie dla psychologii klinicznej*, w: *Psychologia kliniczna*, red. L. Cierpiałkowska, H. Sęk, Warszawa 2016, s. 173–175.

Wyniki przeprowadzonych badań wskazały, że dzieci z dyslalią częściej niż ich rówieśnicy bez wad artykulacyjnych mają problemy społeczno-emocjonalne. Stwierdzam występowanie u nich takich cech dezorganizujących osobowość, jak: poczucie niższej wartości, bezradność, osamotnienie, podwyższony poziom niepokoju oraz połączone z niepokojem tendencje do zachowań agresywnych. Pojawiające się u dziecka z dyslalią problemy społeczno-emocjonalne wpływają na inne sfery jego rozwoju, w tym też na sferę związaną z wymową. W prezentowanym modelu zwraca się uwagę na wzajemne wzmacnianie się obu problemów z jednoczesnym zaznaczeniem, że te problemy mogą być wywołane przez zupełnie niezależne czynniki. Jednakże fakt współwystępowania obu nienormalności w rozwoju może powodować wzajemne pogłębianie się deficytów.

O pojawieniu się wady artykulacyjnej u dziecka mogą stanowić: nieprawidłowość w budowie aparatu artykulacyjnego, zaburzenia słuchu fonemowego oraz niewłaściwe wzorce wymawianiowe. Natomiast pojawiające się problemy społeczno-emocjonalne u dzieci z dyslalią mogą być spowodowane wadami wymowy, ale też jednocześnie mogą współistnieć inne czynniki je wywołujące. Ponadto, co bardzo istotne, przeprowadzone badania wykazały, że występujące u dzieci z dyslalią problemy społeczno-emocjonalne mogą, oddziałując na inne sfery ich życia, w tym na rozwój mowy, blokować ostatecznie poprawę wymowy.

Jak wskazują dane uzyskane na podstawie analizy wskaźników w rysunkach dzieci, do najczęstszych problemów społeczno-emocjonalnych, występujących u dzieci z dyslalią, należą poczucie mniejszej wartości, bezradność i osamotnienie.

Schemat 6. Model cyrkularny funkcjonowania dzieci z dyslalią – problem poczucia mniejszej wartości, bezradności i osamotnienia



Źródło: badania własne

Dziecko z dyslalią może mieć niższe poczucie własnej wartości, ponieważ jego obraz samego siebie warunkowany jest rozbieżnością pomiędzy „ja idealnym”, czyli mówiącym prawidłowo, a „ja rzeczywistym”, czyli mówiącym niezgodnie z normą wymawianiową. W przypadku dziecka z wadą wymowy często ma miejsce ciągłe dążenie do poprawy artykulacji, np. podczas

terapii logopedycznej, a także nieustanne porównywanie się z rówieśnikami, którzy bez większego wysiłku i dodatkowej pracy mówią poprawnie. Taki stan, gdy dziecko ma świadomość tego, że jest „inne”, ponieważ różni się pod względem wymowy od swoich koleżanek i kolegów, może trwać miesiącami, a nawet latami. Co więcej, niekorzystny wpływ na kształtujący się wtedy „obraz samego siebie” może wywierać środowisko, w którym dziecko z dyslalią żyje. Komentarze i złośliwości, jakich dziecko z wadą wymowy może doświadczać od rówieśników, pogłębiają w nim negatywny „obraz samego siebie”, co ostatecznie obniża jego poczucie własnej wartości.

Występowanie wspomnianego wyżej problemu społeczno-emocjonalnego nie pozostaje bez znaczenia dla poprawy jakości wymowy. Poczucie niższej własnej wartości wpływa na podejmowanie aktywności. Nie słysząc poprawy w sposobie wymowy pomimo licznych starań (np. wynikających z systematycznego uczęszczania na terapię logopedyczną), dziecko żyje w poczuciu ciągłej porażki. Terapia logopedyczna wymaga od pacjenta systematycznej pracy, ale jej efekty mogą być słyszalne dopiero po kilku, a nawet kilkunastu miesiącach. Dla siedmioletniego dziecka to długi i męczący proces, w konsekwencji czego może ono tracić motywację do dalszej pracy. Podczas rozmów z dziećmi zadałam pytanie: „Co robisz, gdy coś Ci się nie udaje?”. Przy porównaniu grupy dzieci z wadami wymowy i tych bez zdiagnozowanych deficytów w omawianym obszarze rozwoju okazuje się, że o rezygnacji z działania, negatywnych uczuciach lub niechęci częściej mówiły dzieci z problemami logopedycznymi niż ich rówieśnicy z grupy nielogopedycznej. W grupie logopedycznej tylko 43% badanych udzieliło odpowiedzi wskazujących na to, że respondenci mają motywację do działania, wynikającą z własnej inicjatywy lub z pomocą innych; dla porównania, w grupie nielogopedycznej odpowiedzi w tym zakresie udzieliło 68% badanych. Zatem na podstawie zgromadzonego materiału badawczego można stwierdzić, że dzieci z wadami wymowy, mając niższe poczucie własnej wartości, szybciej rezygnują z działania, łatwiej się poddają, nie wierzą we własne możliwości. Nauczone doświadczeniem, że wciąż im „coś nie wychodzi”, np. praca nad poprawą jakości wymowy, wolą wycofać się, niż podjąć trud działania.

Jeśli ten stan będzie utrzymywał się dłużej przy jednoczesnym wpływie negatywnych bodźców z zewnątrz, może okazać się, że na poprawę artykulacji będzie trzeba czekać bardzo długo, a może nawet poprawa nie nastąpić, gdyż dziecko straci motywację do ćwiczeń, a wada wymowy okaże się już tak utrwalona w tym wieku, że trudniej będzie dziecku osiągnąć prawidłowy

poziom artykulacji. Ponadto, jak wynika z przeprowadzonych badań, dzieci z dyslalią częściej niż ich rówieśnicy wycofują się z takich aktywności jak występy publiczne. Mając poczucie niższej własnej wartości, rezygnują z rozmaitego rodzaju aktywności, w których podstawą jest publiczne wypowiedzianie się. Być może chcąc uniknąć oceny wiążącej się z komentarzem o ich sposobie artykułowania, rezygnują samodzielnie lub z pomocą osób dorosłych z aktywności, jaką jest np. udział w akademii szkolnej. Aż 72% dzieci z grupy logopedycznej stwierdziło, że nie lubi występować na akademiach i w przedstawieniach szkolnych; dla porównania taką deklarację w grupie dzieci bez wad wymowy złożyło tylko 32% badanych. Wynik ten wskazuje, że dzieci mające trudności z prawidłowym artykułowaniem wolą unikać sytuacji wiążących się z publicznym prezentowaniem swoich możliwości w tym zakresie. Wycofywanie się z publicznych wystąpień, np. z przedstawień, wpływa niekorzystnie na całościowy rozwój dziecka. Znowu obniża się jego poczucie własnej wartości, na które patrzy przez pryzmat dzieci ze swobodą recytujących wiersze, czerpiących radość i satysfakcję z tego typu aktywności.

Z przeprowadzonych badań wynika też, a konkretnie z analizy rysunków, że dzieci z dyslalią częściej niż ich rówieśnicy bez wad wymowy mają poczucie bezradności i osamotnienia. Według Braun-Gałkowskiej osamotnienie przeżywane przez dzieci wiąże się z poczuciem niezrozumienia i brakiem możliwości dzielenia się z członkami najbliższego otoczenia tym, co się przeżywa³⁵. Niekiedy tego typu sytuacje wynikają z faktycznego braku rodziców w życiu dziecka jako następstwa śmierci, rozvodu czy innych sytuacji życiowych, kiedy rodzic nie uczestniczy w procesie wychowania, np. w związku z pracą za granicą. Wśród dzieci uczestniczących w badaniach realizowanych w ramach tej pracy w grupie logopedycznej 95%, a w grupie nielogopedycznej 98% uczestników wychowywało się w pełnych, zamieszkujących wspólnie rodzinach. Zatem omawiany problem emocjonalny u dzieci z dyslalią nie wynikał z nieistnienia fizycznego kontaktu z rodzicami, a przyczyny poczucia bezradności czy osamotnienia można upatrywać w braku emocjonalnych więzi z bliskimi.

Podejmujące wysiłek ćwiczeń logopedycznych dziecko z wadą wymowy stara się poprawić swoją wymowę, ale często pożądane efekty pojawiają się późno. Utwierdzone jest przez najbliższe otoczenie w przekonaniu, że ciągle musi ćwiczyć więcej i więcej, co stwarza dla niego ryzyko odczuwania presji

³⁵ Por. M. Braun-Gałkowska, *Rysunek projekcyjny*, dz. cyt., s. 115.

płynącej ze świata skupionych wokół dziecka dorosłych. Co więcej, pomimo usilnych starań dziecko z dyslalią jest ciągle napominane i zachęcane do właściwej wymowy, stąd może doznawać niezrozumienia przez najbliższych: przecież stara się mówić poprawnie, systematycznie ćwiczy i samo nie rozumie, dlaczego nadal wyraża się niewłaściwie. Rodzice będą „naciskać” na systematyczną pracę dziecka, natomiast ono, podejmując trud i nie słysząc poprawy, będzie sfrustrowane tą sytuacją, w konsekwencji czego może czuć się niezrozumiane i „niewysłuchane”. Wtedy może zacząć złościć się na rodziców i także na siebie. Odczuwana złość, wynikająca z bezradności i osamotnienia, może skutkować zniechęceniem do dalszej pracy i ćwiczeń. Dziecko zacznie myśleć w kategoriach: po co dalej ćwiczyć, jeśli ja i tak nie daję rady; w konsekwencji zaowocuje takie myślenie spowolnieniem procesu terapeutycznego. Mimo że wokół dziecka z dyslalią często dostrzega się „zainteresowanych dorosłych”: rodziców, logopedę czy nauczyciela, to problem osamotnienia i bezradności pojawia się u dzieci z wadami wymowy. Nie jest on spowodowany brakiem zainteresowania, ale raczej brakiem zrozumienia trudnej sytuacji, w jakiej znajduje się dziecko z dyslalią. Chciałoby mówić poprawnie, czyli tak jak jego rówieśnicy, podejmuje działania wskazane mu przez dorosłych, ale mimo to nie potrafi sprostać ich oczekiwaniom; zaczyna też odczuwać, że w grupie rówieśniczej jest „inne”. Zatem poczucie osamotnienia i bezradności u dziecka z wadą wymowy może wynikać z faktu, że nie jest w stanie uczynić zadość oczekiwaniom, jakie stawia przed nim otoczenie. Z jednej strony istnieje świadomość inności w porównaniu z rówieśnikami i wewnętrzne pragnienie bycia takim jak inni pod względem wymowy, a z drugiej nieustanna konieczność dążenia do poprawy wymowy w terapii logopedycznej, która nie zawsze daje szybkie efekty, co może dodatkowo stresować i demotywować dziecko.

Mając zdiagnozowaną wadę wymowy dziecko powinno uczęszczać na terapię logopedyczną, systematycznie ćwiczyć i pracować z rodzicami w domu. Objęte badaniami dzieci brały udział w terapii logopedycznej u tego samego logopedy, spotykając się z nim raz w tygodniu. W ramach konsultacji ze szkolnym logopedą uzyskałam informację, że stopień zaangażowania rodziców w terapię i systematyczność ich pracy z dzieckiem w domu są bardzo zróżnicowane. Jednakże uwzględniając fakt systematycznego uczęszczania uczestniczących w badaniach dzieci na terapię, można założyć, że w pewnym stopniu mają one zapewnione poczucie wsparcia i opieki. Trudno określić, jaki jest poziom zaangażowania i pracy rodziców w tym względzie w poszczególnych przypadkach, ale ogólnie zakłada się,

że wszystkie dzieci otrzymują podobne wsparcie i pomoc od profesjonalisty. Jednakże, co wynika z badań, to wciąż za mało, ponieważ aż 57% dzieci z grupy logopedycznej ma poczucie osamotnienia i bezradności, podczas gdy w grupie nielogopedycznej było takich dzieci tylko 5%. Omawiany problem społeczno-emocjonalny może skutkować stopniowym zmniejszaniem się zaangażowania dziecka w dalszą pracę. Jeśli dziecko odczuwa osamotnienie i bezradność, traci motywację do żmudnych ćwiczeń logopedycznych. Na tym etapie rozwoju nie zmobilizuje się samodzielnie do systematycznej pracy, potrzebuje wsparcia, ale takiego, które nie jest ciągłym wymaganiem, a wręcz przeciwnie, jest zrozumieniem i wspólną pracą.

Osamotnienie u dzieci z dyslalią, stwierdzone na podstawie analizy wskaźników w rysunkach, znajduje także potwierdzenie w wynikach odpowiedzi dotyczących pytania pierwszego w rozmowach kierowanych. Otóż na pytanie: „Jak ma na imię Twój najlepszy kolega/koleżanka?” aż 42% dzieci stwierdziło, że nie ma lub nie wie, kto jest im najbliższy w grupie rówieśników (dla porównania wśród dzieci bez zdiagnozowanych wad wymowy tylko 18% nie potrafiło wskazać najlepszej koleżanki lub kolegi). Dzieci z dyslalią mogą czuć się osamotnione również w grupie rówieśników, którzy na tym etapie życia zaczynają odgrywać bardzo ważną rolę. Może zdarzyć się, że dziecko ze względu na dyslalię samo będzie wycofywało się z kontaktów z rówieśnikami. Świadome swojej wady wymowy, może ich unikać, czyli nie nawiązywać relacji z innymi dziećmi, ale także sami rówieśnicy mogą odrzucać takie dziecko, np. wyśmiewając je lub naśladując jego nieprawidłową artykulację. Wskutek takich sytuacji dziecko z dyslalią odczuje osamotnienie wśród rówieśników i doznaje poczucia alienacji. Takie sytuacje wpływają też na jego samoocenę, pogłębiając w nim poczucie niższej wartości. Ograniczony lub całkowity brak kontaktu z rówieśnikami powoduje, że dziecko nie podejmuje aktywności werbalnej w sytuacjach spontanicznych. Z badań wynika, że dzieci z wadami wymowy zdecydowanie częściej od rówieśników bez zaburzeń z tego spektrum preferują zabawy samotne lub ze swoim zwierzęciem. Nawet jeśli dziecko zaczyna poprawnie artykułować w gabinecie logopedycznym, konieczne okazuje się, co zresztą wynika z etapów pracy korekcyjno-terapeutycznej w logopedii, podjęcie przez nie trudu poprawy wymowy w codziennych sytuacjach. Dotyczy to właśnie sytuacji spontanicznej zabawy w grupie rówieśników. Zatem jeśli dziecko preferuje samotną zabawę lub zabawę w towarzystwie swego pupila, możliwość werbalnego kontaktu zmniejsza się, co niekorzystanie wpływa na proces terapeutyczny. Jako ostatni etap terapii logopedycznej wskazuje się utrwalanie prawidłowej

artykulacji w sytuacjach tzw. spontanicznych. Oznacza to, że gdy dziecko znajduje się poza gabinetem, samo powinno zacząć kontrolować swoją wymowę, czyli innymi słowy starać się wykorzystywać w praktyce to, czego nauczyło się w gabinecie logopedycznym. Zdarza się też, że etap ten jest naturalnym następstwem całego procesu terapeutycznego; wtedy dziecko bez większej samokontroli zaczyna wymawiać prawidłowo w sytuacjach codziennych, np. w szkole. Jednakże niekiedy okazuje się, że dziecko zaczęło artykułować prawidłowo w gabinecie, ale nie potrafi zastosować jeszcze tej umiejętności w mowie spontanicznej. Oznacza to, że potrzebuje czasu i wsparcia osób dorosłych, czyli pomagania mu w samokontrolowaniu się w sytuacjach codziennych. Po opanowaniu sposobu układania narządów artykulacyjnych w trakcie wypowiedzania danej głoski, dotychczas wymawianej niewłaściwie, bardzo ważne jest, by w spontanicznych sytuacjach, kiedy pod wpływem rozmaitych bodźców może o tym zapomnieć, dorośli (rodzice, nauczyciele) pomagali mu w uczeniu się kontrolowania poprawności wymowy. Odnosi się to do sytuacji codziennych mających miejsce np. w klasie lub w domu, lub do zorganizowanych wydarzeń, w których trakcie mowa staje się głównym narzędziem prezentacji.

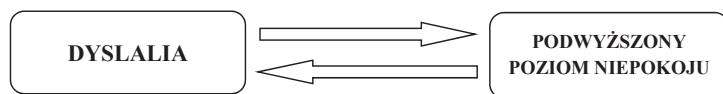
Badania uwidoczniły fakt, że dzieci z wadami wymowy unikają publicznych wystąpień. Oznacza to mniej okazji do sprawdzania się w sytuacjach, w których u dzieci zwiększa się odczuwany stres. Pod wpływem tego stresu trudniej jest dokonywać samokontroli w zakresie wymowy. Dostrzegalna jest tutaj wzmacniająca się cyrkularnie zależność. Nienormatywność w rozwoju społeczno-emocjonalnym dziecka wpłynie wstrzymująco na jego aktywność w trakcie trwania procesu terapeutycznego, a dalej na poprawę sposobu artykułowania, co wyniknie z mniejszej ilości ćwiczeń, np. podczas aktywnego udziału w przedstawieniach szkolnych.

Na poczucie bezradności u dzieci z dyslalią może wskazywać także fakt, że na pytanie dotyczące tego, co robią, gdy coś im się nie udaje, o czym zresztą już wspominałam, aż 33% pytanym udzieliło odpowiedzi świadczących o rezygnacji z działania, negatywnych uczuciach i niechęci (dla porównania w grupie nielogopedycznej odpowiedzi w tej kategorii udzieliło tylko 8% badanych). Można więc sądzić, że dzieci z wadami wymowy szybciej niż ich rówieśnicy mogą tracić motywację do działania, co potencjalnie wynika z faktu, że w ich życiu istnieje obszar, w którym ciągle doświadczają poczucia porażki i niedoskonałości. Zmniejsza to motywację do aktywności i wpływa negatywnie na „obraz samego siebie”. Terapia logopedyczna stanowi podstawę działań zmierzających do poprawy wymowy, jednakże istotne jest

dostrzeżenie przez środowisko osób dorosłych konieczności opieki pod względem emocjonalnym nad dziećmi z dyslalią. Dotyczy to wsparcia polegającego nie tyle na ciągłym wymaganiu poprawy wymowy, ile na wspólnym ćwiczeniu. Ważne jest wspólne działanie poprzez zabawę w codziennych sytuacjach, kiedy powinno się podkreślać dotychczasowe starania i pracę dziecka, nawet jeśli efekty są minimalne, a czasem nawet trzeba jeszcze na nie poczekać. Komunikaty dorosłych wyrażające zrozumienie i docenianie starań dziecka wpłyną motywująco na dziecko, jednocześnie gwarantując poczucie akceptacji i bezpieczeństwa.

Kolejny problem emocjonalny, który na podstawie zgromadzonego materiału badawczego stwierdziłam u dzieci z dyslalią, częstszy u nich niż u ich rówieśników bez wad wymowy, to podwyższony poziom niepokoju. Schemat zależności między wadą wymowy u dziecka a występowaniem u niego cechy dezorganizującej jego osobowość, jaką jest podwyższony poziom niepokoju, także ma charakter cyrkularny.

Schemat 7. Model cyrkularny funkcjonowania dzieci z dyslalią – problem podwyższonego poziomu niepokoju



Źródło: badania własne

W rysunkach dzieci z dyslalią zdecydowanie częściej niż u ich rówieśników bez wad wymowy odnotowywałam wskaźniki świadczące o podwyższonym poziomie niepokoju. Jednakże bazując na przeprowadzonych badaniach, nie określłam przyczyny i skutku takiego stanu rzeczy, mimo że uwypuklałam wzajemne wzmacnianie obu tych nienormalności w rozwoju. Nieprawidłowo artykułujące dziecko może codziennie doświadczać sytuacji, w których jego mówienie będzie podlegało ocenie płynącej z otoczenia. Uwzględniając odbieganie nadawanego przez dziecko komunikatu z artykulacyjnego punktu widzenia od przyjętej normy wymawianiowej, oceny jego sposobu mówienia będą miały charakter negatywnego wartościowania. Ze strony dorosłych chęć wskazania właściwego ustawienia narządów artykulacyjnych będzie nieustannym napominaniem, by dziecko poprawiło się, co sam zainteresowany odbierze jako ciągłą presję otoczenia. Dla dziecka taki wymóg może okazać się bardzo negatywnym doświadczeniem: stresującym, a nawet wręcz frustrującym, bo przecież ono nieustannie dąży

do celu, lecz bez realnie słyszalnej poprawy wymowy mimo trudu i pracy w ramach terapii logopedycznej.

Natomiast w relacjach ze środowiskiem rówieśniczym dziecko z wadą wymowy doświadcza komentarzy często o charakterze prześmiewczym. Konsekwencją takich komentarzy może być poczucie odrzucenia lub nieakceptacji. Potwierdzenie tego założenia można dostrzec w analizie wyników uzyskanych z trzeciego pytania w rozmowach kierowanych. Nie stwierdzam istotnych statystycznie różnic w przyznaniu się przez respondentów do tego, że odczuwają, iż ktoś się z nich śmieje albo im dokucza (warto podkreślić, że w grupie dzieci z wadami wymowy było więcej osób mających takie doznania).

Istotne statystycznie różnice między grupami badanych – nielogopedyczną i logopedyczną – istnieją w odniesieniu do doświadczenia bycia wyśmiewanym. Aż 63% badanych z grupy nielogopedycznej stwierdziło, że nie ma tego typu doświadczeń, natomiast w grupie logopedycznej tylko 43% badanych odpowiedziało, że nie mają negatywnych doświadczeń związanych z byciem wyśmiewanym. Uzyskane dane pozwalają wnioskować, że dzieci z dyslalią częściej, w porównaniu z rówieśnikami bez wad wymowy, mają poczucie, że ktoś się z nich wyśmiewa. Kiedy około 7. roku życia dzieci uzmysławiają sobie różnice odnoszące się do bardziej złożonych aspektów niż tylko np. wygląd zewnętrzny, potrzebują czasu, by zrozumieć to, że ich sposób mówienia może wzbudzić zainteresowanie i u dorosłych, i u rówieśników, co niejednokrotnie okaże się smutnym doświadczeniem. Poczucie, że ktoś się z nich śmieje lub dokucza im, może być wypierane ze świadomości, kiedy dzieci z dyslalią same potrzebują czasu dla zaakceptowania faktu, że artykułują nieprawidłowo; fakt ten może w tej fazie życia zacząć przeszkadzać im w codziennym funkcjonowaniu. Co więcej, przyznanie się do odczuwania od otoczenia, że jest się gorszym, także może stanowić dla dziecka problem, z którym nie jest w stanie się zmierzyć. Łatwiej jest żyć w przekonaniu, że nikt się z niego nie wyśmiewa. Braun-Gałkowska stwierdza, że osoba o podwyższonym poziomie lęku „pomimo trudności doświadczanych w codziennym funkcjonowaniu może nie ujawniać swoich problemów na poziomie werbalnym, a także ukrywać je nie tylko przed innymi, ale także przed samym sobą”³⁶. Dziecko z dyslalią o podwyższonym poczuciu niepokoju, lęku, wewnętrznego napięcia, może nieświadomie izolować się od otoczenia, co w życiu codziennym wiązałoby się z unikaniem

³⁶ Tamże, s. 107.

sytuacji, w jakich musiałoby konfrontować się z rzeczywistością potencjalnie wymagającą poprawy związanej z pracą nad sposobem artykulowania.

Dziecko niespokojne, zdenerwowane w trakcie terapii logopedycznej, nie odniesie sukcesów w zakresie poprawy jakości wymowy. Nawet przy rozlicznych działaniach i ćwiczeniach logopedycznych, przeprowadzonych przez najlepszego specjalistę, jeśli dziecko będzie wewnętrznie napięte i niespokojne, zamierzone efekty okażą się trudno osiągalne, a nawet niemożliwe do osiągnięcia. Starania i praca logopedy nie przyniosą pożądanych owoców, jeżeli dziecko nie będzie potrafiło otworzyć się na cały proces terapeutyczny, czyli zacząć czerpać satysfakcję z podejmowanych działań. Dziecko z dyslalią odczuwa niepokój związany z tym, że nie jest w stanie sprostać oczekiwaniom otoczenia ciągle domagającego się od niego prawidłowej wymowy i niejednokrotnie dodającego komentarze typu: czy to jest tak ciężko powiedzieć wyraźnie itp. Z pewnością nie wynika to ze złośliwości osób dorosłych, ale często wręcz przeciwnie, wynika z troski, opieki i szczerzej chęci, by pomóc dziecku. Jednakże w obliczu bezradności, skoro mimo ćwiczeń oni sami nie słyszą u dziecka poprawionej wymowy, reagują właśnie w taki sposób, natomiast nieprawidłowo mówiące dziecko żyje w poczuciu, że stale jest oceniane pod względem tego, jak mówi. Oceny mogą mieć charakter wspomnianego domagania się poprawy, jednak bardziej dotkliwe są oceny wskazujące wprost na nienormalny rozwój dziecka.

O deficycie, z jakim funkcjonuje dziecko z dyslalią, często mogą przypominać mu jego rówieśnicy. Niestety, w swoich uwagach, złośliwościach, często nawet w wyśmiewaniu się, bywają okrutni wobec dziecka mówiącego inaczej niż oni. Tego typu sytuacji dziecko z wadą wymowy może doświadczać bardzo często, zwłaszcza w szkole. Wyniki moich badań pokazują, że jedynie 45% dzieci z grupy logopedycznej zadeklarowało, że lubi chodzić do szkoły, gdy w grupie nielogopedycznej odpowiedzi twierdzących na to pytanie udzieliło aż 82% badanych bez wad wymowy. W grupie dzieci bez problemów logopedycznych tylko jedno stwierdziło, że nie lubi chodzić do szkoły, natomiast w grupie logopedycznej dzieci, które udzieliły takiej odpowiedzi, było aż 26. Zapewne nie tylko wada wymowy u dziecka wpływa na fakt, że niechętnie uczęszcza do szkoły, ale można założyć, że jest to też jeden z powodów, a może nawet powód warunkujący inne. Otóż gdy dziecko odczuwa niepokój związany z jego niewłaściwą wymową, wpływa to na wszelkie inne sfery jego życia i codzienne aktywności. Zwiększa się u niego lęk i niepokój, odczucia powodujące niechęć oraz wycofanie i unikanie w sytuacjach, w których mowa stanowi podstawę działania.

W pierwszej kolejności należy rozważyć sytuację dotyczącą terapii logopedycznej, kiedy to w pełni świadomie dziecko przystępuje do działania, koncentrując się w nim na korekcie swojej wymowy. Terapia logopedyczna to proces, którego czas trwania niełatwo jest sprecyzować w konkretnych jednostkach (miesiąc, pół roku, rok), co ma kilka przyczyn. Uwzględnia się tutaj zwłaszcza rodzaj zaburzenia i jego przyczynę warunkującą dalsze postępowanie terapeutyczne. Jeśli okaże się, że konieczne będzie jeszcze korzystanie z pomocy innych specjalistów, np. ortodonta, znacząco wydłuży się korekcja wady wymowy. Bardzo ważne jest też dla całego procesu terapeutycznego działanie logopedy, który poza trafną diagnozą powinien zmotywować pacjenta do pracy. Biorąc pod uwagę to, że niekiedy wspomniany proces wydłuża się w czasie, logopeda ma przed sobą trudne zadanie. Dobór metody leczenia, interesujące, rozmaite ćwiczenia i materiały do pracy, to jeden z bardzo ważnych warunków skuteczności procesu terapeutycznego. Jednakże ponad tymi zależnościami sytuuje się pacjent, jego motywacja i nastawienie do terapii. Dlatego, jeśli dziecko odczuwa niepokój i lęk związany z sytuacjami, kiedy jego wymowa podlega ocenie, pracy i korekcji, proces terapeutyczny jest trudny. Odczuwający lęk i niepokój pacjent szybciej stresuje się, gdy nie słyszy efektów swoich ćwiczeń, obniża się też jego zaangażowanie w proces terapeutyczny, co prowadzi do zniechęcenia, redukcji motywacji do dalszych ćwiczeń i co często może skutkować całkowitą rezygnacją, a efektem końcowym, zamiast poprawy artykulacyjnej u dziecka, może stać się jej brak.

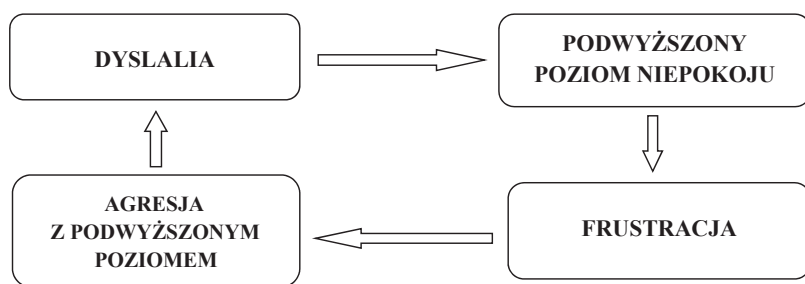
Podwyższony poziom niepokoju u dziecka z dyslalią wpłynie dezorganizująco na wiele obszarów jego życia. Nieumiejętność radzenia sobie przez dziecko z wewnętrznym, wywołującym niepokój napięciem ujawni się w jego rozdrażnieniu, słabej koncentracji, trudnościach w skupieniu się, np. na lekcji czy podczas terapii logopedycznej: „człowiek dąży do realizacji jakiegoś celu (bliższego lub dalszego), napotyka przeszkody uniemożliwiające osiągnięcie celu, co powoduje powstanie napięcia emocjonalnego będącego pobudką do agresji³⁷”. Przedłużające się w czasie wewnętrzne napięcie u dziecka, nieradzenie sobie z trudną sytuacją, w jakiej się znalazło, zaczyna je frustrować, w konsekwencji mogą pojawiać się tendencje do zachowań agresywnych. Agresja staje się i tutaj reakcją na frustrację³⁸. Dziecko z wadą wymowy pragnie osiągnąć cel, jakim jest dla niego nauczanie się prawidłowej

³⁷ Tamże, s. 130.

³⁸ Por. tamże.

wymowy. Wzrasta jego wewnętrzny niepokój, gdy nie może tego celu osiągnąć, mimo że intensywnie ćwiczy według wskazań specjalisty. Denerwuje się sytuacją, która jest dla niego bardzo trudna, w związku z czym zaczyna nieświadomie odreagowywać: „zachowanie agresywne służy wyładowaniu napięcia i może być różnie skierowane: na rzecz lub osobę będącą przyczyną frustracji, przeniesione na inny przedmiot lub osobę albo na siebie samego”³⁹. Poniżej przedstawiono schemat cyrkularnej zasady funkcjonowania dziecka z dyslalią w kontekście podwyższonego poziomu niepokoju, łączonego z tendencjami agresywnymi.

Schemat 8. Model cyrkularny funkcjonowania dzieci z dyslalią – problem podwyższonego poziomu niepokoju, łączonego z tendencjami agresywnymi



Źródło: badania własne

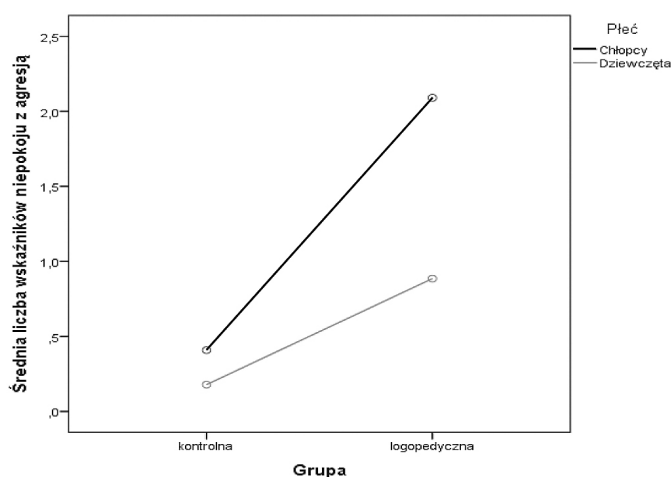
Na podstawie przeprowadzonych badań stwierdzam, że u dzieci z dyslalią pojawiają się tendencje do zachowań agresywnych, ale tylko wtedy, gdy towarzyszy temu podwyższony poziom niepokoju. Wskaźniki w rysunkach dotyczące niepokoju połączonego z agresją wystąpiły w przypadku 30% prac dzieci z grupy logopedycznej, gdzie, dla porównania, stwierdzono ich pojawienie się tylko w przypadku 7% prac dzieci z grupy nielogopedycznej. Ponadto jest to jedyny problem dezorganizujący osobowość, którego analiza wykazała, że różnice w średniej liczbie wskaźników podwyższonego poziomu niepokoju z agresją pomiędzy osobami z grupy logopedycznej i nielogopedycznej nie są różnicowane przez posiadanie rodzeństwa ($F = 2,75$; $df = 1,112$; $p = 0,100$) ani przez posiadanie zwierzęcia ($F = 2,39$; $df = 1,112$; $p = 0,125$), natomiast zaobserwowano istotną statystycznie interakcję z płcią ($F = 4,47$; $df = 1,112$; $p = 0,037$). Szczegółowe analizy zaprezentowałam w tabeli 67 oraz na wykresie 4.

³⁹ Tamże.

Tabela 67. Porównanie zaplanowane: grupa oraz płeć

Grupa	Płeć	$F(1,112)$	P
Nielogopedyczna	CH vs DZ	0,50	0,479
Logopedyczna	CH vs DZ	13,43	< 0,001
Płeć	Grupa	$F(1,112)$	P
CH	kontrolna vs logopedyczna	19,67	< 0,001
DZ	kontrolna vs logopedyczna	6,72	0,034

Źródło: badania własne

Wykres 4. Średnia liczba wskaźników niepokoju z agresją

Źródło: badania własne

Analiza porównawcza badanych grup pozwala stwierdzić, że jedynie w grupie logopedycznej różnica w średniej liczbie wskaźników dotyczących podwyższonego poziomu niepokoju z agresją jest istotnie wyższa u chłopców niż u dziewcząt. W grupie kontrolnej średnia ta była na podobnym poziomie zarówno u chłopców, jak i u dziewcząt. Stwierdzam też, że u chłopców i u dziewcząt wyższa średnia liczba wskaźników podwyższonego poziomu niepokoju z agresją występuje u dzieci w grupie logopedycznej w porównaniu z grupą kontrolną. Można zatem wnioskować, że tendencje do zachowań agresywnych u dzieci z dyslalią pojawiają się zazwyczaj wtedy, gdy przestają one radzić sobie z napięciem towarzyszącym wadzie wymowy. Częściej taka sytuacja dotyczy chłopców niż dziewczynek. Codziennie, w rozmaitych okolicznościach, dzieci z dyslalią muszą podołać problemom

wynikającym z nieprawidłowej pod względem artykulacyjnym wymowy. Stresują się w trakcie publicznych wstąpień, np. podczas lekcji w szkole. Niejednokrotnie muszą też zmierzyć się ze stresem pojawiającym się wtedy, gdy ocenia je szersze grono odbiorców, np. w czasie akademii szkolnej. W relacjach interpersonalnych dzieci z wadami wymowy mogą także doznawać wielu komunikatów werbalnych lub niewerbalnych dowodzących braku akceptacji lub wyśmiewania przez środowisko, w jakim przyszło im się rozwijać. Rówieśnicy w szkole, koledzy i koleżanki na podwórku mogą zwracać uwagę, często nieprzyjemnie, na deficyt, jakim jest wada wymowy. Tego typu doświadczenia wpływają na stałe odczuwanie niepokoju i niepewności u dziecka z dyslalią. Żyje ono w poczuciu ciągłego stresu związanego z tym, że może być wyśmiane, niezrozumiane, a w ostateczności odrzucone przez środowisko, w którym funkcjonuje. Utrzymujący się w czasie niepokój zaczyna dezorganizować życie dziecka, czego konsekwencją jest frustracja powodująca konieczność odreagowania napięcia. Nieumiejętność radzenia sobie z trudnościami może być odreagowywana w różnoraki sposób. Jedną z reakcji na frustrację jest agresja. Można ją ukierunkować na zewnątrz lub przeżywać wewnątrz. To przeżywanie dowodzi zachowań autoagresywnych. Należy podkreślić, że dane uzyskane na podstawie analizy wskaźników w rysunkach jednoznacznie pokazują, że u dzieci z dyslalią pojawiają się tendencje do zachowań agresywnych tylko wtedy, gdy odczuwają one niepokój. Trzeba w tym kontekście podkreślić, że uczestniczące w badaniach dzieci z obu grup nie uzewnętrzniały w swoich pracach tendencji do zachowań agresywnych, którym nie towarzyszyłby niepokój. Pozwala to na stwierdzenie, że występujące u dzieci z dyslalią tendencje do zachowań agresywnych to efekt podwyższonego poziomu niepokoju odczuwanego w związku z wewnętrznym napięciem.

Konsekwencje występowania łączonych z niepokojem tendencji agresywnych u dzieci z dyslalią (reakcja na frustrację) mogą uwidocznić się w relacjach z innymi i w zachowaniach o charakterze autodestrukcyjnym. Jeśli dziecko z wadą wymowy przez dłuższy okres doznaje np. od rówieśników złośliwych uwag dotyczących niewłaściwej wymowy, jego reakcję mogą stanowić zachowania agresywne wobec nich, np. pobicie. Narastające napięcie, wywołujące gniew i złość, zostaje przez dziecko z dyslalią odreagowane fizycznie. Jeśli dziecko z problemem logopedycznym nie otrzyma szybko wsparcia od dorosłych, którzy w tym przypadku powinni interweniować w grupie rówieśniczej, może okazać się, że sytuacja skomplikuje się jeszcze bardziej. Problem może pojawić się bowiem na płaszczyźnie relacji

koleżeńskich. Jeśli dziecko jest wyśmiewane z jakiegoś powodu, często broni się przed agresorem, ale jeżeli czuje się osamotnione w tej walce, niestety dobiera niewłaściwe metody radzenia sobie w takiej sytuacji. Dziecko z wadą wymowy nie będzie odpowiadać werbalnie na zaczepki i złośliwe uwagi, gdyż to właśnie jego sposób mówienia staje się tematem żartów. Wewnętrzne napięcie, a w końcu złość i agresja, którego przyczyną są nieprzyjemne żarty, doprowadzą do sytuacji, kiedy dziecko potencjalnie zacznie przejawiać zachowania agresywne, wyrażające się w przemocy fizycznej. Przeżywa ono wewnętrzny konflikt zakorzeniony w niepokoju, a skutkujący zachowaniem agresywnym. W takich sytuacjach, poza wyżej opisanymi doświadczeniami, dziecko zazwyczaj zaczyna wstydzić się, ponieważ nie panując nad wewnętrznym napięciem, staje się uczestnikiem zdarzeń negatywnie o nim świadczących, np. w kategoriach zachowania ucznia. Konsekwencją takich zdarzeń będą uwagi i nagany, które zacznie otrzymywać w szkole. Wtedy ważną rolę odgrywa nauczyciel. Powinien on wykazać się czujnością i wnikliwą obserwacją, dzięki której dotrze do prawdziwego powodu zaistniałej sytuacji. Niestety, w natłoku codziennych szkolnych spraw dostrzeżenie faktycznego powodu niewłaściwego zachowania dziecka z dyslalią stanowi dla nauczyciela trudne zadanie. Dokuczanie, zachowanie prześmiewcze ma często charakter ukrytego oddziaływania, np. kiedy w pobliżu nie ma osób dorosłych, kiedy nikt nie słyszy. W takich sytuacjach dziecko z dyslalią pozostaje samo ze swoim zaburzeniem logopedycznym, które w tym przypadku staje się powodem dodatkowych problemów emocjonalnych i społecznych. Złożoność tego zagadnienia wymaga właściwego rozpoznania sytuacji dziecka i świadomości, że w funkcjonowaniu dzieci z wadami wymowy należy zwracać szczególną uwagę na ich relacje w środowisku rówieśniczym.

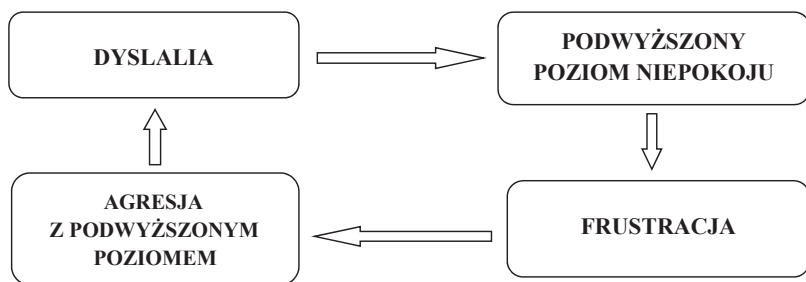
Niejednokrotnie gniew i złość, wynikające z nieradzenia sobie przez dziecko z dyslalią w kontaktach z rówieśnikami, mogą być odreagowywane w innych okolicznościach jego życia. Jeśli zdarzyłoby się, że dziecko z wadą wymowy zostało urażone słownie przez rówieśnika, a nauczyciel nie podjął stosownych działań mających na celu wyjaśnienie agresywnego u niego zachowania, tylko bezzwłocznie wpisał np. uwagę, niesprawiedliwą w tym momencie dla dziecka z dyslalią, wtedy taka sytuacja prowadzi do zwiększenia kręgu osób, wobec których dziecko z wadą wymowy może przejawiać zachowania agresywne. W tym przypadku zmienia się rodzaj agresji: z fizycznej na słowną, ale jej pojawienie się nadal ma to samo źródło. Dziecko z dyslalią czuje się osamotnione i niezrozumiane przez dorosłych, gdy ci nie doszukują się faktycznych przyczyn trudności w zachowaniu. U dziecka

z wadą artykulacyjną zwiększa się poczucie niezrozumienia, wzrasta złość prowadząca ostatecznie do przybierającej rozmaite formy agresji. Dziecko może buntować się, np. w czasie zajęć logopedycznych (nie będę ćwiczył, bo mi się nie chce). Bunt jest oznaką walki, usiłowaniem wyrażenia tego, że się z czymś nie zgadza. Dziecko odczuwa niesprawiedliwość, ma bowiem wadę wymowy, nie rozumie, dlaczego to ono z grupy dzieci nie potrafi wyrazić się poprawnie; ponadto frustruje je fakt, że inni mogą się z jego wady naśmiewać. Konsekwencją takich doświadczeń jest to, że dziecko może wycofać się z relacji z dorosłym, stać się bierne, nie wyrażać dalszej chęci ćwiczenia w czasie zajęć, czego efektem będzie nieskuteczność terapii logopedycznej. Dziecko przestaje pracować, ponieważ jest zmęczone wewnętrzną walką, którą stacza samo z sobą. Jeśli na tym etapie nie otrzyma należytego wsparcia i zrozumienia ze strony dorosłych, proces terapii będzie utrudniony, a poprawa może wcale nie nastąpić.

Problemy społeczno-emocjonalne, z jakimi mogą borykać się dzieci z dyslalią, zdeorganizują ich życie. Będzie to dotyczyć m.in. relacji z rówieśnikami i osobami dorosłymi. Wyniki badań ujawniają, że dzieci z dyslalią mają większe trudności w komunikacji z innymi niż ich rówieśnicy bez zaburzeń logopedycznych. Wskaźniki odnoszące się do problemów w komunikacji pojawiły się w przypadku 40% prac dzieci z grupy logopedycznej, podczas gdy w grupie dzieci nielogopedycznych pojawiły się jedynie w przypadku 17% badanych. Brak twarzy u postaci przedstawionych na rysunku lub ich ustawienie jednoznacznie uniemożliwiające komunikację to tylko część tych wskaźników jednoznacznie wskazujących na to, co przeżywa badany. Dziecko z dyslalią ma problem z prawidłową wymową, ale porozumiewanie się z drugim człowiekiem może mieć również charakter pozawerbalny. Mimika twarzy, gesty, ekspresja ciała, pozwalają niewerbalnie wyrażać wewnętrzne stany. W komunikacji międzyludzkiej jest to bardzo ważny element procesu porozumiewania się. Dziecko z wadą wymowy, odczuwając niepokój, mając niskie poczucie własnej wartości, będzie bało się angażować w relację z drugim człowiekiem, może stać się bierne. Unika kontaktu, wycofuje się z relacji, co może wynikać z faktu, że żyje w poczuciu niezrozumienia przez osoby dorosłe stale naciskające w procesie terapii, by poprawiło się w swojej wymowie. Doświadczenie nieustannej porażki powoduje, że dziecko traci wewnętrzną motywację. W oczach dorosłych, którzy towarzyszą mu codziennie, może to wyglądać tak, jak gdyby dziecko nie angażowało się czy wręcz lekceważyło ich starania.

W tej fazie rozwoju emocjonalnego dziecko nie potrafi wyrazić słowami tego, co przeżywa: niska samoocena, poczucie bezradności i osamotnienie, podwyższony poziom niepokoju, któremu mogą towarzyszyć zachowania agresywne, to zapewne jedynie część wewnętrznych stanów wpływających na całościowy proces jego komunikacji z otoczeniem. Dziecko z wadą wymowy może mieć trudności w komunikacji wynikające z poczucia wstydu w związku z tym, że artykułuje niewłaściwie. Nie podejmuje aktywności werbalnej, gdyż boi się, że zostanie wyśmiane za to, jak mówi, a w konsekwencji ogranicza wyrażanie przeżywanych przez siebie emocji. Emocjonalne zahamowanie do podejmowania komunikacji dopełnia cyrkularny model funkcjonowania dzieci z dyslalią. Trudności u dziecka z wadą wymowy w komunikowaniu się, kiedy nie wyraża ono tego, co wewnątrz przeżywa, unika relacji i z niej się wycofuje, wpływają negatywnie na proces terapii logopedycznej. Zaburzona komunikacja, nie dotycząca w tym przypadku artykulacyjnego aspektu, ale emocjonalnego nastawienia dziecka, może wpłynąć na brak u niego poprawy artykulacji. Skuteczność procesu terapeutycznego uzależniona jest m.in. od dobrego kontaktu emocjonalnego między terapeutą a pacjentem. Dziecko mające trudności w nawiązywaniu relacji nie potrafi zaangażować się, dlatego nie osiągnie zamierzonych celów w terapii. Mimo starań ze strony logopedy może okazać się, że nie nawiąże on koniecznego kontaktu emocjonalnego z pacjentem, co obniży szanse powodzenia terapii logopedycznej, czyli w cyrkularnym modelu funkcjonowania dzieci z dyslalią wskazuje na brak poprawy i utrzymującą się wadę wymowy, choć podjęto działania terapeutyczne. Dynamikę tego cyrkularnego modelu prezentuje poniższy schemat.

Schemat 9. Model cyrkularny funkcjonowania dziecka z dyslalią – trudności w podejmowaniu komunikacji



Źródło: badania własne

Z przeprowadzonych badań wynika, że u dzieci z dyslalią częściej niż u ich rówieśników bez wad wymowy występują problemy emocjonalne dezorganizujące ich osobowość, co wywiera wpływ na rozmaite obszary ich funkcjonowania. Powyższe wnioski są zbieżne z analizą materiału badawczego dotyczącą występowania w rysunkach dzieci wskaźników odnoszących się do tzw. zdrowej emocjonalności. Zgromadzone jako materiał badawczy prace przeanalizowałam również pod względem występowania w nich wskaźników świadczących o pozytywnych emocjach u badanych dzieci. Uzyskany wynik jednoznacznie wskazuje, że częściej prace wyrażające pozytywne emocje pojawiły się w grupie dzieci bez wad wymowy. Wskaźniki dotyczące zdrowej emocjonalności u badanych wystąpiły w przypadku 57% prac z grupy nielogopedycznej, gdy w grupie dzieci z wadami wymowy pojawiły się tylko w przypadku 27% rysunków. Analiza materiału w kontekście zdrowej emocjonalności u badanych potwierdziła, że dzieci z dyslalią częściej niż ich rówieśnicy bez zaburzeń z tego spektrum muszą radzić sobie z problemami dezorganizującymi ich osobowość, co, jak się okazało, nie pozostaje bez znaczenia dla ogólnego rozwoju dziecka. Dzieci mające wady wymowy często bowiem może cechować poczucie niższej wartości. Obniża się ich samoocena w porównaniu z rówieśnikami, którzy mówią poprawnie pod względem artykulacyjnym. Jeśli środowisko rówieśnicze będzie skupiać się na wadzie wymowy swojego kolegi, może to prowadzić do zaburzenia relacji koleżeńskich. Wyśmiewanie, dokuczliwe uwagi i złośliwości są dla dziecka z dyslalią negatywnymi doświadczeniami, z jakimi musi mierzyć się codziennie. Trudności radzenia sobie w takich sytuacjach, gdy jest się obiektem negatywnego zainteresowania, nasilają niepokój, czego efektem może być unikanie przez dziecko z dyslalią sytuacji wiążącej się z oceną jego wymowy. Wycofywanie się z aktywności w życiu klasy i szkoły, mające na celu unikanie np. wyśmiania, skutkuje tym, że dziecko nie rozwija w pełni swoich wszelkich zdolności i możliwości. Dotyczy to sytuacji, gdy np. dziecko z wadą wymowy ma zdolności aktorskie, które mogłoby wykorzystać w przedstawieniu szkolnym, ale w związku z problemem artykulacyjnym nie jest zaangażowane do udziału w występie. W takich okolicznościach dziecko traci podwójnie, gdyż z jednej strony nie rozwija swych zdolności aktorskich, a z drugiej może zacząć złościć się z powodu ograniczania go przez wadę wymowy. W konsekwencji buntuje się i nie ćwiczy podczas zajęć logopedycznych. Analogiczne sytuacje mogą mieć miejsce w relacjach rówieśniczych, gdzie słyszana wada wymowy może stanowić dla rówieśników źródło drwin

i wyśmiewania. Dziecko z dyslalią zaczyna denerwować się, że mimo jego starań, np. w czasie terapii logopedycznej, problem z artykułowaniem nadal istnieje i wpływa dezorganizująco na jego relacje z rówieśnikami. Odczuwa wtedy bezradność, osamotnienie w swoim problemie, z którym boryka się na co dzień. Istotną rolę w tym momencie zaczyna odgrywać nauczyciel, który powinien podejmować działania wychowawcze i opiekuńcze w zakresie wsparcia dziecka z wadą wymowy.

Na podstawie uzyskanych wyników stwierdzam, że dzieci z dyslalią częściej niż ich rówieśnicy bez wad wymowy odczuwają niepokój mogący z czasem prowadzić do frustracji, z konsekwencją w formie zachowań agresywnych. Dane o emocjach dzieci z dyslalią, uzyskane na podstawie rysunków rodziny, jednoznacznie wskazują, że u dzieci z wadami wymowy pojawiają się tendencje do zachowań agresywnych tylko wtedy, gdy są połączone z podwyższonym poziomem niepokoju. Nie stwierdzam tendencji jedynie do zachowań agresywnych. Warto też zauważyć, że jest to jedyny problem dezorganizujący osobowość u dzieci z dyslalią, częściej odnotowany u chłopców niż u dziewczynek z tej grupy, podczas gdy w grupie kontrolnej zależność związana z płcią nie została odnotowana.

Podwyższony poziom niepokoju u dzieci z wadami wymowy może wynikać z braku pewności siebie, spowodowanego niską samooceną. Dziecko, które mówi niewyraźnie, myśli wciąż o tym, by prawidłowo ustawić aparat artykulacyjny. W rozmaitych okolicznościach dołoży starań, bardziej lub mniej świadomie, by przypomnieć sobie, co zrobić, aby wyrazić się lepiej i wyraźniej. W początkowej fazie tego procesu może to być mobilizujące, ale jeśli dziecko nie osiągnie zamierzonego efektu, równie szybko zacznie denerwować się samo na siebie. Stres i niepokój wpłyną dezorganizująco na jego życie, zaczną frustrować je codzienne sytuacje, kiedy to rówieśnicy mogą naśmiewać się z niego, a dorośli wciąż napominać, żeby poprawiło wymowę. Ostatecznie może doprowadzić to do pojawienia się u dziecka zachowań o charakterze agresywnym. Wtedy potencjalnie może ono wykazywać tendencje do udziału w bójkach, przepychankach klasowych, wszystkich tych sytuacjach, w których będzie mogło odreagowywać. Jednocześnie można też zaobserwować tendencje do zachowań agresywnych, skierowanych przez dziecko na siebie.

Podsumowując, u dzieci w wieku wczesnoszkolnym, u których zdiagnozowano wady wymowy, stwierdza się występowanie problemów emocjonalnych dezorganizujących ich osobowość. Jednocześnie problemy te mogą wpływać na zmianę „obrazu samego siebie” u tych dzieci, jak też na

ich relacje z otoczeniem, w jakim żyją. Model cyrkularnego funkcjonowania dziecka z dyslalią wskazuje na wzajemne wzmacnianie się obserwowanych u niego problemów. Jedynie odpowiednie działania osób dorosłych, codziennie towarzyszących dziecku w rozwoju, mogą poprawić jakość jego funkcjonowania.

4.4. Wnioski z przeprowadzonych badań własnych oraz ich implikacje dla praktyki edukacyjnej

Przedstawione wyniki badań stanowią podstawę do sformułowania postulatów, wskazań pedagogicznych. Wskazania te mają na celu zrozumienie sposobu funkcjonowania dzieci z wadami wymowy oraz poprawę ich funkcjonowania. Postulaty odnoszą się do dorosłych aktorów procesu kształcenia i wychowania, odpowiedzialnych za jego organizację i przebieg. Należy przy tym podkreślić, że powodzenie w realizacji sformułowanego wyżej celu możliwe będzie pod warunkiem ścisłej współpracy dorosłych codziennie towarzyszących dziecku z wadą wymowy. Obowiązek współpracy wynika przede wszystkim z dokumentów ministerialnych, takich jak: Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 14 lutego 2017 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz podstawy programowej kształcenia ogólnego dla szkoły podstawowej, w tym dla uczniów z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym lub znacznym, kształcenia ogólnego dla branżowej szkoły I stopnia, kształcenia ogólnego dla szkoły specjalnej przysposabiającej do pracy oraz kształcenia ogólnego dla szkoły policealnej oraz Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 28 sierpnia 2017 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach. Wspomniane dokumenty regulują prawnie zasady pracy zespołu specjalistów, w którym każdy odpowiedzialny jest za takie planowanie i organizowanie procesu wychowania, by pomóc uczniom „osiągnąć sukces budujący poczucie własnej wartości [...] oraz rozwijający motywację i zamiłowanie do dalszej nauki”⁴⁰.

⁴⁰ Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 14 lutego 2017 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz podstawy programowej kształcenia ogólnego dla szkoły podstawowej, w tym dla uczniów z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym lub znacznym, kształcenia ogólnego dla branżowej szkoły I stopnia, kształcenia ogólnego dla szkoły specjalnej przysposabiającej

Z przeprowadzonych badań wynika, że uczeń z wadą wymowy wymaga szczególnego wsparcia i opieki. Jego poczucie własnej wartości często jest zaniżone, a w związku ze stałą potrzebą pracy nad deficytem, jakim jest wada artykulacyjna, częściej niż jego rówieśnicy bez problemów tego rodzaju traci siłę i motywację do działania. Co więcej, dzieci z dyslalią mają jeszcze inne problemy emocjonalne, a cyrkularny model ich funkcjonowania jednoznacznie wskazuje, że współwystępowanie tych problemów wzmacnia się nawzajem, co dezorganizuje osobowość i funkcjonowanie dziecka w rozmaitych obszarach jego życia. Zatem przed nauczycielem edukacji wczesnoszkolnej i logopedą stoi trudne zadanie realizacji głównego celu kształcenia, sformułowanego w rozporządzeniu ministerialnym: „Najważniejszym celem kształcenia w szkole podstawowej jest dbałość o integralny rozwój biologiczny, poznawczy, emocjonalny, społeczny i moralny ucznia”⁴¹.

Pierwszym, podstawowym wnioskiem wynikającym z podjętych badań nad problemami emocjonalnymi dzieci z dyslalią jest potwierdzenie, że te problemy występują częściej u dzieci z wadami wymowy niż u ich rówieśników bez problemów logopedycznych. Zależność cyrkularna pojawiająca się u dziecka między tymi deficytami wskazuje na konieczność jednoczesnego działania zespołu specjalistów, którzy z nim współpracują. Podstawą jest terapia logopedyczna, ale powinna być ona wsparta działaniami korzystnie oddziałującymi na dziecko, zarówno w kontekście jego samooceny, jak i relacji, np. z grupą rówieśniczą. Sama terapia logopedyczna wydaje się niewystarczająca, ponieważ, jak pokazały wyniki badań, problemy dziecka z dyslalią mogą okazać się zdecydowanie bardziej złożone.

W praktyce logopedycznej terapeuta często skupia się na działaniach mających na celu poprawę jakości wymowy. Za pomocą dostępnych metod i środków dąży do uzyskania efektu w zakresie artykulacyjnym. Wtedy skuteczność terapii uzależnia się od trafnie postawionej diagnozy, prawidłowego doboru zestawu ćwiczeń i działań mających na celu wypracowanie u pacjenta nawyku systematycznej i samodzielnej pracy w domu. Wyniki przeprowadzonych badań pokazują, że dzieci uczęszczające na terapię logopedyczną wymagają szczególnej opieki pod względem emocjonalnym

do pracy oraz kształcenia ogólnego dla szkoły policealnej, Dz.U. 2017 poz. 356, s. 54, <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20170000356/O/D20170356.pdf> (dostęp: 20.03.2019).

⁴¹ Tamże, s. 11.

i społecznym. Diagnoza logopedyczna i proces terapii są podstawą do uzyskania u nich poprawy w zakresie usuwania wad wymowy, ale istnieje też potrzeba dodatkowych działań.

Wyniki przeprowadzonych badań pozwalają na stwierdzenie, że obserwowane u dzieci z dyslalią problemy społeczno-emocjonalne, z jakimi muszą się mierzyć w codziennym życiu, dezorganizują ich życie, a zatem wpływają również na skuteczność procesu terapii logopedycznej. Podwyższony poziom niepokoju czy też niskie poczucie własnej wartości to tylko niektóre z problemów, z jakimi funkcjonują pacjenci gabinetu logopedycznego. Jeśli logopeda zapomina o emocjonalnym wsparciu swego pacjenta, może okazać się, że nawet najlepiej poprowadzona terapia logopedyczna nie będzie skuteczna.

Dziecko z wadą wymowy codziennie funkcjonuje w środowisku szkolnym. Rzeczywistość ta stwarza wiele sytuacji, które dla dziecka z dyslalią mogą stanowić wyzwanie, co wynika z problemów społeczno-emocjonalnych, z jakimi funkcjonuje. Po pierwsze, rola ucznia wymaga od dziecka aktywności w zakresie mówienia w różnych sytuacjach zadaniowych. Mogą to być codzienne zadania związane z wypowiadaniem się na forum klasy podczas lekcji, a także większe wydarzenia typu uroczystości szkolne. Następnie rola kolegi wiąże się z aktywnością w grupie rówieśniczej. Chcąc być członkiem społeczności klasowej, dziecko musi angażować się w relacje z innymi, a także aktywnie uczestniczyć w życiu klasy, np. we wspólnych zabawach podczas przerw. Wszystkie te aktywności związane są z mówieniem dziecka wśród rówieśników, a także w obecności nauczyciela, który z zasady jest osobą oceniającą. Dziecko z wadą wymowy, które ma problemy emocjonalne związane z niskim poczuciem własnej wartości, podwyższonym niepokojem, prócz tych deficytów dodatkowo każdego dnia musi podejmować trud funkcjonowania w rzeczywistości szkolnej. Na tym etapie zaznacza się rolę i zadania, jakie stoją przed kompetentnym dorosłym – nauczycielem i wychowawcą, który powinien wykazać się odpowiednią postawą wobec swojego ucznia z dyslalią. Wsparcie i wrażliwość na potrzeby dziecka z dyslalią to główne zadanie dla nauczyciela w edukacji wczesnoszkolnej.

Konieczne jest w tym kontekście stworzenie korzystnego środowiska rozwoju poprzez zastosowanie odpowiedniego „modelu poprawy funkcjonowania dzieci z dyslalią”. Poniżej prezentuję autorski schemat dotyczący „modelu poprawy funkcjonowania dzieci z dyslalią” (MPF dzieci z dyslalią). Opracowany model ma na celu wskazanie zadań i określenie roli osób

towarzyszących dzieciom z dyslalią w różnych środowiskach i miejscach ich funkcjonowania. Podstawą funkcjonowania modelu jest współpraca logopedy, nauczyciela i rodziców dziecka z dyslalią.

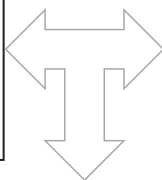
MODEL POPRAWY FUNKCJONOWANIA DZIECI Z DYSLALIĄ

ZADANIA LOGOPEDY

1. Rozszerzenie diagnozy logopedycznej o poznanie sytuacji emocjonalnej pacjenta.
2. Samodoskonalenie w zakresie wiedzy i umiejętności dotyczących wsparcia emocjonalnego dzieci z dyslalią.
3. Konsultacja z psychologiem lub pedagogiem w przypadku sytuacji budzących wątpliwości.
4. Systematyczna (np. raz w miesiącu) rozmowa z dzieckiem na temat emocji, jakie mu towarzyszą w danym czasie.
5. Prowadzenie warsztatów lub pogadanek z dziećmi, mających na celu uwrażliwienie na sytuację dzieci z problemami logopedycznymi.
6. Zorganizowanie okazjonalnych (np. z okazji Świąt Bożego Narodzenia) spotkań dla dzieci, które uczęszczają na terapię logopedyczną.
7. Systematyczne konsultacje z wychowawcą klasy.
8. Systematyczne rozmowy z rodzicami pacjenta.

ZADANIA WYCHOWAWCY

1. Prowadzenie systematycznej obserwacji dziecka z wadą wymowy w kontekście jego sytuacji w grupie rówieśniczej oraz zachowania się i uczestnictwa w życiu klasy.
2. Przeprowadzenie zajęć integrujących zespół klasowy ze zwróceniem uwagi na potrzeby i możliwości dzieci z wadami wymowy – działania profilaktyczne.
3. Prowadzenie gimnastyki buzi i języka jako działania profilaktyczne mające na celu usprawnianie aparatu artykulacyjno-oddechowego.
4. Konstruowanie sytuacji edukacyjnych mających na celu aktywowanie uczniów z wadami wymowy do aktywności, np. klasowe dyskusje na tematy bliskie dzieciom, klasowe przedstawienia czy okolicznościowe uroczystości.
5. Wspieranie dzieci, gdy pojawiają się trudności komunikacyjne, których powodem może być wyśmianie związane z niewłaściwym mówieniem – działania interwencyjne.
6. Systematyczne konsultacje ze szkolnym logopedą; zapoznanie się z diagnozą logopedyczną.
7. Systematyczne rozmowy z rodzicami uczniów mających wady artykulacyjne.



ZADANIA RODZICÓW

1. Współpraca z logopedą – stosowanie się do zaleceń, czyli systematycznych ćwiczeń w domu.
2. Współpraca z wychowawcą klasy – rozmowy na temat niepokojących zachowań typu: wycofanie, brak zaangażowania, lęk itp.
3. Tworzenie klimatu emocjonalnego opartego na poczuciu akceptacji i wsparcia.
4. Wspieranie dziecka w ćwiczeniach logopedycznych.

Pierwszym proponowanym działaniem w modelu poprawy funkcjonowania dzieci z dyslalią jest rozszerzenie diagnozy logopedycznej o poznanie sytuacji emocjonalnej pacjenta. Nie zawsze będzie możliwe uzyskanie profesjonalnej opinii od psychologa, ale niekiedy podjęcie działań przez logopedę we własnym zakresie może zasygnalizować ewentualne problemy u dziecka. Logopeda powinien zastanowić się nad sposobem poznania sytuacji emocjonalnej pacjenta, z którym rozpoczyna współpracę. Działania, jakie podejmie, wstępnie określi potrzeby dziecka i wskaże dalszą drogę postępowania.

Ważne też byłoby, żeby logopedzi skorzystali z dostępnych im form doskonalących wiedzę w zakresie rozwoju emocjonalnego dziecka. Fachowa literatura z tego zakresu, jak i szkolenia, np. na temat *Projekcyjnego Rysunku*, mogą stać się źródłem wiedzy decydującym o emocjonalnym wsparciu pacjenta w procesie terapii. Własne doświadczenie, obejmujące wykorzystanie w procesie terapii logopedycznej techniki projekcyjnej, jaką jest *Projekcyjny Rysunek Rodziny*, umożliwiło mi rozmowę z pacjentami na rozmaite tematy. Podstawę do rozmowy stanowiła rodzina, ale dzieci często zaczynały opowiadać o ulubionych sposobach spędzania wolnego czasu, ich zainteresowaniach i snuć rozważania na inne tematy istotne dla nich w danej chwili.

Większość dzieci w wieku wczesnoszkolnym czerpie naturalną radość z rysowania. Aby interpretować rysunki dzieci, należy mieć do tego należyte przygotowanie i uprawnienia; poza tym, wbrew powszechnie panującemu przekonaniu, nie jest to łatwe zadanie; potrzeba lat praktyki i doświadczenia, by móc odczytywać emocje wyrażone na kartce papieru, ponieważ jest to „prywatny świat osoby badanej”. Warto też, by logopedzi zastanowili się, czy do swojej diagnozy nie włączyć dodatkowego zadania, jakim będzie właśnie rysunek przedstawiający rodzinę dziecka. Z jednej strony pozwoli on lepiej poznać pacjenta, stworzy warunki do rozmowy, a z drugiej zadecyduje być może o konieczności włączenia psychologa w proces terapii dziecka z wadą wymowy. W Aneksie 2 zaprezentowana została karta informacyjna opracowana na podstawie literatury przedmiotu, którą można wykorzystać właśnie podczas spotkania, na którym dziecko będzie wykonywało rysunek rodziny. Oczywiście nie pozwala to logopedzie diagnozować problemu emocjonalnego u dziecka, ale fakt pojawienia się w rysunku pewnej grupy wskaźników może sugerować konieczność dalszej diagnozy u psychologa. Prosząc podczas spotkania diagnostycznego dziecko o wykonanie rysunku określającego potrzebę terapii logopedycznej, logopeda zyskuje możliwość rozmowy z dzieckiem

o tym, co przedstawiło w swojej pracy. Opowiadając, co narysowało, dziecko daje logopedzie przede wszystkim możliwość wsłuchiwania się w to, jak ono mówi. Jednocześnie dostarcza ogólnej wiedzy o swej sytuacji emocjonalnej. Możliwość indywidualnego kontaktu logopedy z dzieckiem w trakcie diagnozy logopedycznej stwarza idealne warunki do obserwacji pacjenta w czasie rysowania, a dalej do rozmowy o wykonanej pracy. Logopeda otrzymuje materiał, który dla niego jest informacją o ewentualnych problemach emocjonalnych, z jakimi może funkcjonować jego pacjent, a swoje refleksje z tym związane zawsze powinien skonsultować z psychologiem.

Warto byłoby także, żeby logopeda systematycznie w procesie terapii (np. raz w miesiącu) porozmawiał z dzieckiem o emocjach, jakie towarzyszą mu w danej chwili. Czy w jego życiu wydarzyło się coś, co mogło wpłynąć na to, jak się czuje? Jakie emocje mu teraz towarzyszą (np. wywołane dokuczaniem przez rówieśników, nieumiejętnością poradzenia sobie z nauczeniem się wierszyka na występ szkolny itp.). W załączniku znalazły się przykładowe ćwiczenia własnego autorstwa, mające pomóc dziecku w opowiedzeniu o jego doświadczeniach związanych z funkcjonowaniem w rozmaitych sytuacjach codzienności. Przygotowany zestaw ćwiczeń opracowany został na bazie własnych doświadczeń wynikających z praktyki logopedycznej w szkole (Aneks 5).

W celu usprawniania modelu poprawy funkcjonowania dzieci z dyslalią szkolny logopeda powinien pozostawać w stałym kontakcie z wychowawcą klasy, do której uczęszcza jego pacjent. Logopeda z wychowawcą klasy powinien systematycznie konsultować i omawiać postępy dziecka z wadą wymowy w zakresie poprawy artykulacyjnej oraz zgłaszać niepokojące go sytuacje dotyczące np. relacji rówieśniczych w klasie, o których może zdobyć wiedzę, wykorzystując przygotowany zestaw ćwiczeń. Wiedza, jaką uzyskuje logopeda w trakcie indywidualnych rozmów z pacjentem o jego sytuacji w klasie, często w kontekście wady wymowy, dla nauczyciela wychowawcy jest podstawą do podejmowania działań profilaktycznych i wyjaśniających różnorodne zdarzenia w życiu jego wychowanków. Jeśli zaistnieje taka potrzeba, warto, aby logopeda przeprowadził we współpracy z wychowawcą klasy warsztaty lub pogadanki z uczniami, mające na celu uwrażliwienie ich na potrzeby i zrozumienie kolegów, którzy mają wady wymowy. Ponadto stały kontakt logopedy z wychowawcą klasy zapewnia rodziców o jak najlepszej opiece nad ich dzieckiem sprawowanej przez zespół profesjonalistów, co jednocześnie może ich zmotywować do współpracy i zaangażowania się w niesienie pomocy ich dziecku.

Kolejne działania w modelu poprawy funkcjonowania dzieci z dyslalią dotyczą już wprost pracy nauczyciela edukacji wczesnoszkolnej. Będąc wychowawcą w klasie, do której uczęszcza dziecko z wadą wymowy, nauczyciel powinien wykazywać się w swoich działaniach czujnością i wnikliwą obserwacją, podejmując zarazem działania mające na celu wsparcie emocjonalne dziecka z dyslalią. W Rozporządzeniu Ministra Edukacji Narodowej z dnia 14 lutego 2017 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz podstawy programowej kształcenia ogólnego dla szkoły podstawowej... znajduje się zapis, że:

[...] nauczyciele w klasach I–III, rozpoznając możliwości uczniów, w tym uczniów o specjalnych potrzebach edukacyjnych, posługują się własnymi, twórczymi rozwiązaniami w zakresie realizacji treści podstawy programowej kształcenia ogólnego dla szkoły podstawowej. Uczenie się jako proces twórczy samo w sobie wyklucza jeden wzór organizacyjny czy metodyczny. Nauczyciele, organizując zajęcia, planują proces wychowania, w którym realizowane zadania pomagają uczniom:

- 1) poznać wartości i adekwatne do nich zachowania
- 2) osiągnąć sukces budujący poczucie własnej wartości uczniów oraz rozwijający motywację i zamiłowanie do dalszej nauki.

Proces edukacji przybiera różne formy: pracy z udziałem całego zespołu, pracy w grupach, pracy indywidualnej i jest wyprowadzany z naturalnych sytuacji edukacyjnych⁴².

Do zadań wychowawcy edukacji wczesnoszkolnej należą: nawiązanie kontaktu ze szkolnym logopedą oraz szczegółowe zapoznanie się z wynikami przesiewowych badań logopedycznych przeprowadzonych w jego klasie. Dalej nauczyciel przez cały okres swojego wychowawstwa w nauczaniu początkowym powinien systematycznie kontaktować się ze szkolnym logopedą, chcąc dowiedzieć się o postępach swoich wychowanków w zakresie poprawy ich wymowy. Jednocześnie sam obserwuje zmiany zachodzące u dzieci uczestniczących w terapii logopedycznej. Uzyskana przez wychowawcę w kontakcie z logopedą wiedza pozwala mu orientować się, na jakim etapie procesu terapeutycznego jest jego wychowanek. Ma to swoje znaczenie także dla bezpośredniego wsparcia działań logopedy. Otóż nauczycielowi edukacji wczesnoszkolnej wystarczy podstawowa wiedza z zakresu prawidłowej artykulacji poszczególnych fonemów, tak by na etapie utrwalania w terapii

⁴² Tamże, s. 16.

logopedycznej mógł w codziennych sytuacjach wspomagać dziecko w doskonaleniu artykulowania. Etap, kiedy dziecko zaczyna wymawiać prawidłowo daną głoskę, wiąże się z koniecznością doskonalenia umiejętności w sytuacjach spontanicznych, np. podczas przebywania z rówieśnikami. Logopeda wyćwicz z dzieckiem prawidłowe ułożenie aparatu artykulacyjnego, ale utrwalanie tej umiejętności wymaga stałej kontroli w rozmaitych sytuacjach codzienności. Nauczyciel edukacji wczesnoszkolnej spędza ze swoimi wychowankami większość dnia, kiedy może kontrolować ich w spontanicznej zabawie czy sytuacjach zadaniowych, gdy dziecko z wadą wymowy może zacząć się stresować. Współpracując z logopedą, nauczyciel może konsultować się, gdy będzie miał jakieś wątpliwości w zakresie prawidłowości ułożenia aparatu artykulacyjnego podczas realizacji fonemów. Takie działanie doskonali jego kompetencje, co bezpośrednio oddziałuje na jego wychowanków z problemami logopedycznymi.

Kolejnym, bardzo ważnym działaniem wychowawcy w modelu poprawy funkcjonowania dzieci z dyslalią jest podejmowanie aktywności mających na celu kontrolowanie relacji rówieśniczych. Działania te powinny mieć charakter profilaktyczny, jak i interwencyjny. W działaniach profilaktycznych wychowawca zobowiązany powinien być do przeprowadzenia warsztatów, które poświęcone byłyby omówieniu z dziećmi problemu, jakim są wady wymowy. W MPF dzieci z dyslalią warsztaty powinien przeprowadzić wychowawca w pierwszej klasie szkoły podstawowej w ramach cyklu zajęć poświęconych integracji klasy (pierwsze trzy miesiące roku szkolnego). Idealnym rozwiązaniem byłoby, gdyby w zajęciach mógł uczestniczyć logopeda jako ekspert i wsparcie merytoryczne dla nauczyciela. Z jednej strony jego obecność miałaby charakter wstępnych badań przesiewowych, obserwacji zachowań językowych i poziomu artykulacji u dzieci. Z drugiej zaś mógłby stać się aktywnym uczestnikiem spotkania – ekspertem, który zainteresuje tematem dzieci uczestniczące w zajęciach. Moją autorską propozycję warsztatów w formie scenariusza zajęć dla klasy pierwszej szkoły podstawowej zamieściłam w Aneksie 3.

Nauczyciel edukacji wczesnoszkolnej powinien w sposób szczególny być wrażliwy na problemy dzieci z dyslalią. W swoich działaniach profilaktycznych ma prowadzić wnikliwą obserwację swoich wychowanków, uwzględniając, czy dziecko mające zdiagnozowane problemy logopedyczne nie jest odrzucone przez grupę rówieśników, czy nie jest wyśmiewane z powodu nieprawidłowej artykulacji itp. MPF dzieci z dyslalią przewidywałby również, by w ramach doskonalenia sprawności aparatu artykulacyjnego

u wszystkich wychowanków przynajmniej raz w tygodniu nauczyciel wprowadził tzw. gimnastykę buzi i języka. W praktyce polegałoby to na tym, że nauczyciel – np. w ramach przerwy śródlekcyjnej – przeprowadzałby z dziećmi kilka ćwiczeń usprawniających aparat oddechowy oraz artykulacyjny. Propozycje dobranych przeze mnie zestawów ćwiczeń, które można wykorzystać w ramach działań profilaktycznych w modelu poprawy funkcjonowania dzieci z dyslalią znajdują się w Aneksie 4.

W ramach działań profilaktyczno-interwencyjnych nauczyciel edukacji wczesnoszkolnej powinien być w stałym kontakcie z logopedą i pedagogiem. Tylko interdyscyplinarny zespół jest w stanie zapewnić należytą pomoc dziecku ze zdiagnozowanym deficytem rozwojowym, jakim jest wada wymowy (stałe konsultacje, wymiana spostrzeżeń wynikających z obserwacji w różnych obszarach życia dziecka, np. klasa szkolna jako wyzwanie w relacjach rówieśniczych czy indywidualna praca podczas terapii logopedycznej). W sytuacjach kryzysowych zarówno w kontekście relacji interpersonalnych, jak również intrapersonalnym rozwoju pacjenta bardzo ważne jest natychmiastowe udzielanie pomocy. Dziecko z wadą wymowy powinno mieć zapewnione poczucie bezpieczeństwa i komfortu w procesie terapeutycznym. Wsparcie i opieka nad dzieckiem z dyslalią nie powinny ograniczać się tylko do podejmowania działań z zakresu poprawy jakości artykułowanych dźwięków. Istotne jest również dążenie do zdobywania jego zaufania w sytuacjach, gdy samo nie potrafi poradzić sobie z problemami wynikającymi z tego, że nie mówi tak jak jego rówieśnicy, np. z odrąceniem w grupie rówieśniczej, wyśmiewaniem, samotnością, lękiem i niepokojem. Obserwacja dziecka z dyslalią przez członków interdyscyplinarnego zespołu, którego skład stanowi: nauczyciel edukacji wczesnoszkolnej, logopeda i pedagog szkolny, zwiększa szansę na zaobserwowanie u niego problemów emocjonalno-społecznych. Wymiana spostrzeżeń i refleksji wynikających z obserwacji przez członków zespołu daje szeroki obraz tego, jak dziecko z dyslalią funkcjonuje w różnych środowiskach, jak radzi sobie z zadaniami i jakie postępy dostrzega się w terapii. Jednocześnie pozwala to na podjęcie działań interwencyjnych, gdyby pojawiła się taka konieczność. Zdecydowanie łatwiej jest logopedzie podczas zajęć terapeutycznych nawiązać indywidualny kontakt z dzieckiem niż nauczycielowi w kilkunastoosobowej klasie, gdzie skupia on uwagę na potrzebach wszystkich uczniów. Zatem to logopeda ma dużo większą szansę dowiedzieć się o przykrych doświadczeniach, jakie spotkały jego pacjenta. Informacja przekazana nauczycielowi przez logopedę pozwala na podjęcie działań interwencyjnych, które

wyeliminują tego typu sytuacje w codzienności szkolnej. Funkcjonowanie dzieci z dyslalią w różnych środowiskach, przede wszystkim szkolnym, to dla nich duże wyzwanie. Ze względu na częstą nieumiejętność emocjonalnego radzenia sobie z deficytem, jakim jest niewłaściwa artykulacja, dzieci z tego typu deficytami powinny być objęte szczególną opieką przez wychowawcę klasy we współpracy z logopedą i pedagogiem szkolnym.

Efekty, jakie zostaną osiągnięte w modelu poprawy funkcjonowania dzieci z dyslalią w znacznym stopniu zależne są również od zaangażowania i współpracy rodziców. Nawet najbardziej wykwalifikowany logopeda czy wychowawca nie da dziecku wsparcia emocjonalnego takiego, jakie mogą i powinni dać rodzice. W opracowanym modelu bierze się pod uwagę, że rodzice dziecka z wadą wymowy mogą nie mieć świadomości i wiedzy na temat problemów emocjonalnych, z jakimi zmaga się ich dziecko mające wadę wymowy. Nie zakłada się, że nie rozmawiają z dzieckiem na temat problemów, ale nie mając merytorycznego wsparcia i wiedzy w tym zakresie, trudniej jest im pomagać własnemu dziecku. Zazwyczaj zauważają, że dziecko mówi inaczej niż jego rówieśnicy, w związku z czym wyrażają zgodę na udział dziecka w terapii logopedycznej. Niekoniecznie już jednak mają świadomość złożoności sytuacji. Obserwują różne zachowania swoich dzieci, np. wycofanie i podwyższony niepokój w sytuacjach zadaniowych itp., ale mogą nie łączyć tych problemów, gdyż nie wiedzą, że wynikają one z cyrkularnego modelu oddziaływań pomiędzy wadą wymowy a problemami emocjonalnymi. Raczej dostrzega się tutaj zagubienie rodziców i potrzebę ich wsparcia. W MPF dzieci z dyslalią zwraca się uwagę na konieczność intensywnej i systematycznej współpracy rodziców z wychowawcą i logopedą. Na początku konieczne jest wspólne spotkanie mające na celu omówienie założeń wynikających z przeprowadzonej diagnozy logopedycznej i obserwacji wychowawczej. Rodzic powinien zostać poinformowany przez logopedę o działaniach, jakie ten podejmuje w trakcie prowadzonej terapii logopedycznej, czyli stosowanych metodach terapeutycznych, ale również i tych wspierających proces terapii w aspekcie emocji u dziecka. Sam logopeda winien przedstawić, w jaki sposób rodzic powinien pracować z dzieckiem w domu. Tutaj podkreśla się różnorodność i atrakcyjność ćwiczeń, które powinien zaproponować do samodzielnej pracy w domu. Niech ćwiczenia logopedyczne i zadania utrwalające w domu stwarzają warunki do wspólnej zabawy i ciekawie spędzonego czasu podczas pracy rodziców z dziećmi. Dalej wychowawca powinien poinformować rodziców o swoich obserwacjach dotyczących funkcjonowania dziecka z wadą wymowy w klasie, zarówno

w kontekście osiągnięć rozwojowych, jak i relacji rówieśniczych. Ważne jest, by podczas spotkań wychowawca przedstawił rodzicom dziecka to, w jaki sposób konstruuje sytuacje, w które angażuje ich pociechę do podejmowania aktywności w zakresie mówienia. Jednocześnie wychowawca powinien omówić sytuacje, które go niepokoją, i wskazać, w jaki sposób sobie radzi w tych okolicznościach. Rodzice podczas spotkania z logopedą i wychowawcą powinni zostać zaznajomieni z ilością i różnorodnością oddziaływań, jakie wykwalifikowani pracownicy szkoły podejmują względem ich dziecka. W odpowiedzi na zadania realizowane przez logopedę i wychowawcę klasy, a przede wszystkim ze względu na dobro dziecka z wadą wymowy rodzice powinni podjąć się realizacji zaleceń logopedycznych, systematycznie pracować z dzieckiem w domu, a także pozostawać w stałym kontakcie ze szkołą. Systematyczne konsultacje i rozmowy rodziców z logopedą i wychowawcą klasy powinny, jak zakłada MPF dzieci z dyslalią, stać się podstawą ich relacji. Tylko otwartość w komunikacji i systematyczne dzielenie się spostrzeżeniami na temat sytuacji dziecka z dyslalią w różnych środowiskach życia pozwoli dorosłym w pełni analizować sytuację emocjonalną dziecka z wadą wymowy. Niektóre problemy emocjonalne dziecka mogą być widoczne tylko w szkole, a już niekoniecznie w domu, np. podwyższony poziom niepokoju, kiedy dziecko musi wypowiadać się na forum klasy w trakcie lekcji. Wypowiadanie się w domu, wśród najbliższych, zazwyczaj nie stanowi dla dziecka sytuacji stresującej. Rodzice wówczas mogą nie mieć świadomości, jak pozornie proste czynności stanowią dla ich dziecka z wadą wymowy wyzwanie i trudność, w której dzieci potrzebują wsparcia osoby dorosłej.

Na tym etapie chciałabym zwrócić uwagę na powód, dla którego postanowiłam opracować i opisać model poprawy funkcjonowania dzieci z dyslalią. O wsparciu i obowiązku opieki nad dzieckiem wie doskonale każdy dorosły człowiek i w tym względzie niepotrzebne wydają się nawet dokumenty regulujące prawnie te kwestie. Odpowiedzialność za integralny rozwój dziecka od najmłodszych lat ponoszą jego rodzice, później dołączają do nich nauczyciele na różnych szczeblach edukacji. Zakładam, że każdy rodzic chce dla swojego dziecka jak najlepiej, więc dokłada wszelkich starań w miarę swoich możliwości, by wspierać dziecko, gdy pojawiają się trudności w jego rozwoju. Nauczyciele zaś to specjaliści od wychowania, nauczania i kompensowania braków rozwojowych u dzieci. Wydaje się zatem, że przy wsparciu takiego zespołu dziecko nie powinno odczuwać takich emocji, jak podwyższony poziom niepokoju, niższe poczucie własnej wartości, bezradność czy osamotnienie. W odniesieniu do dziecka z wadą wymowy,

które jest w terapii logopedycznej, takie emocje nie powinny się pojawiać, a jeśli już zaistniały, należy podjąć działania mające na celu poprawę sytuacji dziecka z dyslalią. W tym celu opracowany został MPF dzieci z dyslalią, który określa zadania dla poszczególnych osób towarzyszących codziennie dziecku z wadą wymowy. Wydaje się, że każdy kompetentny dorosły w tym procesie wie, co należy robić i jak pomagać dziecku. Nauczyciel i logopeda posiadają kompetencje stanowiące wypadkową następujących elementów: wiedzy, umiejętności i postaw⁴³. Staje się więc „znawcą (wiedza + postawy), wykonawcą (umiejętności + postawy) oraz skutecznym (wiedza + umiejętności)”⁴⁴, który wie, jak wspierać dziecko w pokonywaniu deficytów rozwojowych. Jednak, aby efektywnie pomagać dziecku w przezwyciężeniu problemów logopedycznych i emocjonalnych zarówno nauczyciele wczesnoszkolni, jak i specjaliści logopedzi muszą zintegrować swoje działania na drodze współpracy z rodzicami.

⁴³ Por. A. Królikowska, *Kompetencje – czym są i czemu służą?*, w: *Dalej w tę samą stronę. Księga jubileuszowa dedykowana profesor Marii Braun-Gałkowskiej*, red. I. Ulfik-Jaworska, A. Gała, Lublin 2012, s. 283.

⁴⁴ Tamże, s. 283–284.

Zakończenie

Celem monografii było określenie grupy problemów społecznych i emocjonalnych u dzieci z dyslalią, a także analiza zależności pomiędzy problemami społeczno-emocjonalnymi a zdiagnozowanymi wadami wymowy. Analiza ta była istotna ze względu na fakt, że problem nieprawidłowej artykulacji wśród dzieci na etapie edukacji wczesnoszkolnej od wielu lat utrzymuje się na wysokim poziomie¹. Zjawisko częstego występowania wad wymowy z jednej strony ma charakter społeczny, a jednocześnie jawi się jako indywidualne trudności jednostki, z którymi musi mierzyć się ona na co dzień. Określenie przynajmniej niektórych problemów społeczno-emocjonalnych, jakie mogą mieć dzieci z dyslalią, staje się istotne ze względu na możliwość ich wsparcia nie tylko w zakresie terapii logopedycznej, ale i całościowego funkcjonowania w rozmaitych środowiskach ich życia. W konsekwencji diagnozy problemów społecznych i emocjonalnych u dzieci z dyslalią opracowano model oddziaływań wychowawczych oraz współpracy podmiotów uczestniczących w procesie rozwoju dziecka mającego zdiagnozowaną wadę wymowy. Analiza literatury w pierwszej kolejności dotyczyła rozwoju dziecka w wieku wczesnoszkolnym, by można było określić złożoność i integralność wszystkich sfer rozwojowych. Biorąc pod uwagę zależności występujące pomiędzy aspektem poznawczym w rozwoju, sferą emocjonalno-społeczną, a także fizycznymi wskaźnikami adekwatnymi do wieku rozwojowego, konieczne stało się przeanalizowanie zaburzenia w rozwoju, jakim jest wada wymowy. Analizując poszczególne obszary rozwoju w odniesieniu do dziecka na etapie wczesnoszkolnym, można było dojść do przekonania, że zaburzenie, jakim jest dyslalia u dzieci w tym wieku, może wpływać na ich

¹ Por. A. Walencik-Topiłko, *Stymulacja sprawności językowej dziecka w młodszym wieku szkolnym*, dz. cyt., s. 91.

całościowy rozwój. W konsekwencji tych rozważań możliwe stało się określenie, z jakimi konkretnie problemami społeczno-emocjonalnymi muszą mierzyć się dzieci z dyslalią, a także jak problemy społeczne i emocjonalne oddziałują na inne sfery życia. Podjęcie empirycznych badań własnych miało na celu zweryfikowanie założeń teoretycznych oraz określenie przynajmniej pewnej grupy problemów społecznych i emocjonalnych, z którymi mogą funkcjonować dzieci z dyslalią.

Analiza literatury przedmiotu oraz wyniki empirycznych badań własnych pozwoliły na rozwiązanie postawionych problemów badawczych. Jak wynika z przeprowadzonych badań, u dzieci z wadami wymowy częściej niż u ich rówieśników bez tego typu zaburzeń obserwuje się: poczucie niższej wartości, bezradność, osamotnienie oraz podwyższony poziom niepokoju. Na podstawie analizy wskaźników *Projekcyjnego Rysunku Rodziny* odnotowano również, że dzieci z wadami wymowy mają trudności w komunikacji. Analiza materiału badawczego w tym kontekście dotyczyła relacji z członkami rodziny, ale potwierdzenie trudności w komunikacji u dzieci z dyslalią zostało odnotowane również w wynikach uzyskanych na podstawie przeprowadzonych rozmów. Jak wskazują wyniki przeprowadzonych badań, dzieci z problemami artykulacyjnymi wolą bawić się same lub ze swoim zwierzęciem. Ponadto dzieci w grupie logopedycznej częściej odpowiadały, że nie lubią chodzić do szkoły, a także częściej mówiły, że nie mają lub nie wiedzą, jak ma na imię ich najlepszy kolega czy koleżanka. Oczywiście przyczyny takich odpowiedzi mogą być różne, ale na podstawie przeprowadzonych badań można stwierdzić, że dzieci z wadami wymowy mają większe trudności w komunikacji niż ich rówieśnicy bez problemów logopedycznych. Wada wymowy u dziecka może powodować zahamowanie w podejmowaniu komunikacji, wycofywanie się z relacji czy niską aktywność, która będzie wywołana wstydem przed mówieniem czy obawą przed wyśmianiem. U dzieci z dyslalią, zwłaszcza u chłopców, zaobserwowano również tendencje do zachowań agresywnych, ale tylko w połączeniu z podwyższonym niepokojem.

Zapewne uzyskane wyniki przeprowadzonych badań nie wyczerpują tematu, ale określają pewne tendencje dotyczące obrazu siebie u dzieci z dyslalią oraz relacji z członkami rodziny i rówieśnikami. Zgromadzony materiał badawczy nie wykazał natomiast istotnych statystycznie różnic w sposobach spędzania wolnego czasu przez dzieci z wadami wymowy w porównaniu z ich rówieśnikami bez zaburzeń logopedycznych, co również stanowiło jeden z problemów szczegółowych. Analizy zgromadzonego

materiału badawczego pozwalają też stwierdzić, że wskaźniki dotyczące zdrowej emocjonalności częściej odnotowane zostały w pracach dzieci bez wad wymowy.

Emocje są obszarem doświadczenia człowieka trudnym do zwerbalizowania, nazwania. Ta trudność w sposób szczególny jest udziałem dzieci z zaburzeniami artykulacyjnymi, dlatego podejmując temat monografii, zastosowano metody badawcze pozwalające na nawiązanie kontaktu z badanymi podczas indywidualnych spotkań. Zastosowanie w badaniach metody *Projekcyjnego Rysunku Rodziny* nie było dla dzieci niczym stresującym, gdyż jest to aktywność adekwatna do ich wieku rozwojowego. Większość uczestników badań z chęcią podjęła się tej aktywności, co stworzyło bardzo dobre warunki do dalszego gromadzenia materiału badawczego podczas rozmów kierowanych. O skuteczności i wartości dobranych metod badawczych świadczy fakt, że udało się zgromadzić dane, na których podstawie można stwierdzić współwystępowanie wad wymowy i trudności społeczno-emocjonalnych u dzieci z dyslalią. Umożliwia to dostrzeżenie, że istnieje ryzyko, iż dzieci z wadami wymowy funkcjonują w modelu cyrkularnego oddziaływania wady wymowy i problemów społeczno-emocjonalnych.

W związku z powyższym funkcjonowanie dzieci z dyslalią (zwłaszcza na etapie edukacji wczesnoszkolnej) domaga się od dorosłych szczególnej uwagi, troski i wsparcia. Terapia logopedyczna jest konieczna, ale może okazać się niewystarczającą pomocą, jakiej wymaga dziecko, które w wieku wczesnoszkolnym funkcjonuje z zaburzeniami artykulacyjnymi. Należy podkreślić, że na tym etapie życia dziecka problemy w artykulacji mogą świadczyć o pewnych wcześniejszych zaniedbaniach w zakresie troski o prawidłowy rozwój mowy. Brak należytej opieki logopedycznej na etapie edukacji przedszkolnej lub inne indywidualne czynniki zdecydowały o tym, że dziecko w wieku siedmiu lat, podejmując obowiązek nauki w szkole, narażone zostaje na dodatkowe stresy i niepowodzenia.

Problem funkcjonowania dzieci z dyslalią jest zjawiskiem złożonym i wymaga szczególnego zainteresowania. Należy na niego spojrzeć nie tylko z perspektywy gabinetu logopedycznego, ale również pracy opiekuńczo-wychowawczej nauczyciela edukacji wczesnoszkolnej. Intensywne działania logopedyczne w procesie terapeutycznym, systematyczność ćwiczeń są podstawą do poprawy jakości wymowy u dziecka na każdym etapie jego życia. Jednak im później jest postawiona diagnoza i rozpoczęta terapia logopedyczna, tym trudniej osiąga się efekty w zakresie poprawy artykulacji. Wady wymowy bywają już dość mocno utrwalone. Warto zauważyć również,

że dzieci, podejmując obowiązek szkolny, często już są w trakcie terapii logopedycznej. Niezależnie od sytuacji związanej z działaniem logopedy względem dziecka, najistotniejszy wydaje się tutaj fakt zmiany sytuacji życiowej dziecka, jaką jest rozpoczęcie nauki w szkole, czyli nowe wyzwanie edukacyjne i społeczne. Wada wymowy, z jaką funkcjonuje dziecko z dyslalią, dodatkowo utrudnia mu start w nowej rzeczywistości.

Niezależnie od tego, czy terapia logopedyczna jest kontynuowana, czy też dopiero rozpoczęta w klasie pierwszej, dziecko z dyslalią podejmuje w tym czasie nowe wyzwania, jakie stawia przed nim rzeczywistość szkolna. Przede wszystkim dotyczą one wywiązywania się z realizacji zadań edukacyjnych, do których zalicza się m.in. wypowiedzi ustne dziecka, np. na forum klasy podczas lekcji. Ponadto rozpoczęcie nauki w szkole to nowe doświadczenia w zakresie relacji społecznych, wymagających od dziecka aktywności w zakresie komunikacyjnym. Zatem już tylko na podstawie tych dwóch ogólnych pól aktywności można stwierdzić, że dla dziecka rozpoczynającego naukę w szkole to, w jaki sposób wymawia, mniej lub bardziej świadomie, ma ogromne znaczenie.

W tym kontekście ukazuje się istotna rola i znaczenie nauczyciela edukacji wczesnoszkolnej, który towarzyszy dzieciom w pierwszych latach ich kształcenia. Skłania to do postawienia pytania, jaki jest poziom przygotowania nauczycieli edukacji wczesnoszkolnej w toku nabywania kwalifikacji zawodowych do pracy z klasą, w której funkcjonują dzieci z wadami wymowy; jaka jest ich komunikacja z tymi dziećmi; jak sobie radzą w sytuacjach kryzysowych, prowokowanych przez rówieśników dzieci z dyslalią.

Uwzględniając fakt, że nauczyciel edukacji wczesnoszkolnej jawi się jako ktoś w rodzaju łącznika czy organizatora interakcji między rodziną, szkołą i specjalistą, interesujące poznawczo mogłoby być w tym kontekście zbadanie, jak realnie wygląda współpraca nauczyciela edukacji wczesnoszkolnej z logopedą, a także ze środowiskiem rodzinnym, a zagadnienia te mogą stanowić punkt wyjścia dla dalszych poszukiwań badawczych.

Bibliografia

- Aebli H., *Dydaktyka psychologiczna Zastosowanie psychologii Piageta do dydaktyki*, przeł. C. Kupisiewicz, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1959.
- Aronson E., Aronson J., *Człowiek – istota społeczna*, przeł. J. Radzicki, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2012.
- Bakiera L., Stelter Ź., *Leksykon psychologii rozwoju człowieka*, t. 1, Difin, Warszawa 2011.
- Bandura A., *Teoria społecznego uczenia się*, przeł. J. Kowalczevska, J. Radzicki, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.
- Birch A., Malim T., *Psychologia rozwojowa w zarysie. Od niemowlęstwa do dorosłości*, przeł. J. Łuczynski, M. Olejnik, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1998.
- Bogdanowicz M., *Problematyka zaburzeń rozwoju psychoruchowego dziecka*, w: *Logopedia. Pytania i odpowiedzi*. T. 1: *Interdyscyplinarne podstawy logopedii*, red. T. Gałkowski, G. Jastrzębowska, Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, Opole 2003, s. 225–229.
- Boyd D., Bee H., *Psychologia rozwoju człowieka*, przeł. J. Gilewicz, A. Wojciechowski, Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań 2008.
- Braun-Gałkowska M., *Psychologia domowa*, Wydawnictwo KUL, Kraków 2008.
- Braun-Gałkowska M., *Psychologiczna analiza systemów rodzinnych osób zadowolonych i niezadowolonych z małżeństwa*, Towarzystwo Naukowe KUL, Lublin 1992.
- Braun-Gałkowska M., *Rysunek projekcyjny*, Akademia Ignatianum, Wydawnictwo WAM, Kraków 2016.
- Braun-Gałkowska M., *Wpływ gier na psychikę dzieci*, w: *Oddziaływanie „agresywnych” gier komputerowych na psychikę dzieci*, red. A. Gała, I. Ulfik-Jaworska, Michalineum, Marki 2004, s. 9–12.
- Cichoń W., *Wartości, człowiek, wychowanie. Zarys problematyki aksjologiczno-wychowawczej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1996.
- Cierpiałowska T., *Poziom umiejętności językowych uczniów niesłyszących kończących szkołę podstawową specjalną*, „Rocznik Naukowo-Dydaktyczny WSP w Krakowie. Prace Pedagogiczne XXI”, 1999, z. 202, s. 161–168.

- Cierpiałowska T., *The Process of a Complex Logopedic Diagnosis: Theoretical Assumptions and the Case Study Analysis*, w: *Chosen Topics of Persons with a Disability*, red. J. Baran, T. Cierpiałowska, K. Plutecka, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2013, s. 125–141.
- Cieszyńska J., Korendo M., *Wczesna interwencja terapeutyczna. Stymulacja rozwoju dziecka od noworodka do 6. roku życia*, Wydawnictwo Edukacyjne, Kraków 2007.
- Cios-Goldsztajn A., *Etiologia zaburzeń mowy – perspektywa rodziny*, w: *Studia z logopedii i neurologopedii*, red. I. Nowakowska-Kempna, Akademia Ignatianum, Wydawnictwo WAM, Kraków 2012, s. 119–127.
- Czaplewska E., *Diagnoza zaburzeń rozwoju artykulacji*, w: *Diagnoza logopedyczna. Podręcznik akademicki*, red. E. Czaplewska, S. Milewski, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Sopot 2012, s. 65–120.
- Danieluk B., *Konceptualizacja poczucia winy i wstydu w ujęciu poznawczym i społecznym*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Sectio J” 2006, t. 19, s. 71–86.
- Davidson R.J., *Co odróżnia emocje od nastroju, temperamentu i innych pojęć afektywnych?*, w: *Natura emocji. Podstawowe zagadnienia*, red. P. Ekman, R.J. Davidson, przeł. B. Wojciszke, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 1999, s. 50–54.
- Demel G., *Elementy logopedii*, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1979.
- Demel G., *Minimum logopedyczne nauczyciela przedszkola*, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1978.
- Doliński D., *Mechanizmy wzbudzania emocji*, w: *Psychologia. Podręcznik akademicki. T. 2: Psychologia ogólna*, red. J. Strelau, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2007, s. 319–349.
- Drożdżowicz L., *Ogólna teoria systemów*, w: *Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny*, red. B. de Barbaro, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1999, s. 9–17.
- Ekman P., *Wszystkie emocje są podstawowe*, w: *Natura emocji. Podstawowe zagadnienia*, red. P. Ekman, R. J. Davidson, przeł. B. Wojciszke, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 1999, s. 20–25.
- Filipiak E., *Konteksty rozwoju aktywności językowej dzieci w wieku wczesnoszkolnym*, Wydawnictwo Akademii Bydgoskiej, Bydgoszcz 2002.
- Filipiak E., *Rozwijanie zdolności uczenia się. Z Wygotskim i Brunerem w tle*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Sopot 2012.
- Fischer K.W., Shaver P.R., Carnochan P., *How Emotions Develop and How They Organise Development*, „Cognition and Emotion” 1990, t. 4, nr 2, s. 81–127.
- Frijda N.H., *The Laws of Emotions*, „American Psychologist” 1988, t. 43, nr 5, s. 349–358.

- Gerstmann S., *Rozmowa i wywiad w psychologii*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1972.
- Grabias S., *Mowa i jej zaburzenia*, „Audiofonologia” 1997, t. 10, s. 9–36.
- Grabias S., *O ostrości refleksji naukowej. Przedmiot logopedii i procedury logopedycznego postępowania*, w: *Logopedia. Wybrane aspekty historii, teorii i praktyki*, red. S. Milewski, K. Kaczorowska-Bray, Harmonia Universalis, Gdańsk 2012, s. 56–69.
- Grabias S., *Teoria zaburzeń mowy. Perspektywy badań, typologie zaburzeń, procedury postępowania logopedycznego*, w: *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy*, red. S. Grabias, M. Kurkowski, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2014, s. 15–71.
- Gunia G., *Terapia logopedyczna dzieci z zaburzeniami słuchu i mowy. Wybrane problemy teorii i praktyki surdologopedycznej*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2006.
- Gunia G., *Wprowadzenie do zaburzeń w kształtowaniu się mowy*, w: *Wprowadzenie do logopedii*, red. G. Gunia, V. Lechta, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2011, s. 71–75.
- Hamerlińska-Latecka A., *Dyslalia. Psychospołeczny aspekt terapii logopedycznej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz 2012.
- Harwas-Napierała B., Trempała J., *Przedmowa*, w: *Psychologia rozwoju człowieka. T. 2: Charakterystyka okresów życia człowieka*, red. B. Harwas-Napierała, J. Trempała, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2000, s. 9–12.
- Hurme H., *Rozwój emocjonalny*, przeł. P. Izdebski, w: *Psychologia rozwoju człowieka*, t. 3, red. B. Harwas-Napierała, J. Trempała, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2004, s. 45–66.
- Jacobs M., *Zygmunt Freud*, przeł. M. Lipińska, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2006.
- Jarosław E., Wysocka E., *Diagnoza psychopedagogiczna. Podstawowe problemy i rozwiązywanie*, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 2006.
- Jastrzębowska G., *Dyslalia*, w: *Logopedia. Pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki. T. 2: Zaburzenia komunikacji językowej u dzieci i osób dorosłych*, red. T. Gałkowski, G. Jastrzębowska, Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, Opole 2003, s. 143–175.
- Jastrzębowska G., *Podstawy teorii i diagnozy logopedycznej*, Wydawnictwo UO, Opole 1998.
- Jastrzębowska G., *Stan i perspektywy opieki logopedycznej w Polsce*, w: *Logopedia. Pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki. T. 1: Interdyscyplinarne podstawy logopedii*, red. T. Gałkowski, G. Jastrzębowska, Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, Opole 2003, s. 301–314.
- Józefik B., *Koncepcje systemowe i ich znaczenie dla psychologii klinicznej*, w: *Psychologia kliniczna*, red. L. Cierpiałkowska, H. Sęk, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2016, s. 171–192.

- Kaczmarek L., *Korekcyjna klasyfikacja zaburzeń słownego i pisemnego porozumiewania się*, „Logopedia” 1975, t. 12, s. 5–13.
- Kaczmarek L., *Nasze dziecko uczy się mowy*, Wydawnictwo Lubelskie, Lublin 1988.
- Kalbarczyk A., *Najważniejsze lata, czyli jak rozumieć rysunki małych dzieci. Rozwój osobowości dziecka w wieku od 2 do 6 lat na podstawie jego rysunków*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2007.
- Kania J.T., *Dyslalie na tle procesu rozwojowego artykulacji*, w: tegoż, *Szkice logopedyczne*, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1982, s. 148–162.
- Kania J.T., *Fonetyczna i logopedyczna charakterystyka mowy bezdźwięcznej*, w: *Wybrane zagadnienia z defektologii. Szkice logopedyczne*, t. 3, red. T. Gałkowski, Wydawnictwo ATK, Warszawa 1975, s. 200–226.
- Kania J.T., *Szkice logopedyczne*, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1982.
- Karbowniczek J., Klim-Klimaszewska A., *Edukacja wczesnoszkolna w teorii i praktyce. Wybrane aspekty*, Akademia Ignatianum–Wydawnictwo WAM, Kraków 2016.
- Keltner D., Ekman P., *Wyrażanie emocji twarzą*, w: *Psychologia emocji*, red. M. Lewis, J.M. Haviland-Jones, przeł. M. Kacmajor, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2005, s. 307–323.
- Kępiński A., *Autoportret człowieka. Myśli – aforyzmy*, Wydawnictwo Literackie, Kraków 2001.
- Kielar-Turska M., *Rozwój sprawności językowych i komunikacyjnych*, w: *Diagnoza logopedyczna. Podręcznik akademicki*, red. E. Czaplewska, S. Milewski, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Sopot 2012, s. 15–63.
- Kierzek A., *Władysław Oltuszewski (1853–1922)*, „Magazyn Otorynolaryngologiczny” 2005, z. 3–4, s. 7–9.
- Klus-Stańska D., *Dyskursy pedagogiki wczesnoszkolnej*, w: *Pedagogika wczesnoszkolna – dyskursy, problemy, rozwiązania*, red. D. Klus-Stańska, M. Szczepka-Pustkowska, Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2009, s. 25–78.
- Kochanowska E., *Sytuacja szkolna dzieci z wadami wymowy w edukacji wczesnoszkolnej*, w: *Profilaktyka logopedyczna w praktyce edukacyjnej*, t. 1, red. K. Węsierska, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2012, s. 197–212.
- Kołodziejczyk A., *Późne dzieciństwo – młodszy wiek szkolny*, w: *Psychologia rozwoju człowieka. Podręcznik akademicki*, red. J. Trempała, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2011, s. 234–258.
- Kokoszka A., *Psychoanalityczne ABC Podstawy psychoanalitycznego myślenia*, Universitas, Kraków 1997.
- Konarzewski K., *Jak uprawiać badania oświatowe. Metodologia praktyczna*, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 2000.
- Kornas-Biela D., *Okres prenatalny*, w: *Psychologia rozwoju człowieka. Podręcznik akademicki*, red. J. Trempała, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2011, s. 147–171.
- Kornas-Biela D., *Wokół początku życia ludzkiego*, „Pax”, Warszawa 2002.

- Kosiarska I., *Zaburzenia emocjonalne u dzieci w młodszym wieku szkolnym*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Sectio J”, 2007, t. 20, s. 57–72.
- Krempińska I., *Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD) w ujęciu neurokognitywistycznym i pedagogicznym*, „Neurokognitywistyka w Patologii i Zdrowiu” 2009–2011, s. 72–80.
- Królikowska A., *Dzieci nauczycielami swoich rodziców. Socjalizacja odwrotna we współczesnej rodzinie*, „Wychowanie w Rodzinie” 2015, t. 11, nr 1, s. 127–142.
- Królikowska A., *Kompetencje – czym są i czemu służą?*, w: *Dalej w tę samą stronę. Księga jubileuszowa dedykowana profesor Marii Braun-Gałkowskiej*, red. I. Ulfik-Jaworska, A. Gała, Wydawnictwo KUL, Lublin 2012, s. 283–294.
- Krzysztożek Z., *Uwarunkowania, założenia i metody badań pedagogicznych*, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1977.
- Kubinowski D., *Jakościowe badania pedagogiczne. Filozofia, metodyka, ewaluacja*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2011.
- Kupisiewicz C., *Dydaktyka ogólna*, Oficyna Wydawnicza Graf Punkt, Warszawa 2000.
- Kupisiewicz M., *Słownik pedagogiki specjalnej*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2014.
- Lachowska B., Braun-Gałkowska M., *Agresja u dzieci i jej ekspresja w rysunku rodziny*, w: *Rysunek projekcyjny jako metoda badań psychologicznych*, red. B. Lachowska, M. Łaguna, Towarzystwo Naukowe KUL, Lublin 2003, s. 97–123.
- Lachowska B., *Samotne macierzyństwo*, w: *Oblicza macierzyństwa*, red. D. Kornas-Biela, Redakcja Wydawnictw KUL, Lublin 1999, s. 281–288.
- Lachowska B., *Szczęśliwe dzieciństwo – uwarunkowania rodzinne*, w: *Oblicza dzieciństwa*, red. D. Kornas-Biela, TN KUL, Lublin 2001, s. 273–281.
- Lazarus R.S., *On the Primacy of Cognition*, „American Psychologist” 1984, t. 39, nr 2, s. 124–129.
- Lazarus R., *Uniwersalne zdarzenia poprzedzające emocje*, w: *Natura emocji. Podstawowe zagadnienia*, red. P. Ekman, R.J. Davidson, przeł. B. Wojciszke, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 1999, s. 146–153.
- Lichtenberg-Kokoszka E., *Ciąża zagadnieniem biomedycznym i psychopedagogicznym*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2008.
- Łobocki M., *Metody i techniki badań pedagogicznych*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2009.
- Łosiak W., *Psychologia emocji*, Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2007.
- Mały słownik języka polskiego*, red. E. Sobol, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1993.
- Maszkę A.W., *Metody i techniki badań pedagogicznych*, Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów 2008.
- Matczak A., *Zarys psychologii rozwoju. Podręcznik dla nauczycieli*, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 2003.

- Maurer A., *Znaczenie świadomości fonologicznej w początkowej nauce czytania i pisanie*, w: *Dźwięki mowy. Program kształtowania świadomości fonologicznej dla dzieci przedszkolnych i szkolnych*, red. A. Maurer, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2014, s. 11–22.
- Mierzejewska H., Emiluta-Roży D., *Projekt zestawienia form zaburzeń mowy*, „Audiofonologia” 1997, t. 10, s. 37–48.
- Milewski S., *Mowa dorosłych kierowana do niemowląt. Studium fonetyczno-fonologiczne*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2004.
- Minczakiewicz E.M., *Mowa. Rozwój – zaburzenia – terapia*, Wydawnictwo Naukowe WSP, Kraków 1997.
- Miluska J., *Kulturowa różnorodność rodziny*, w: *Psychologia rodziny*, red. I. Janicka, H. Liberska, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2014, s. 369–383.
- Młynarska M., Smereka T., *Psychostymulacyjna metoda kształtowania i rozwoju mowy oraz myślenia*, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 2000.
- Molen M.W. van der, Molenaar P., *Cognitive Psychophysiology: A Window to Cognitive Development and Brain Maturation*, w: *Human Behavior and the Developing Brain*, red. G. Dawson, K.W. Fisher, Guilford Press, New York–London 1994, s. 456–490.
- Namysłowska I., Siewierska A., *Znaczenie i rola rodzeństwa w terapii rodzin*, „Psychoterapia” 2009, nr 2, s. 45–56.
- Nowik J., *Kształcenie matematyczne w edukacji wczesnoszkolnej. Poradnik dla nauczyciela*, Wydawnictwo Nowik, Opole 2013.
- Okoń W., *Nowy słownik pedagogiczny*, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 2001.
- Okoń W., *Słownik pedagogiczny*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1981.
- Ostapiuk B., *Zaburzenia dźwiękowej realizacji fonemów języka polskiego – propozycja terminów i klasyfikacji*, „Logopedia” 2000, t. 28, s. 123–143.
- Palczewska I., Niedźwiecka Z., *Siatki centylowe dla oceny rozwoju somatycznego dzieci i młodzieży*, Zakład Rozwoju Dzieci i Młodzieży Instytutu Matki i Dziecka, Warszawa 1999.
- Piaget J., *Intelligence and Affectivity: Their Relationship During Child Development*, przeł. T.A. Brown, C.E. Kaegi, Annual Reviews, Palo Alto, CA 1981.
- Piaget J., *Jak sobie dziecko wyobraża świat*, przeł. M. Gawlik, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2006.
- Piaget J., *Mowa i myślenie dziecka*, przeł. J. Kołodzka, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2005.
- Piaget J., *The Child and Reality*, Grossman Publishers, New York 1973.
- Pilch T., Bauman T., *Zasady badań pedagogicznych. Strategie ilościowe i jakościowe*, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 2010.
- Pluta-Wojciechowska D., *Dyslalia obwodowa. Diagnoza i terapia logopedyczna wybranych form zaburzeń*, Wydawnictwo Ergo-Sum, Bytom 2019.

- Pluta-Wojciechowska D., *Opis zaburzeń mowy jako pierwszy etap postępowania logopedycznego*, „Logopedia Silesiana” 2012, nr 1, s. 31–46.
- Pluta-Wojciechowska D., *Rola rodziców i logopedy we wspieraniu rozwoju mowy dziecka w rodzinie*, w: *Studia z logopedii i neurologopedii*, red. I. Nowakowska-Kempna, Akademia Ignatianum, Wydawnictwo WAM, Kraków 2012, s. 213–235.
- Pluta-Wojciechowska D., *Zaburzenia czynności prymarnych i artykulacji. Podstawy postępowania logopedycznego*, Wydawnictwo Ergo-Sum, Bytom 2013.
- Polkowska A., *Umiejętność decentracji interpersonalnej*, „Psychologia Wychowawcza” 2000, nr 2–3, s. 108–118.
- Połomski P., *Zwierzę w rodzinie a przystosowanie*, „Małżeństwo i Rodzina” (2003) nr 8, <http://www.psychologia.edu.pl/czytelnia/58-maestwo-i-rodzina/666-zwierze-w-rodzinie-a-przystosowanie.html> (dostęp: 17.02.2018).
- Porayski-Pomsta J., *O rozwoju mowy dziecka. Dwa studia*, Dom Wydawniczy Elipsa, Warszawa 2015.
- Pruszewicz A., *Zaburzenia mowy i języka*, w: *Foniatryka kliniczna*, red. A. Pruszewicz, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1992, s. 222–361.
- Przetacznik-Gierowska M., Makiełło-Jarża G., *Psychologia rozwojowa i wychowawcza wieku dziecięcego*, Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1985.
- Przetacznik-Gierowska M., Włodarski Z., *Psychologia wychowawcza*. 2, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1994.
- Przewęda R., *Rozwój motoryczny*, w: *Biologiczne i medyczne postawy rozwoju i wychowania. Podręcznik dla studentów uczelni pedagogicznych*, red. A. Jaczewski, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 2001, s. 122–140.
- Pyżlak G., *Struktura rodziny a proces wychowania*, w: *Rodzina i rodzicielstwo między tradycją a współczesnością*, red. A. Skreczko, B. Bassa, Z. Struzik, Instytut Papieża Jana Pawła II, Warszawa 2014, s. 59–74.
- Radziwiłłowicz W., *Zaburzenia emocjonalne (internalizacyjne)* w: *Psychologia kliniczna dzieci i młodzieży*, red. I. Grzegorzewska, L. Cierpiałkowska, A.R. Borkowska, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2020, s. 411–450.
- Reykowski J., *Eksperymentalna psychologia emocji*, Książka i Wiedza, Warszawa 1974.
- Rocławski B., *Słuch fonemowy i fonetyczny. Teoria i praktyka*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 1993.
- Rodak H., *Terapia dziecka z wadą wymowy*, Wydawnictwo Polskiej Fundacji Zaburzeń Mowy, Warszawa 1992.
- Rogers C.G., *Terapia nastawiona na klienta. Grupy spotkaniowe*, przeł. A. Dodziuk, E. Knoll, Thesaurus Press, Juniorzy Gospodarki, Wrocław 1991.
- Rowid H., *Podstawy i zasady wychowania*, Wydaw. Oświatowe „Wspólna Sprawa”, Warszawa 1957.
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 7 stycznia 2003 r. w sprawie zasad udzielania i organizowania pomocy psychologiczno-pedagogicznej

- w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz. U. z 2003 r. Nr 11, poz 114).
- Saarni C., *Spółeczny kontekst rozwoju emocjonalnego*, w: *Psychologia emocji*, red. M. Lewis, J.M. Haviland-Jones, przeł. M. Kacmajar, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2005.
- Sawa B., *Dzieci z zaburzeniami mowy*, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1990.
- Schaffer H.R., *Psychologia dziecka*, przeł. A. Wojciechowski, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008.
- Schaffer H.R., *Rozwój społeczny. Dzieciństwo i młodość*, przeł. M. Białecka-Pikul, K. Sikora, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2006.
- Shaughnessy J.J., Zechmeister E.B., Zechmeister J.S., *Metody badawcze w psychologii*, przeł. M. Rucińska, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2002.
- Skoczek A., *Czy perfekcja jest jedyną miarą skuteczności terapii ORM*, „Forum Logopedy” 2020, nr 39, s. 58–63.
- Skoczek A., *Zaburzenia kompetencji komunikacyjnej u dzieci z SLI – specyficznymi zaburzeniami rozwoju językowego, na przykładzie procesu argumentowania*, w: *Studia z logopedii i neurologopedii*, red. I. Nowakowska-Kempna, Akademia Ignatianum, Wydawnictwo WAM, Kraków 2012, s. 139–150.
- Skorek E.M., *Oblicza wad wymowy*, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 2001.
- Sołtys-Chmielowicz A., *Klasyfikacje zaburzeń mowy*, w: *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy*, red. S. Grabias, M. Kurkowski, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2012, s. 417–429.
- Sołtys-Chmielowicz A., *Standard postępowania logopedycznego w przypadku dyslalii*, w: *Standardy postępowania logopedycznego*, red. B. Gąsior, Polskie Towarzystwo Logopedyczne, Lublin 2008, s. 59–67.
- Sołtys-Chmielowicz A., *Zaburzenia artykulacji. Teoria i praktyka*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2008.
- Spionek H., *Zaburzenia psychoruchowego rozwoju dziecka*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1969.
- Spionek H., *Zaburzenia rozwoju uczniów a niepowodzenia szkolne*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1979.
- Stachyra J., *Wpływ rodziny na kształtowanie się osobowości dziecka*, „Symposium” 2000, nr 2(7), s. 85–104.
- Stecko E., *Zaburzenia mowy u dzieci. Wczesne rozpoznawanie i postępowanie logopedyczne*, Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2001.
- Stefańska-Klar R., *Późne dzieciństwo. Młodszy wiek szkolny*, w: *Psychologia rozwoju człowieka. T. 2: Charakterystyka okresów życia człowieka*, red. B. Harwas-Napierała, J. Trempała, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2000, s. 130–162.

- Straś-Romanowska M., *Status metody projekcyjnej jako metody jakościowej*, w: *Rysunek projekcyjny jako metoda badań psychologicznych*, red. M. Łaguna, B. Lachowska, Towarzystwo Naukowe KUL, Lublin 2003, s. 31–40.
- Styczek I., *Logopedia*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1981.
- Szemińska A., *Rozwój pojęć matematycznych u dziecka*, w: *Nauczanie początkowe matematyki. Podręcznik dla nauczyciela. Praca zbiorowa*, t. 1, red. Z. Semadeni, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1981, s. 112–251.
- Szewczuk W., *Encyklopedia psychologii*, Fundacja Innowacja, Warszawa 1998.
- Szuman S., *Psychologia wychowawcza wieku szkolnego*, Wiedza–Zawód–Kultura, Kraków 1947.
- Szuman S., *Rozwój psychiczny dzieci i młodzieży*, Nasza Księgarnia, Warszawa 1948.
- Śliwerski B., *Pedagogika dziecka. Studium pajądocentryzmu*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2007.
- Tillman K.J., *Teorie socjalizacji. Społeczność, instytucja, upodmiotowienie*, przeł. G. Bluszczyk, B. Miracki, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1996.
- Tomasello M., *Kulturowe źródła ludzkiego poznania*, przeł. J. Rączaszek, Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa 2002.
- Trempała J., *Natura rozwoju psychicznego*, w: *Psychologia rozwoju człowieka*, red. J. Trempała, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2011, s. 28–49.
- Tyszkowa Z., *Przedmiot i metodologia pedagogiki rodziny. Sugestie z punktu widzenia poznańskiej szkoły socjologicznych badań nad rodziną*, w: *Pedagogika rodziny na progu XXI wieku. Rozwój, przedmiot, obszary refleksji i badań*, red. A.W. Janke, Wydawnictwo Edukacyjne Akapit, Toruń 2004, s. 25–33.
- Tyszkowa M., *Pojęcie rozwoju i zmiany rozwojowej*, w: *Psychologia rozwoju człowieka. Zagadnienia ogólne*, t. 1, red. M. Przetacznik-Gierowska, M. Tyszkowa, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1996, s. 45–56.
- Ustawa z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (tekst jednolity: Dz. U. z 1996 r. Nr 67, poz. 329).
- Vasta R., Haith M.M., Miller S.A., *Psychologia dziecka*, przeł. M. Babiuch i in., Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1995.
- Wadsworth B.J., *Teoria Piageta. Poznawczy i emocjonalny rozwój dziecka*, przeł. M. Babiuch, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1998.
- Walencik-Topiłko A., *Stymulacja sprawności językowej dziecka w młodszych wiekach szkolnym*, w: *Logopedia a specjalne potrzeby edukacyjne w obliczu reformy szkolnej*, red. W. Brejnak, E. Wolnicz-Pawłowska (seria: „Dyslalia w polskiej teorii i praktyce logopedycznej”, t. 2), Wydawnictwo Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego, Warszawa 2011, s. 87–95.
- Wilgocka-Okon B., *Dojrzałość szkolna dzieci a środowisko*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1972.
- Wilgocka-Okon B., *Gotowość szkolna dzieci sześciolatków*, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 2003.

- Wygotski L.S., *Narzędzie i znak w rozwoju dziecka*, przeł. B. Grell, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2006.
- Wygotski L.S., *Problem wieku rozwojowego*, przeł. B. Smykowski, w: tegoż, *Wybrane prace psychologiczne II – dzieciństwo i dorastanie*, przeł. A. Brzezińska i in., red. A. Brzezińska, M. Marchow, Zysk i S-ka, Poznań 2002, s. 85–90.
- Zaczyński W., *Praca badawcza nauczyciela*, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1995.
- Ziemska M., *Postawy rodzicielskie*, Wiedza Powszechna, Warszawa 1973.
- Zimbardo P.G., *Psychologia i życie*, przeł. E. Czerniawska i in., Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2002.
- Zyss T., *Neurofizjologiczne podłoże procesu mówienia – rola somatosensorycznej kontroli zakrętów zaśrodkowych*, w: *Biologiczne uwarunkowania rozwoju i zaburzeń mowy*, red. M. Michalik, Collegium Collumbinum, Kraków 2011, s. 35–46.
- Żebrowska M., *Psychologia rozwojowa dzieci i młodzieży*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1980.

Spis tabel

Tabela 1. Emocje według R.S. Lazarusa	48
Tabela 2. Fazy rozwoju prenatalnego dziecka	58
Tabela 3. Okresy rozwoju mowy z perspektywy komunikacyjnej	67
Tabela 4. Liczba uczniów biorących udział w pierwszym etapie badań	110
Tabela 5. Liczba uczniów biorących udział w drugim etapie badań	110
Tabela 6. Charakterystyka populacji ze względu na płeć	111
Tabela 7. Charakterystyka badanych grup ze względu na wiek	113
Tabela 8. Skład osobowy rodziny dzieci biorących udział w badaniach	114
Tabela 9. Posiadanie rodzeństwa przez uczestników badań	116
Tabela 10. Obecność w domu innego członka dalszej rodziny	117
Tabela 11. Posiadanie zwierzątka przez dziecko	118
Tabela 12. Aspekt formalny rysunku	121
Tabela 13. Interpretacja treści rysunku	122
Tabela 14. Wskaźniki dotyczące wybranych problemów emocjonalnych	124
Tabela 15. Ogólna liczba wskaźników – poczucie mniejszej wartości, bezradność i osamotnienie	139
Tabela 16. Wskaźnik – brak podstawy	140
Tabela 17. Wskaźnik – dewaloryzacja siebie lub pominięcie	140
Tabela 18. Wskaźnik – brak dłoni	140
Tabela 19. Ogólna liczba wskaźników – podwyższony poziom niepokoju ...	145
Tabela 20. Wskaźnik – duże puste przestrzenie na kartce	146
Tabela 21. Wskaźnik – słaby nacisk kredki	146
Tabela 22. Wskaźnik – drobne postacie	146
Tabela 23. Wskaźnik – jeden kolor/rysunek mało barwny	146
Tabela 24. Ogólna liczba wskaźników – trudności w komunikacji	153
Tabela 25. Wskaźnik – brak twarzy	154
Tabela 26. Wskaźnik – brak dłoni	154
Tabela 27. Wskaźnik – ustawienie postaci uniemożliwiające komunikację ..	155
Tabela 28. Wskaźnik – oddzielenie postaci	155
Tabela 29. Ogólna liczba wskaźników – agresja	160
Tabela 30. Wskaźnik – wielkie postacie	161

Tabela 31. Wskaźnik – silny nacisk kredki	161
Tabela 32. Wskaźnik – kolor czerwony i czarny	162
Tabela 33. Wskaźnik – agresja w treści	162
Tabela 34. Wskaźnik – dodany przedmiot lub zwierzę agresywne	163
Tabela 35. Ogólna liczba wskaźników – niepokój z agresją	164
Tabela 36. Wskaźnik – duże puste przestrzenie na kartce	166
Tabela 37. Wskaźnik – silny nacisk kredki	166
Tabela 38. Wskaźnik – drobne postacie, tzw. patyczaki	166
Tabela 39. Wskaźnik – nacisk kredki i brak koloru	167
Tabela 40. Wskaźnik – treść i kolor lub nacisk	167
Tabela 41. Ogólna liczba wskaźników – zdrowa emocjonalność	171
Tabela 42. Wskaźnik – żywe kolory	171
Tabela 43. Wskaźnik – ruch postaci	172
Tabela 44. Wskaźnik – elementy dodane żywe/natura	172
Tabela 45. Wskaźnik – wykorzystanie przestrzeni na kartce	173
Tabela 46. Doświadczenie bycia wyśmianym	177
Tabela 47. Stosunek do wystąpień publicznych	179
Tabela 48. Reagowanie na trudności	181
Tabela 49. Sytuacje powodujące zdenerwowanie	182
Tabela 50. Posiadanie bliskiego kolegi/koleżanki	183
Tabela 51. Stosunek do szkoły	185
Tabela 52. Towarzysze zabaw	186
Tabela 53. Sposoby spędzania wolnego czasu	187
Tabela 54. Analiza wariancji dla średniej liczby wskaźników – poczucie mniejszej wartości i bezradności	190
Tabela 55. Zmienna zależna: poczucie mniejszej wartości i bezradności	191
Tabela 56. Analiza wariancji dla średniej liczby wskaźników – podwyższony poziom niepokoju	192
Tabela 57. Zmienna zależna: podwyższony poziom niepokoju	193
Tabela 58. Analiza wariancji dla średniej liczby wskaźników – agresja	193
Tabela 59. Zmienna zależna – agresja	194
Tabela 60. Analiza wariancji dla średniej liczby wskaźników – niepokój z agresją	195
Tabela 61. Zmienna zależna – niepokój z agresją	196
Tabela 62. Porównania zaplanowane: grupa oraz płeć	196
Tabela 63. Analiza wariancji dla średniej liczby wskaźników – trudności w komunikacji	197
Tabela 64. Zmienna zależna: trudności w komunikacji	198
Tabela 65. Analiza wariancji dla średniej liczby wskaźników – zdrowa emocjonalność	199
Tabela 66. Zmienna zależna: zdrowa emocjonalność	200
Tabela 67. Porównanie zaplanowane: grupa oraz płeć	217

Spis schematów

Schemat 1. Kształtowanie się stałości liczby	27
Schemat 2. Schemat poznawczej teorii pobudzenia według R.S. Lazarusa	47
Schemat 3. Zachowania językowe według S. Grabiasa	55
Schemat 4. Sprawności niezbędne w budowaniu wypowiedzi według S. Grabiasa	56
Schemat 5. Model cyrkularny funkcjonowania dzieci z dyslalią	205
Schemat 6. Model cyrkularny funkcjonowania dzieci z dyslalią – problem poczucia mniejszej wartości, bezradności i osamotnienia	206
Schemat 7. Model cyrkularny funkcjonowania dzieci z dyslalią – problem podwyższonego poziomu niepokoju	212
Schemat 8. Model cyrkularny funkcjonowania dzieci z dyslalią – problem podwyższonego poziomu niepokoju, łączonego z tendencjami agresywnymi	216
Schemat 9. Model cyrkularny funkcjonowania dziecka z dyslalią – trudności w podejmowaniu komunikacji	221

Spis wykresów

Wykres 1. Wady wymowy u dzieci w grupie logopedycznej	111
Wykres 2. Wady wymowy z podziałem na płeć badanych	112
Wykres 3. Średnia liczba wskaźników niepokoju z agresją	197
Wykres 4. Średnia liczba wskaźników niepokoju z agresją	217

Aneksy

Aneks 1

Dane uzyskane na temat uczestników badań na podstawie metryczki uzupełnianej w trakcie badania

Kod – osoba badana ¹	Czas badania (min)	Rodzina ²	Rodzeństwo ³	Zwierzę ⁴	Pokój ⁵	Nastój badanego ⁶	Stosunek do badania ⁷
D1/14/L	32	1	0	0	0	2,4	3
D2/14/L	19	1	0	0	0	2,4	3
D3/14/L	16	1	0	1	0	2,4	3
D4/14/L	17	1	1	1	1	1	2
D5/14/L	26	1	0	0	0	1	1
D6/14/L	22	1	0	0	0	1	2
D7/14/L	29	0	0	0	0	1	1
D8/14/L	24	1	1	0	2	1	1
D9/14/L	20	0	0	1	0	4	3
D10/14/L	22	1	1	0	2	4	3
D11/14/L	24	1	1	1	0	1	1
D12/14/L	19	1	1	1	1	2,4	3
D13/14/L	23	1	0	1	2	1	2
D14/14/L	19	1	0	0	0	2,4	3
D15/14/L	32	0	0	0	2	1	1
D16/14/L	15	1	0	0	0	1	2
D17/15/L	21	1	0	1	2	1	2
D18/15/L	25	1	1	1	1	1	1

Kod – osoba badana ¹	Czas badania (min)	Rodzina ²	Rodzeństwo ³	Zwierzę ⁴	Pokój ⁵	Nastój badanego ⁶	Stosunek do badania ⁷
D19/15/L	26	1	1	1	1	1	1
D20/15/L	28	1	1	0	1	5,6	2
D21/15/L	26	1	1	0	0	2	2
D22/15/L	27	1	1	0	0	5	3
D23/15/L	24	1	1	1	1	6	2
D24/15/L	22	1	1	0	1	6	1
D25/15/L	25	1	1	1	0	1	2
D26/15/L	26	1	0	0	0	3	3
D27/15/L	29	1	1	0	1	2	2
D28/15/L	26	1	1	0	0	1	2
D29/15/L	20	1	0	0	0	2,4	3
D30/15/L	29	1	0	0	0	1	1
C1/14/L	17	1	1	1	1	2,4	3
C2/14/L	27	1	0	0	0	4,5	3
C3/14/L	22	1	1	1	1	2,4	3
C4/14/L	16	1	1	0	0	6	4
C5/14/L	25	1	1	0	2	2,4	2
C6/14/L	24	1	1	0	1	2,5	4
C7/14/L	22	1	1	1	1	2,4	3
C8/14/L	18	1	0	0	0	5	4
C9/14/L	16	1	1	0	1	2,4,5	3
C10/14/L	20	1	1	0	1	1	1
C11/14/L	25	1	1	0	1	4,5	2
C12/14/L	21	1	1	0	1	2,6	3
C13/14/L	33	1	1	0	1	2,5,6	3
C14/14/L	19	1	1	0	1	2,4,5	4
C15/15/L	23	1	1	0	1	2	3
C16/15/L	19	1	0	0	0	5,6	4
C17/15/L	25	1	0	0	0	2	3
C18/15/L	24	1	0	0	0	2	3
C19/15/L	22	1	0	0	0	1	2
C20/15/L	23	1	1	0	1	5	3
C21/15/L	25	1	1	1	0	1	1

Kod – osoba badana ¹	Czas badania (min)	Rodzina ²	Rodzeństwo ³	Zwierzę ⁴	Pokój ⁵	Nastroj badanego ⁶	Stosunek do badania ⁷
C22/15/L	26	1	0	0	0	2	4
C23/15/L	22	1	1	0	1	5	2
C24/15/L	27	1	1	1	1	2,4	3
C25/15/L	32	1	0	0	0	5,6	4
C26/15/L	22	1	1	0	0	3	3
C27/15/L	26	1	1	0	0	5,6	3
C28/15/L	24	1	0	0	0	3	3
C29/15/L	19	1	1	0	1	5	4
C30/15/L	21	1	0	0	0	6	4
D1/14/nL	28	1	0	0	0	2,4	3
D2/14/nL	21	1	0	1	0	2,4	3
D3/14/nL	34	0	1	0	1	6	1
D4/14/nL	23	1	1	0	1	3	3
D5/14/nL	24	1	1	1	1	1	1
D6/14/nL	23	1	0	0	0	1	3
D7/14/nL	27	1	1	0	1	1	2
D8/14/nL	26	1	1	0	1	2,5	3
D9/14/nL	18	1	1	0	0	1	2
D10/14/nL	27	1	1	0	0	1	1
D11/14/nL	19	0	1	0	1	1	3
D12/14/nL	19	1	0	0	0	1	1
D13/14/nL	32	1	1	0	0	1	1
D14/14/nL	23	1	0	1	0	1,4	2
D15/14/nL	25	1	0	1	0	1	1
D16/14/nL	29	1	1	0	1	1	1
D17/14/nL	25	1	1	0	1	1	1
D18/14/nL	22	1	1	0	1	1	2
D19/14/nL	28	1	1	0	0	1	1
D20/15/nL	35	1	0	0	0	1	2
D21/15/nL	24	1	1	0	1	3	3
D22/15/nL	39	1	1	0	0	5,6	2
D23/15/nL	28	1	1	1	1	3	3
D24/15/nL	25	1	1	1	1	1	2

Kod – osoba badana ¹	Czas badania (min)	Rodzina ²	Rodzeństwo ³	Zwierzę ⁴	Pokój ⁵	Nastój badanego ⁶	Stosunek do badania ⁷
D25/15/nL	24	1	1	1	0	6	1
D26/15/nL	25	1	0	0	0	2	2
D27/15/nL	20	1	0	0	0	5,6	1
D28/15/nL	22	1	0	0	0	6	2
D29/15/nL	23	1	0	1	0	1	1
D30/15/nL	21	1	0	0	0	2,5	4
C1/14/nL	26	1	1	1	0	4	3
C2/14/nL	29	1	1	1	0	1	1
C3/14/nL	17	1	1	0	1	2	3
C4/14/nL	21	1	1	1	0	6	2
C5/14/nL	20	1	1	0	0	1	1
C6/14/nL	22	1	1	0	2	2,5	4
C7/14/nL	18	1	1	0	0	4,5	3
C8/14/nL	21	1	1	0	1	5	4
C9/14/nL	26	1	0	0	0	1,6	2
C10/14/nL	19	1	1	0	1	1	2
C11/13/nL	25	1	1	0	0	3	3
C12/14/nL	26	1	1	0	1	1	2
C13/14/nL	24	1	0	0	0	2	2
C14/15/nL	29	1	1	0	1	6	2
C15/15/nL	23	1	0	0	0	1	2
C16/15/nL	19	1	1	0	1	2	3
C17/15/nL	21	1	1	0	1	2	3
C18/15/nL	25	1	1	1	0	6	2
C19/15/nL	26	1	1	0	1	1	1
C20/15/nL	31	1	0	0	0	6	3
C21/15/nL	25	1	1	1	1	5	2
C22/15/nL	22	1	1	1	0	2,5	3
C23/15/nL	19	1	1	0	0	2,4	2
C24/15/nL	32	1	1	0	1	1	2
C25/15/nL	29	1	1	0	0	1	2
C26/15/nL	33	1	1	1	0	6	1
C27/15/nL	24	1	0	0	0	4	2

Kod – osoba badana ¹	Czas badania (min)	Rodzina ²	Rodzeństwo ³	Zwierzę ⁴	Pokój ⁵	Nastroj badanego ⁶	Stosunek do badania ⁷
C28/15/nL	25	1	1	0	0	5	4
C29/15/nL	29	1	1	0	1	5	3
C30/15/nL	24	1	1	0	1	6	2

¹ D – dziewczynka, C – chłopiec, numer w grupie/rok badania/L – grupa logopedyczna, nL – grupa nielogopedyczna.

² 1 – pełna, 0 – rozbita.

³ 0 – jedynak, 1 – rodzeństwo.

⁴ 0 – brak zwierzęcia, 1 – jest zwierzę w domu dziecka.

⁵ 0 – sam, 1 – rodzeństwo, 2 – rodzice.

⁶ 1 – pogodny, 2 – niespokojny, 3 – apatyczny, 4 – lękowy, 5 – rozdrażniony, 6 – pobudzony (dane prezentowane w tej kolumnie są notatkami prowadzącej badania w celu analizy przy omawianiu w zespole sędziów kompetentnych; nie podlegały analizie statystycznej, miały charakter prywatnych zapisków).

⁷ 1 – bardzo zainteresowany, 2 – zainteresowany, 3 – bierny, 4 – negatywny (dane zaprezentowane w tej kolumnie są notatkami prowadzącej badania w celu analizy przy omawianiu w zespole sędziów kompetentnych; nie podlegały analizie statystycznej, miały charakter prywatnych zapisków).

Aneks 2

Karta informacyjna wykorzystana podczas badania za pomocą *Projekcyjnego Rysunku Rodziny*

Data badania:

Czas badania

METRYCZKA

Imię i nazwisko	
Wiek/klasa	
Zaburzenie mowy	
Rodzina: pełna/zrekonstruowana/zastępcza/rozbita	
Osoby należące do	
Czy ktoś jeszcze z Wami mieszka?	
.....	
Czy w domu jest jakieś zwierzę?	
.....	
Z kim mieszkasz w pokoju?	
.....	

Informacje dodatkowe:

.....

Nastroj badanego:

pogodny, niespokojny, apatyczny, lękowy, rozdrażniony, podniecony

.....

Stosunek do badania:

bardzo zainteresowany, zainteresowany, bierny, negatywistyczny

.....

Zachowanie badanego podczas badania:

.....

.....

.....

RYSUNEK RODZINY

Polecenie: *Narysuj swoją rodzinę*

Kolejność rysowania:



Wywiad z dzieckiem po ukończeniu rysunku

Opowiedz mi o rodzinie, którą narysowałeś?

.....

Gdzie są narysowane osoby? Co robią?

.....

Kogo najbardziej lubisz w tej rodzinie? Dlaczego?

.....

Kogo najmniej lubisz w tej rodzinie? Dlaczego?

.....

Dlaczego nie narysowałeś? (w przypadku, kiedy dziecko rysując własną rodzinę, pomija na rysunku postacie wchodzące w jej skład)

.....

Inne wypowiedzi badanego dotyczące własnej rodziny

.....

.....

.....

	WSKAŹNIKI	+/-
NIEPOKÓJ, SMUTEK	BRAK PODSTAWY	
	DUŻE PUSTE PRZESTRZENIE NA KARTCE	
	MALUTKIE POSTACIE	
	CIAŁO NIEPEŁNE	
	SŁABY NACISK KREDKI	
	MAŁO BARW	
	POMINIĘCIE SIEBIE	
	PRZESUNIĘCIE W DÓŁ NA KARTCE	
AGRESYWNOSĆ	WIELKIE POSTACIE	
	SILNY NACISK KREDKI	
	OSTRE KOLORY (ZWŁASZCZA CZERWONY I CZARNY)	
	DODANE ELEMENTY „AGRESYWNE”	
	ZAZNACZENIE ELEMENTÓW AGRESYWNYCH	
	AGRESJA W TREŚCI	
WSKAŹNIKI POZYTYWNE	DUŻO BARW	
	WYKORZYSTANA CAŁA PRZESTRZEŃ NA KARTCE	
	ELEMENTY DODANE, ZWŁASZCZA NATURA OŻYWIONA	
	RUCH, DZIAŁANIE OSÓB PRZEDSTAWIONYCH NA RYSUNKU	
	OSOBY PRZEDSTAWIONE SĄ NA PODSTAWIE/PODŁOŻU	
	TWARZE	
	DŁONIE	
	AUTOR „JAK INNI” – BEZ DEWALORYZACJI I WALORYZACJI	

Aneks 3

Scenariusz zajęć integracyjnych

Temat warsztatów: Wszyscy w naszej klasie jesteśmy wyjątkowi

Cele ogólne:

- Uświadomienie uczniom problemów, jakie mogą mieć dzieci z wadami wymowy.
- Rozwijanie postawy empatii i życzliwości wobec kolegów z dyslalią.

Cele szczegółowe:

- Uczeń opisuje, czym jest wada wymowy.
- Uczeń wskazuje przyczyny wad wymowy.
- Uczeń określa emocje towarzyszące, gdy nie potrafi sobie z czymś poradzić.
- Uczeń wie, że jego zachowanie wobec innych ma ogromne znaczenie.
- Uczeń wykonuje ćwiczenia usprawniające aparat artykulacyjny.

Metody pracy:

- słowna – pogadanka,
- oglądowa – pokaz multimedialny,
- działań praktycznych,
- aktywizująca – burza mózgów.

Formy pracy:

- zbiorowa jednolita i zróżnicowana,
- indywidualna.

Środki dydaktyczne:

Szpatułki laryngologiczne sterylne.

Przebieg zajęć:

1. Nauczyciel wita dzieci oraz przedstawia gościa, którym jest szkolny logopeda.
2. Wszyscy ustawiają się na dywanie w kręgu w celu przywitania się w zabawie „iskierka” (podajemy sobie ręce i wybrana osoba na znak przywitania ściska dłoń osoby stojącej obok, i tak gest przywitania wędruje w kręgu, aż wróci do osoby, która „puściła” go jako pierwsza). Uczestnicy warsztatów siadają na dywanie.
3. W celu wprowadzenia do tematu nauczyciel prosi logopedę, by w kilku słowach opowiedział dzieciom, na czym polega jego praca. Przykładowa wypowiedź skierowana do dzieci w pierwszej klasie:
„Praca logopedy polega na pomaganiu osobom, które mają problemy z mówieniem. Logopeda może pracować zarówno z dziećmi, jak i z osobami dorosłymi [tutaj warto zapytać dzieci, czy wiedzą, dlaczego tak jest – z zamiarem ustalenia, czy domyślają się, jakie są przyczyny potrzebowania przez kogoś pomocy

logopedy]. W zależności od udzielonych odpowiedzi, logopeda podsumowuje przyczyny problemów logopedycznych:

- nieprawidłowa budowa aparatu artykulacyjnego, czyli wytlumaczenie jakich części ciała to dotyczy;
- nieprawidłowe wzorce wymawianiowe, podanie przykładów niedbania o poprawność wymowy od najmłodszych lat życia;
- nieprawidłowe nawyki, np. spożywanie zbyt długo płynnych pokarmów czy ssanie palca;
- pozostałe określić jako niezależne od osoby, która ma problemy w mówieniu. Dalej należałoby zwięźle omówić proces terapeutyczny, ze wskazaniem na różnorodność ćwiczeń atrakcyjnych dla pacjenta. Warto podać przykłady: wykorzystanie dmuchajki logopedycznej, baniek mydlanych itp., jak i podkreślić, że niestety terapia jest zazwyczaj długa i wymaga ciężkiej pracy”.

4. Ćwiczenie mające na celu uświadomienie uczestnikom tego, co czuje osoba, gdy ma trudności z poprawnym mówieniem. Każdy uczeń otrzymuje sterylną szpatułkę laryngologiczną. Polecenie brzmi: ułóż szpatułkę w buzi, np. pod językiem, między zębami, między zębami a policzkiem, następnie przywitaj się z pozostałymi uczestnikami warsztatów, np.: „witam was serdecznie”, „miło was widzieć”, „jak się macie?” itp. Najpierw zadanie wykonuje nauczyciel i logopeda, a następnie każde dziecko. Po ukończeniu zadania nauczyciel podaje polecenie: zastanów się, co czułeś, jakie emocje towarzyszyły ci, gdy witałeś się z pozostałymi uczestnikami warsztatów.
5. Rozmowa na temat przeżyć emocjonalnych, jakie towarzyszyły dzieciom.
6. Wyciągnięcie wniosków, które powinny sprowadzać się do następujących postulatów:
 - osoby, które mówią np. niewyraźnie, mogą wstydzić się mówić do większej liczby osób;
 - nie wolno śmiać się, gdy osoba mająca problemy logopedyczne mówi do nas, gdyż może jej to sprawić przykrość;
 - staramy się traktować osobę, która ma problemy w mówieniu, tak samo jak rozmówców, którzy nie mają problemów w tym zakresie;
 - często problemy z wyraźnym mówieniem nie zależą od danej osoby, po prostu tak jak inne cechy naszego wyglądu.
7. Zadanie indywidualne dla każdego dziecka. Na kartkach bloku rysunkowego dzieci rysują: „coś, czego w sobie nie lubią”, np.: „jestem niższy niż wszyscy w klasie”, „mam rude włosy”, „mam piegi”, „mówię niewyraźnie” itp.
8. Następnie każde dziecko opowiada o tym, co narysowało. Nauczyciel podsumowuje: „Każdy z nas ma pewne cechy wyglądu/brak umiejętności, których w sobie nie akceptuje, ale one nie są od nas zależne. Z czasem mogą się zmienić, np. ktoś podrośnie czy w wyniku terapii nauczy się mówić poprawnie. Jednak

należy pamiętać, że nie wolno nam wyśmiewać się z innych, gdyż to rani, a nasze niedoskonałości często nie zależą od nas samych. Dziś poznaliście siebie nawzajem, każdy z was narysował na kartce to, co chciałby w sobie zmienić. Pamiętając o tym, co boli naszych kolegów i koleżanki, będziemy starać się nawzajem nie sprawiać sobie przykrości. Dziś nasze rysunki schowamy w kopercie, a na znak, że od dzisiaj wzajemnie szanujemy się i nie sprawiamy sobie przykrości, każdy podpisze się na kopercie. Koperta będzie schowana w biurku”.

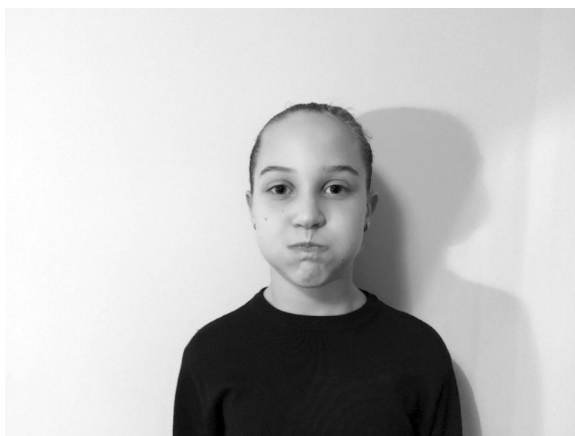
9. Zadanie relaksacyjne: ponieważ dzisiejsze zajęcia poświęcone są poznaniu osób, które mają problemy logopedyczne, dlatego też na chwilę pocujemy się jak uczestnicy terapii logopedycznej. Logopeda przeprowadza kilka ćwiczeń usprawniających aparat artykulacyjny, np. ćwiczenia doskonalące sprawność języka, ćwiczenia doskonalące sprawność warg, ćwiczenia oddechowe.
10. Zadanie integrujące grupę: każdy uczeń otrzymuje kartkę ze swoim imieniem. Polecenie nauczyciela: „Każdy z was przekazuje kartkę wybranej osobie, a ta rysuje lub pisze, co we właścicielu kartki lubi/ceni. Staramy się każdej koleżance i koledze w klasie napisać/narysować coś od siebie. Nie podpisujemy się, informacje są anonimowe”. Dzieci w grupie wykonują zadanie.
11. Podsumowanie: „Każdy z was otrzymał kilka informacji na swój temat. Jak widzicie, są to miłe wiadomości. Jak wiele w każdym z was jest dobrych i pięknych cech, zarówno w wyglądzie, jak i zachowaniu. Pamiętajcie o tym każdego dnia. Jednocześnie musimy wiedzieć, że każdy z nas boryka się z różnymi trudnościami. Powinniśmy wspierać się i szanować wzajemnie.

Aneks 4

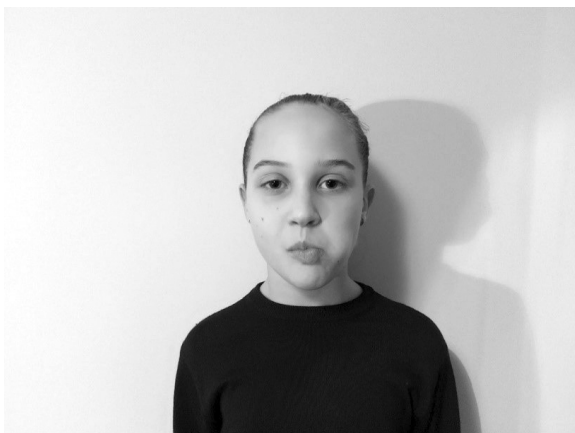
„Gimnastyka buzi i języka” – zestawy ćwiczeń do gimnastyki śródlekcyjnej

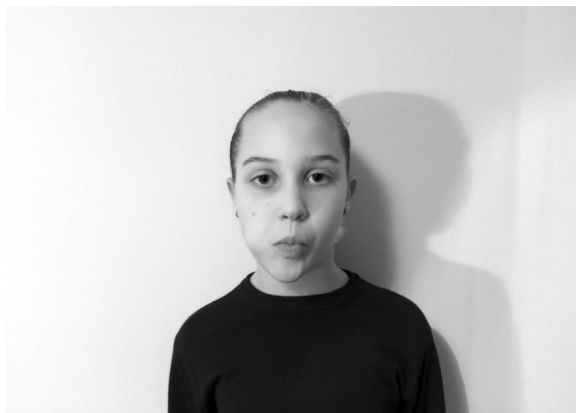
Zestaw I

1. Łapiemy powietrze do ust i staramy się jak najdłużej je utrzymać, nauczyciel odlicza: 1, 2, 3, 4, 5 i puszczamy.

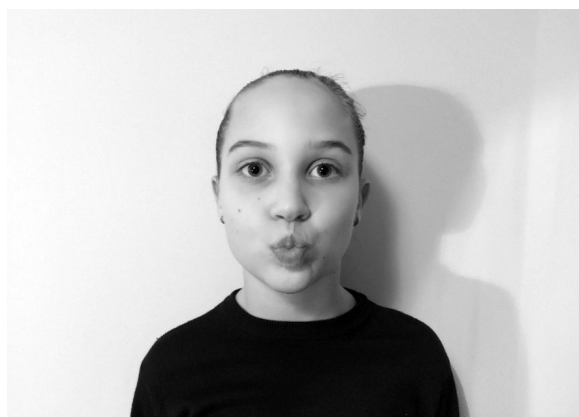


2. Zabawa w parach: językiem wypychamy jeden policzek, na zmianę wypychamy przeciwne policzki.





3. „Posyłamy buziaka”.



4. „Uśmiechamy się do siebie”.



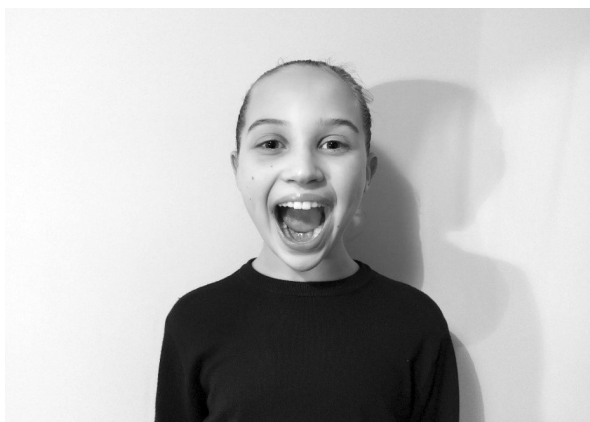
Zestaw II (potrzebne pomoce: waciki kosmetyczne, rurki do napojów)

1. Przenoszenie wacików z jednego miejsca na biurku na inne za pomocą rurki do napojów, którą trzymamy w ustach.
2. Mecz z wykorzystaniem wacików, dzieci w parach ustawiają się po przeciwnych stronach ławki. Mając rurki w buzi, starają się zdmuchnąć wacik na stronę kolegi.
3. Zabawa na czas dla całej klasy, dzieci biorą udział parami. Każda para otrzymuje taką samą liczbę wacików i po jednej rurce dla każdego dziecka. Następnie na znak nauczyciela, który określa czas, np. 1 minuta, dzieci starają się zebrać (posprzątać) do worków/kartoników rozsypane waciki, ale wykorzystując w tym celu rurki, które trzymają w ustach. Wygrywa ta para, która zbierze (sprzątnie) najwięcej wacików.

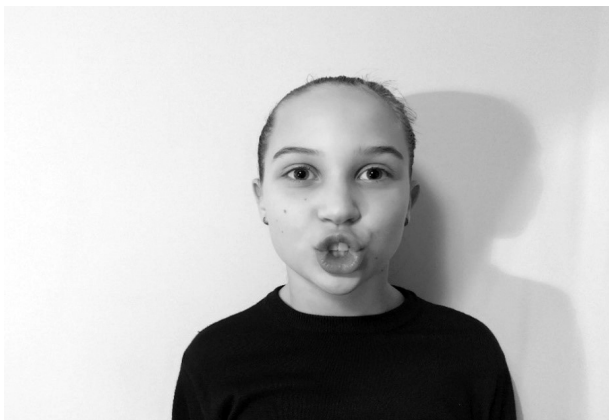
Zestaw III

1. Nauczyciel prezentuje dzieciom ilustracje zwierząt, instruując, jak mają układać aparat artykulacyjny na widok danego zdjęcia, np.

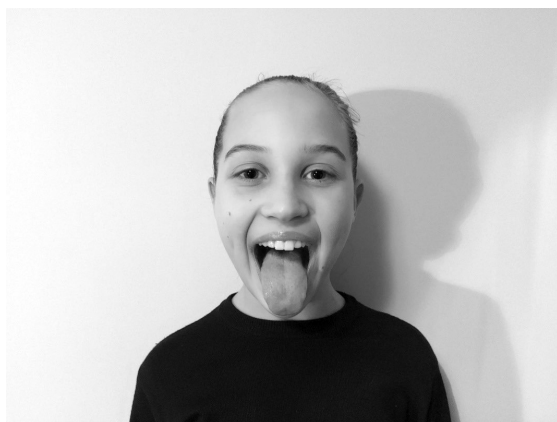
„Lew – otwieramy szeroko buzię jak lew paszczę”:



„Ryba – mały dziubek jak u ryby”:



„Pies – wysuwamy język tak jak pies, który się zmęczył”:



2. Zabawa na czas: „Kto dłużej potrafi wykonywać dane ćwiczenie, np. lwa, rybę czy psa”.
3. Zabawa: „Kto pierwszy się pomyli” – nauczyciel w dowolnej kolejności wymienia zwierzęta, a dzieci, np. w parach, wykonują odpowiednie miny. Przegrywa ten, kto pierwszy się pomyli.

Aneks 5

Ćwiczenie do zajęć logopedycznych wspierające pracę nad emocjami dziecka w procesie terapii

1. Jak oceniasz czas od ostatnich zajęć logopedycznych?

Narysuj lub napisz, co się wydarzyło obok właściwej „buźki”.

2. Pokoloruj lub zaznacz „buźkę” jak dokończenie zdania:

Gdy myślę o tym, jak mówię, jest mi...		
Gdy myślę o tym, że muszę ćwiczyć z logopedii, jest mi...		
Gdy muszę mówić w klasie przed wszystkimi, jest mi...		
Gdy muszę z kimś rozmawiać, jest mi...		

Aneks 6

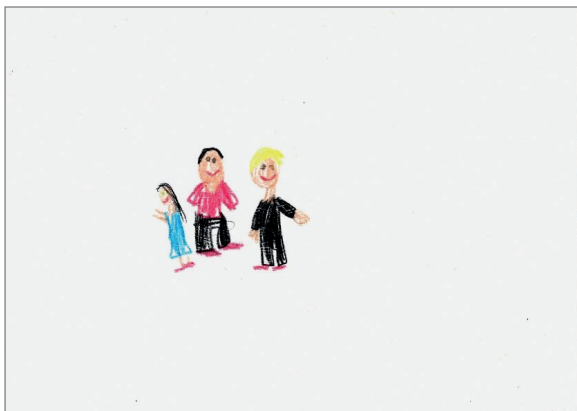
Zgromadzony materiał badawczy – rysunki dzieci biorących udział w badaniach



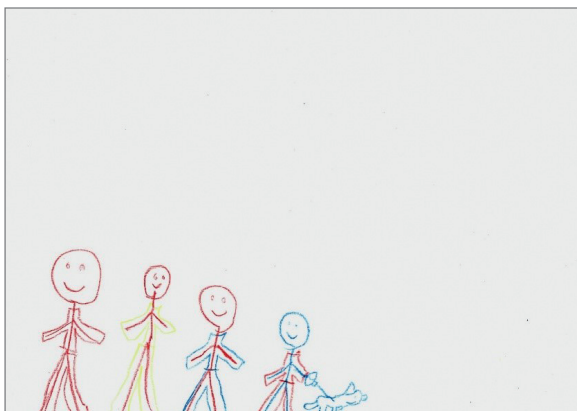
Rysunek 1. D1/14/L



Rysunek 2. D2/14/L



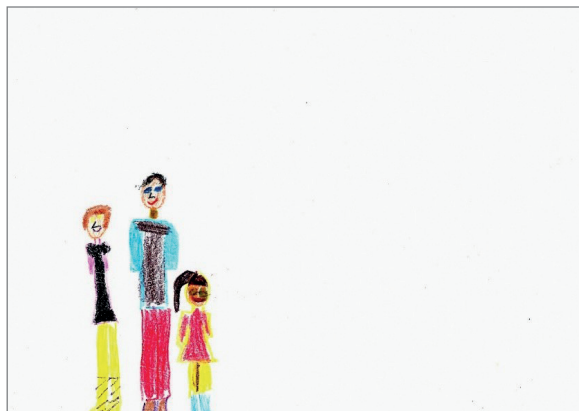
Rysunek 3. D3/14/L



Rysunek 4. D4/14/L



Rysunek 5. D5/14/L



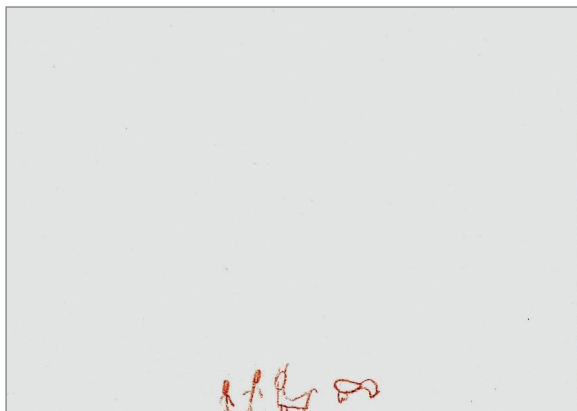
Rysunek 6. D6/14/L



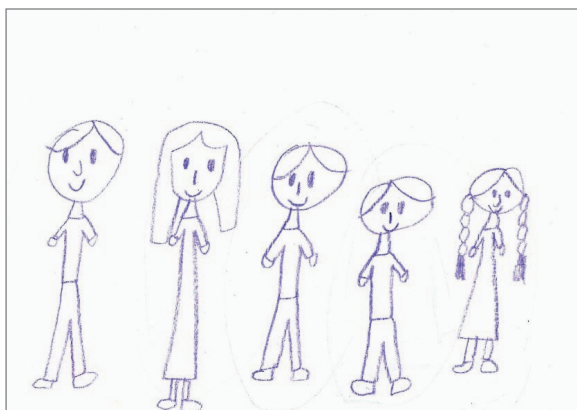
Rysunek 7. D7/14/L



Rysunek 8. D8/14/L



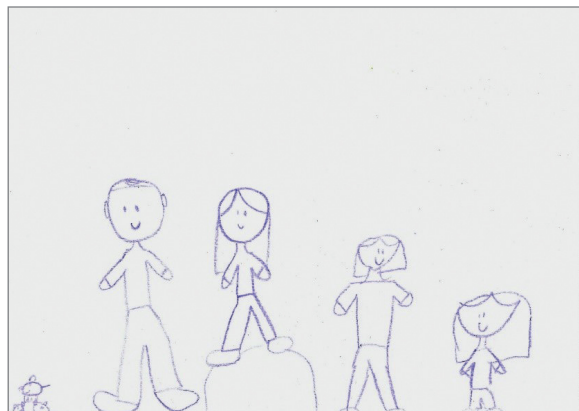
Rysunek 9. D9/14/L



Rysunek 10. D10/14/L



Rysunek 11. D11/14/L



Rysunek 12. D12/14/L



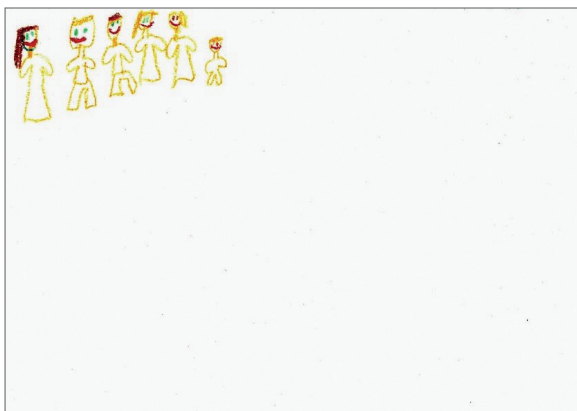
Rysunek 13. D13/14/L



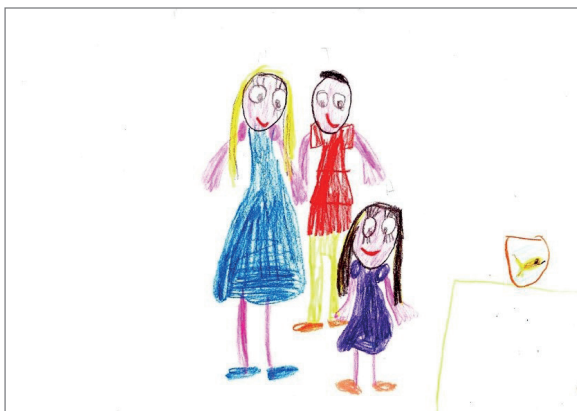
Rysunek 14. D14/14/L



Rysunek 15. D15/14/L



Rysunek 16. D16/14/L



Rysunek 17. D17/15/L



Rysunek 18. D18/15/L



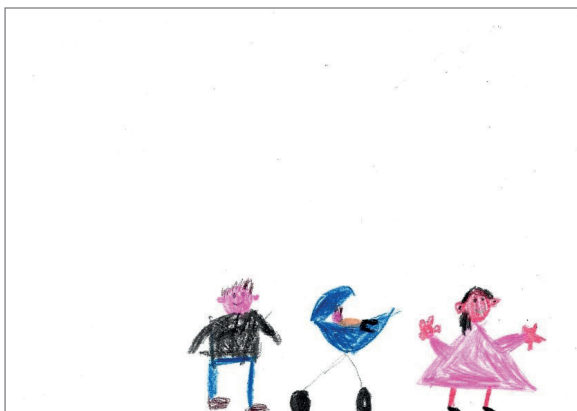
Rysunek 19. D19/15/L



Rysunek 20. D20/15/L



Rysunek 21. D21/15/L



Rysunek 22. D22/15/L



Rysunek 23. D23/15/L



Rysunek 24. D24/15/L



Rysunek 25. D25/15/L



Rysunek 26. D26/15/L



Rysunek 27. D27/15/L



Rysunek 28. D28/15/L



Rysunek 29. D29/15/L



Rysunek 30. D30/15/L



Rysunek 31. C1/14/L



Rysunek 32. C2/14/L



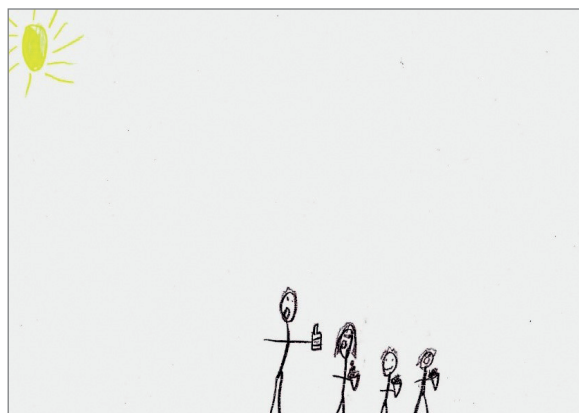
Rysunek 33. C3/14/L



Rysunek 34. C4/14/L



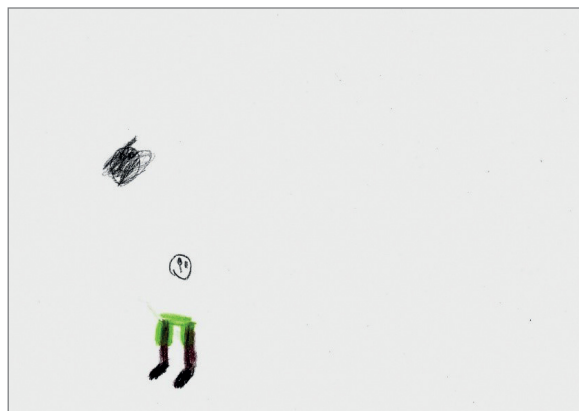
Rysunek 35. C5/14/L



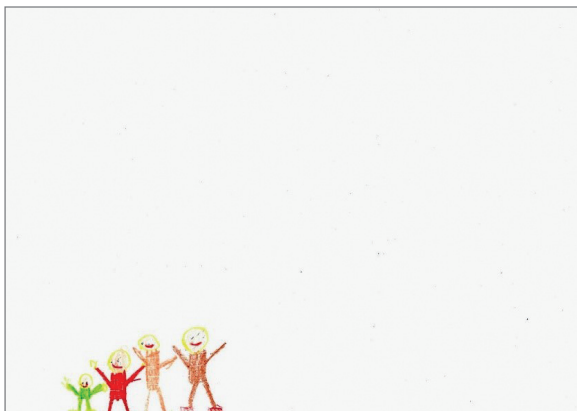
Rysunek 36. C6/14/L



Rysunek 37. C7/14/L



Rysunek 38. C8/14/L



Rysunek 39. C9/14/L



Rysunek 40. C10/14/L



Rysunek 41. C11/14/L



Rysunek 45. C15/15/L



Rysunek 46. C16a/15/L



Rysunek 47. C16b/15/L



Rysunek 48. C17/15/L



Rysunek 49. C18/15/L



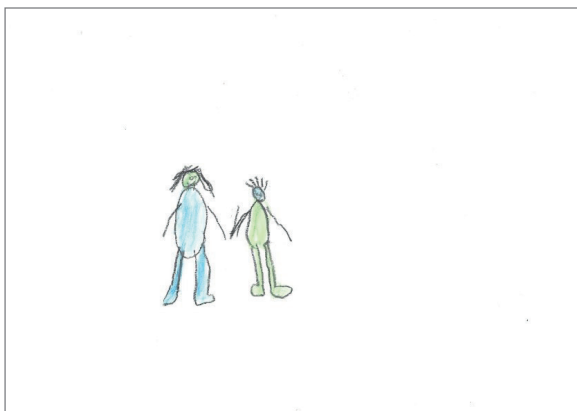
Rysunek 50. C19/15/L



Rysunek 51. C20/15/L



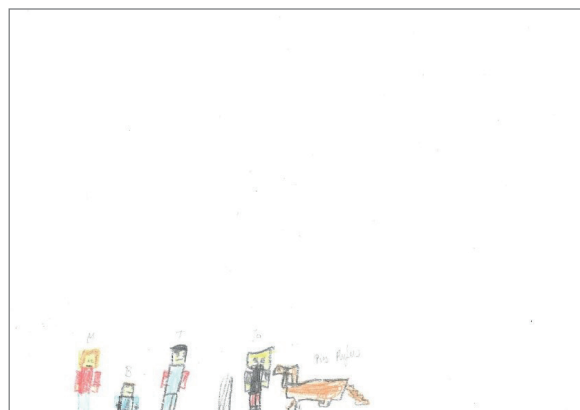
Rysunek 52. C21/15/L



Rysunek 53. C22/15/L



Rysunek 54. C23/15/L



Rysunek 55. C24/15/L



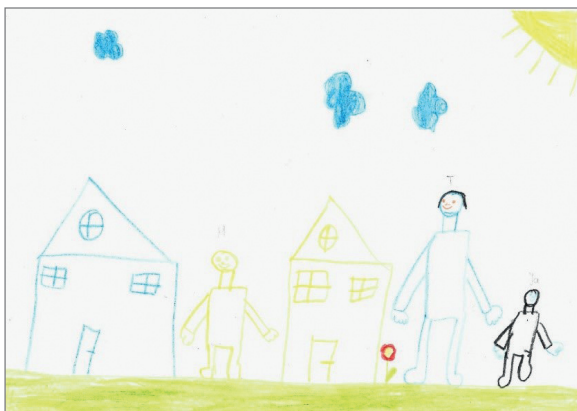
Rysunek 56. C25/15/L



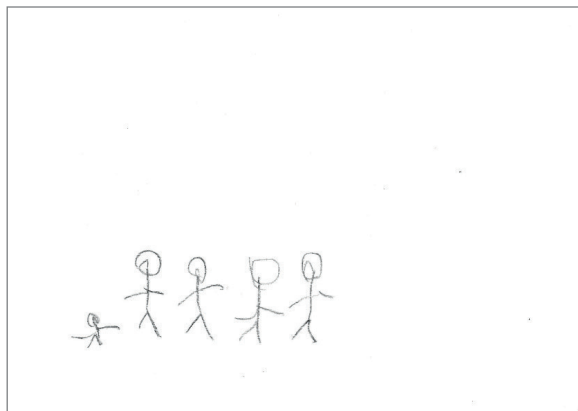
Rysunek 57. C26/15/L



Rysunek 58. C27/15/L



Rysunek 59. C28/15/L



Rysunek 60. C29/15/L



Rysunek 61. C30/15/L



Rysunek 62. D1/14/NL



Rysunek 63. D2/14/NL



Rysunek 64. D3/14/NL



Rysunek 65. D4/14/NL



Rysunek 66. D5/14/NL



Rysunek 67. D6/14/NL



Rysunek 68. D7/14/NL



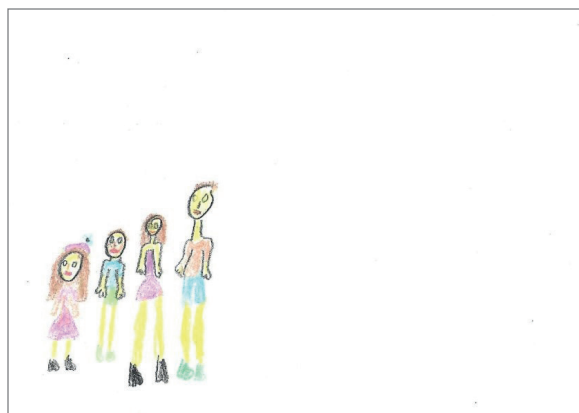
Rysunek 69. D8/14/NL



Rysunek 70. D9/14/NL



Rysunek 71. D10/14/NL



Rysunek 72. D11/14/NL



Rysunek 73. D12/14/NL



Rysunek 74. D13/14/NL



Rysunek 75. D14/14/NL



Rysunek 76. D15/14/NL



Rysunek 77. D16/14/NL



Rysunek 78. D17/14/NL



Rysunek 79. D18/14/NL



Rysunek 80. D19/14/NL



Rysunek 81. D20/15/NL



Rysunek 82. D21/15/NL



Rysunek 83. D22/15/NL



Rysunek 84. D23/15/NL



Rysunek 85. D24/15/NL



Rysunek 86. D25/15/NL



Rysunek 87. D26/15/NL



Rysunek 88. D27/15/NL



Rysunek 89. D28/15/NL



Rysunek 90. D29/15/NL



Rysunek 91. D30/15/NL



Rysunek 92. C1/14/NL



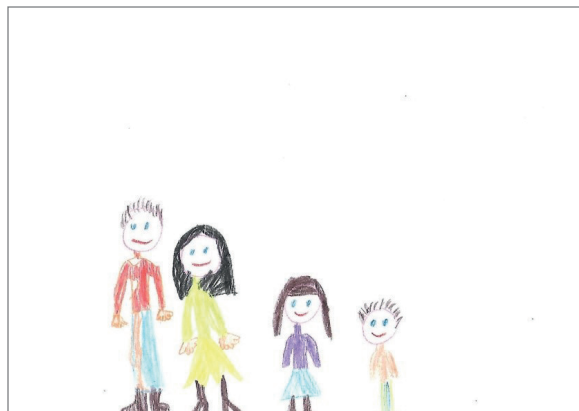
Rysunek 93. C2/14/NL



Rysunek 94. C3/14/NL



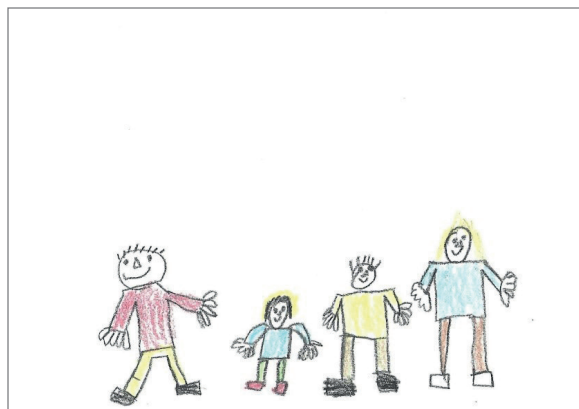
Rysunek 95. C4/14/NL



Rysunek 96. C5/14/NL



Rysunek 97. C6/14/NL



Rysunek 98. C7/14/NL



Rysunek 99. C8/14/NL



Rysunek 100. C9/14/NL



Rysunek 101. C10/14/NL



Rysunek 102. C11/14/NL



Rysunek 103. C12/14/NL



Rysunek 104. C13/14/NL



Rysunek 105. C14/15/NL



Rysunek 106. C15/15/NL



Rysunek 107. C16/15/NL



Rysunek 108. C17/15/NL



Rysunek 109. C18/15/NL



Rysunek 110. C19/15/NL



Rysunek 111. C20/15/NL



Rysunek 112. C21/15/NL



Rysunek 113. C22/15/NL



Rysunek 114. C23/15/NL



Rysunek 115. C24/15/NL



Rysunek 116. C25/15/NL



Rysunek 117. C26/15/NL



Rysunek 118. C27/15/NL



Rysunek 119. C28/15/NL



Rysunek 120. C29/15/NL



Rysunek 121. C30/15/NL

Aneks 7

Kwestionariusz wywiadu

1. Jak ma na imię Twój najlepszy kolega lub koleżanka?
2. Czy lubisz chodzić do szkoły?
3. Czy ktoś się śmieje z Ciebie lub dokucza Ci w szkole?
4. Czy lubisz występować na akademiach lub w przedstawieniach szkolnych?
5. Co robisz, gdy coś Ci się nie udaje?
6. Kiedy najbardziej się denerwujesz?
7. Kiedy masz dużo wolnego czasu i sam wybierasz, co możesz robić, to jak spędzasz czas?
8. Kiedy jest Ci smutno?
9. Z kim lubisz się bawić?
10. Czego najbardziej nie lubisz?

Indeks osób

- Aebli Hans 23
Aronson Eliot 9
Aronson Joshua 9
- Bakiera Lucyna 17
Bandura Albert 33
Baran Jolanta 90
Bauman Teresa 15
Bee Helen 20, 21
Bertalanffy Ludwig von 204
Bieńkowska Katarzyna 97
Billiewicz Grażyna 97
Birch Ann 34
Bogdanowicz Marta 87
Borkowska Aneta R. 16
Bower Gordon 29
Boyd Denise 20, 21
Braun-Galkowska Maria 31, 116, 119–125,
147, 164, 205, 208, 213, 235
Brejnak Wojciech 11
Brzezińska Anna 32
- Carnochan Peter 50–53
Cichoń Władysław 15
Cierpiałkowska Lidia 16, 205
Cierpiałowska Tamara 9, 90
Cieszyńska Jagoda 37, 63, 64, 66, 87
Cios-Goldsztajn Aleksandra 85
Czaplewska Ewa 61, 89
- Danieluk Barbara 48, 49
Darwin Karol 16, 17, 43
Davidson Richard 42
Demel Genowefa 12, 53, 54, 60–66, 75
Doliński Dariusz 41
Donaldson Margaret 29
Drożdżowicz Lucyna 204
- Ekman Paul 42–44
Emiluta-Roży Danuta 75
- Filipiak Ewa 32, 65, 115
Fischer Kurt 49–53
Frank Józef 74, 119
Frank Lawrence K. 119
Freund Zygmunt 33, 34
Frijda Nico 46, 47
- Gała Aleksandra 123, 235
Gałkowski Tadeusz 11, 70, 85, 101
Gąsior Barbara 94
Gerstmann Stanisław 127
Goetting Ann 115
Grabias Stanisław 10, 53, 55–57, 72, 73,
75, 76, 90–93, 95
Grzegorzewska Iwona 16
Gunia Grażyna 71, 103
- Haith Marshal M. 40

- Hamerlińska-Latecka Agnieszka 61, 62, 85–88, 104, 109, 114
Harwas-Napierała Barbara 18, 41
Haviland-Jones Jeannette 44
Hurme Harri 41–44, 46–52

Izard Carroll 43, 46

Jacobs Michael 33
Jaczewski Andrzej 22
Janicka Iwona 117
Janke Andrzej W. 113
Jarosz Ewa 127
Jastrzębowska Grażyna 11, 70, 74, 77, 91, 106
Józefik Barbara 205
Jurkowski Andrzej 59

Kaczorowska-Bray Katarzyna 72
Kaczmarek Leon 9, 57, 62, 64–66, 71, 73, 74, 78, 84
Kalbarczyk Anna 119
Kania Józef T. 75, 79, 94, 101, 102
Karboniczek Jolanta 15
Karwowska Anna 120
Keltner Dacher 44
Kępiński Antoni 16
Kielar-Turska Maria 61
Klim-Klimaszewska Anna 15
Klus-Stańska Dorota 15
Kochanowska Ewa 106
Kokoszka Andrzej 33
Kołodziejczyk Anna 20, 21
Konarzewski Krzysztof 125
Korendo Marta 37, 63, 64, 66, 87
Kornas-Biela Dorota 57, 59, 114
Kosiarska Iwona 12
Królikowska Anna 11, 235
Kurkowski Marek 53
Krzysztošek Zofia 125
Kubinowski Dariusz 125
Kupisiewicz Czesław 15
Kupisiewicz Małgorzata 88

Lachowska Bogusława 113, 114, 119
Lazarus Richard 44–49
Lechta Viktor 71
Lewis Michael 44
Liberska Hanna 117
Lichtenberg-Kokoszka Emilia 59

Łaguna Mariola 119
Łobocki Mieczysław 125
Łosiak Władysław 42

Makiello-Jarża Grażyna 18
Malim Tony 34
Marchow Marta 32
Matczak Anna 13, 18, 34, 36–39
Maszke Albert W. 128
Maurer Alicja 203
McGarrihl James 29
Michalak-Widera Iwona 97
Michalik Mirosław 92
Mierzejewska Halina 75
Milewski Stanisław 61, 72, 84, 85, 89, 115
Miluska Jolanta 117
Miller Scott A. 40
Minczakiewicz Elżbieta M. 10, 60–65
Molen Michiel van der 21
Molenaar Peter 21
Młynarska Małgorzata 9, 10

Namysłowska Irena 115
Nowakowska-Kempna Iwona 57
Nowik Jerzy 25
Niedźwiecka Zofia 20

Okoń Wincenty 15, 19
Olechnowicz Hanna 84
Ołtuszewski Władysław 76
Ostapiuk Barbara 81
Palczewska Iwona 20

- Piaget Jean 23–26, 28–30, 33, 34, 45, 46, 50–52, 61
Pilch Tadeusz 125
Pluta-Wojciechowska Danuta 54, 57, 60, 62, 76, 91, 102, 103
Plutecka Katarzyna 90
Plutchik Robert 43
Polkowska Anna 36
Połomski Piotr 118
Porayski-Pomsta Józef 59, 67, 68
Pruszewicz Antoni 78, 79
Przetacznik-Gierowska Maria 16, 18, 19, 35
Przewęda Ryszard 22
Pudełko Weronika 120
Pyżlak Grzegorz 113
- Radziwiłłowicz Wioletta 15
Reykowski Janusz 41
Riper Christine van 101
Rocławski Bronisław 84, 95
Rodak Halina 75, 96–98, 100
Rogers Carl 137
Rowid Henryk 15
- Saarni Carolyn 44
Sawa Barbara 10, 60, 67, 84, 86
Schachter Stanley 46
Schaffer Rudolph 12, 23–26, 29, 31, 32, 41, 43, 45, 136–138, 170
Semadeni Zbigniew 27
Sęk Helena 205
Shaughnessy John J. 190
Shaver Phillip 50–53
Siewierska Anna 115
Skoczek Anna 57, 90
Skorek Ewa M. 97, 98, 102
Skreczko Adam 113
Słodownik-Rycaj Ewa 84
Smereka Tomasz 9, 10
Smoczyński Paweł 85
Sobol Elżbieta 125
- Sołtys-Chmielowicz Anna 73, 74, 77, 80, 82, 94–96, 99, 102, 112
Spencer Herbert 17
Spionek Halina 75, 82, 84, 86, 88
Stachyra Józef 115, 116
Stecko Elżbieta 12
Stefańska-Klar Renata 24, 36, 38–40
Stelter Żaneta 17
Straś-Romanowska Maria 119
Strelau Jan 41
Struzik Zdzisław 113
Styczek Irena 70, 72, 75, 76, 100
Szczepka-Pustkowska Maria 15
Szemińska Alina 27
Szewczuk Włodzimierz 19
Szuman Stefan 19, 21
- Śliwerski Bogusław 15
- Tillman Klaus-Jürgen 9
Tkaczyk Magdalena 120
Tomasello Michael 62
Trempała Janusz 17, 18, 20, 41, 57
Tyszkowa Zbigniew 113, 114
Tyszkowa Maria 16–18
- Ulfik-Jaworska Iwona 123, 235
- Vasta Ross 40
- Wadsworth Barry 24–26, 28, 36, 46, 50
Walencik-Topiłko Anna 10, 106, 237
Węsierska Katarzyna 106
Wilgocka-Okoń Barbara 19
Włodarski Ziemowit 35
Wojciechowski Aleksander 20, 23
Wolnicz-Pawłowska Ewa 11
Wygotowski Lew Siemionowicz 30, 32, 33
Wysocka Ewa 127
- Zaczyński Władysław 125–127
Zarębina Maria 59

Zechmeister Eugene B. 190
Zechmeister Jeanne S. 190
Ziemska Maria 85
Zimbardo Philip G. 43–46

Zioło Brygida 97
Zyss Tomasz 92
Żebrowska Maria 34

SUMMARY

Social and Emotional Problems of Children with Dyslalia: Educational Challenges

The situation of children with speech defects at the stage of early education is a complex problem that is worth analyzing for several reasons. Firstly, the occurrence of speech defects at this educational stage is alarming because articulation should be developed before the age of about six years and persistent speech defects may result from neglect in the child's upbringing. A lack of proper speech therapy at preschool age, ineffective therapy, or a lack of parents working regularly with the child may result in the child going to school and facing numerous stressful situations. The child, functioning in the roles of student and classmate to their peers, has to communicate with others all the time, which highlights their speech defect. Thus, the child's success at school related to the ability to speak is lower from the very beginning. Also, children with dyslalia have problems functioning in peer groups. Other children often reject or laugh at a student with a speech defect, posing a challenge for early education teachers in terms of both the individual student and the whole class.

The main objective of this book was to specify at least some of the social and emotional problems that may occur among children diagnosed with dyslalia. By analyzing the relationship between a child's diagnosed speech defect and the general increase in social/emotional problems among children, the author is able to describe the circular model of the way that children with dyslalia function in different environments. The author thus presents a model for improving the way in which children with dyslalia function. This model is based on cooperation among early education teachers, speech therapists, and parents – all of whom are obliged to carry out particular tasks. The results of the analysis may facilitate the cooperation

among people supporting children with dyslalia. The study makes it possible to specify certain social/emotional problems that may be associated with dyslalia and shows the complexity of this didactic and educational issue.

The research was carried out in one of Krakow's primary schools. After receiving the parents' consent, 120 students were enrolled according to specific criteria: a diagnosis of dyslalia from the speech therapist employed by the school. The experimental group consisted of 60 students with dyslalia and the control group was comprised of 60 students with no articulation disorder. There was an equal number of boys and girls in both groups (in each group there were 30 boys and 30 girls).

While collecting the research material on the social and emotional problems of children with dyslalia, family drawing was used as a projective method. Each participant was also interviewed by the author. During each meeting, each child completed their tasks individually, which took about 30 minutes on average. First, the child was asked to draw their family. Then, the child answered some questions in order to discuss and analyze the drawing. The next stage was a structured interview carried out by the researcher according to a specific pattern.

Family drawing is a projective method through which one attempts to specify some elements that may influence the child's personality disintegration. The researcher managed to specify emotional problems that can be diagnosed based on properly selected indicators. Some indicators are merely formal – e.g., the lack of a floor/ground, a missing hand, a devalued or omitted self – which is why it is necessary to conduct the drawing part with an interview. It proved to be necessary for the proper interpretation of all the indicators. Only when taken together can further hypotheses or therapeutic actions be based on them.

The first chapter of the book contains a theoretical analysis of child development at early school age. However, taking into account the fact that all developmental areas influence one another and constitute an integrated whole, the author analyzed all the child's developmental stages at early school age. Deficits in one area determine the development of other elements in the child's life, so it is necessary to adopt a holistic approach to all developmental areas, i.e., physical, motor, intellectual, social, and emotional development. At the end of the first chapter, the normative development of the child's speech is also described. The second chapter, also theoretical, discusses the speech disorder of dyslalia in terms of its definition, classification, diagnosis, and treatment. In Chapter 3, the author presents the

methodological assumptions of her own research: the subject and objective of the research, the research problems and methods, and the study group. In the last chapter, the author presents the research results from the projective family drawing and structured interviews with the research participants.

The collected research materials reveal the qualitative image of the social/emotional situation of children with dyslalia, as compared to their peers who do not show any articulation disorders. The qualitative analysis of the materials is based on the author's cooperation with a group of experts. In order to improve her own qualitative analysis in the fourth chapter, the material was classified and subject to statistical and quantitative analysis. The results are presented in tables and charts accompanied by qualitative descriptions. The last chapter of the book also includes an analysis of variants, as well as a summary of the results of the author's research. Based on the results, the interpretation of them, and the author's pedagogical experience, conclusions were formed for improving educational practice with early education students with dyslalia.

The final part of the book includes conclusions formulated in the course of reviewing the literature and carrying out the empirical studies, as well as directions for further research on the social and emotional problems of children with dyslalia. The dissertation is accompanied by a bibliography and a list of the tables, charts, and figures included in the work. The appendix, which is an integral part of the dissertation, includes the template for the interview used in the empirical research. The appendix also includes data concerning the research participants, based on the chart that was completed during each interview, the Data Card used while analyzing each participant while drawing his/her family, an integration lesson plan, a set of materials entitled "Exercises for Mouth and Tongue" for practicing during brain breaks, a description of a speech therapy exercise that works on the child's emotions during the therapeutic process, and the drawings made by the children.

