

UNIWERSYTET IM. ADAMA MICKIEWICZA W POZNANIU

# INTERDYSCYPLINARNE KONTEKSTY PEDAGOGIKI SPECJALNEJ

---

---

33

Redakcja naukowa  
ANETA WOJCIECHOWSKA



POZNAŃ 2021

## INTERDISCIPLINARY CONTEXTS OF SPECIAL PEDAGOGY

The scientific journal of the Faculty of Educational Studies

Adam Mickiewicz University issued as a quarterly

### EDITORIAL BOARD

Chief Editor – Iwona Chrzanowska (Adam Mickiewicz University in Poznan)

Assistant Editor – Magdalena Olempska-Wysocka (Adam Mickiewicz University in Poznan)

Andrzej Twardowski (Adam Mickiewicz University in Poznan), Agnieszka Słopień (Poznan University of Medical Sciences), Beata Jachimczak (Adam Mickiewicz University in Poznan), Katarzyna Pawelczak (Adam Mickiewicz University in Poznan), Miron Zelina (Univerzita Komenského v Bratislave), Jana Rapuš-Pavel (Univerza v Ljubljani), William Brenton (University of Maine Presque Isle), Jacek Pyżalski (Adam Mickiewicz University in Poznan), Amadeusz Krause (The University of Gdansk), Jarmila Novotná (MBA Dubrnický technologický inštitút v Dubnici and Váhom, Masarykova Univerzita v Brně), Magdalena Olempska-Wysocka (Adam Mickiewicz University in Poznan)

### SUBJECT EDITOR

Iwona Chrzanowska	(inclusive education, pedagogy of people with special educational needs)
Andrzej Twardowski	(psychology of human development, early support of child development)
Agnieszka Słopień	(psychiatry of children and adolescents)
Beata Jachimczak	(inclusive education, pedagogy of people with special educational needs)
Katarzyna Pawelczak	(psychology of people with disabilities)
Aneta Wojciechowska	(special education, logopedics)
Miron Zelina	(pedagogy, psychology)
Jana Rapuš-Pavel	(social pedagogy)
William Brenton	(special education)
Jacek Pyżalski	(media pedagogy, resocialization)
Amadeusz Krause	(special education)
Jarmila Novotná	(pedagogy)
Magdalena Olempska-Wysocka	(psychology, deaf education, logopedics)

### LANGUAGE EDITORS

Karolina Kuryś (Polish)

Wendy Ross (English)

Nicol Ross (English)

### STATISTICAL EDITOR

Paweł Mleczo

© Adam Mickiewicz University in Poznan, Scientific Publishers UAM, Poznan 2021



The electronic edition of the journal is distributed under the terms of the Creative Commons licence – Attribution – NoDerivatives 4.0 International

„Tłumaczenie zawartości 8 numerów czasopisma «Interdyscyplinarne Konteksty Pedagogiki Specjalnej» na język angielski i ich wydanie – zadanie finansowane w ramach umowy 792/P-DUN/2017 ze środków Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego przeznaczonych na działalność upowszechniającą naukę”.



Ministerstwo Nauki  
i Szkolnictwa Wyższego

ISSN 2300-391X eISSN 2658-283X DOI: 10.14746/ikps



## Spis treści

### ARTYKUŁY

MARZENA BUCHNAT

Oczekiwania i doświadczenia wsparcia rodziców dzieci z niepełnosprawnością ..... 7

JULIA KISIELEWSKA

Kompetencje pedagoga w responsywnych oddziaływaniach a efektywność terapii dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu ..... 21

KRZYSZTOF A. WOJCIESEK

Ewentualna przydatność procedur uniwersalnych w pracy z grupami podwyższonego ryzyka. Na przykładzie recepcji programu profilaktycznego „Smak życia, czyli debata o dopalaczach” ..... 33

MONIKA KAŻMIERCZAK

Strategie komunikacyjne minimalnie werbalnych dzieci rozpoczynających edukację przedszkolną ..... 49

MATEUSZ SZUREK

Kreatywność językowa dzieci w wieku przedszkolnym ..... 65

MARTA ZAWICHROWSKA

The use of the C-eye system in communication and education of children ..... 81

IZABELA EJSMUNT-WIECZOREK

Improving the process of auditory processing and speech decoding using the Neuroflow method in an 11-year-old CAPD patient ..... 93





## ARTYKUŁY

---





## Oczekiwania i doświadczenia wsparcia rodziców dzieci z niepełnosprawnością

**ABSTRACT:** Marzena Buchnat, *Expectations and experiences of support towards parents of children with disabilities*. Interdisciplinary Contexts of Special Pedagogy, No. 33, Poznań 2021. Pp. 7–20. Adam Mickiewicz University Press. ISSN 2300-391X. eISSN 2658-283X. DOI: <https://doi.org/10.14746/ikps.2021.33.01>

Most parents of children with disabilities still do not know what support they can expect in the situation in which they have found themselves, and where and to whom they can turn for such support. Knowledge on this subject by medical, educational and local government employees is non-complex and does not create a coherent system, and therefore does not meet the expectations and needs of the parents. Assessment of the support obtained by individual groups, as well as access to support systems and legal, financial and psychological assistance in the rehabilitation of a child in the organization of free time, is very diverse, which proves the ineffective functioning of information on such support and assistance systems. The aim of the conducted research was to what support was given to parents of children with disabilities and whether it is relevant to their needs and expectations. The research used a quantitative and qualitative strategy. The research used the method of diagnostic survey was used, in which a questionnaire and a focus group interview were conducted. The results show that according to the parents of children with disabilities still do not receive adequate support in Poland in the situation in which they have found themselves. A coherent system should be created for the management of an integrated package of services to support families raising a child (children) with disabilities. This system, based on medical, educational and territorial employees, should provide comprehensive and effective access to information about the forms of support and assistance available to such families.

**KEYWORDS:** parents of a child with disabilities, support system

## Wprowadzenie

Pojawienie się w rodzinie dziecka z niepełnosprawnością jest zawsze sytuacją niezwykle stresogenną, na którą rodzice nie są przygotowani (Kwaśniewska, Wojnarska, 2004). Od tego momentu będą oni musieli poradzić sobie z barierami ograniczającymi rozwój ich dziecka, ale także z własnymi trudnościami związanymi z niespełnionymi oczekiwaniami wobec niego, ze zmianą funkcjonowania, jak i społecznym oczekiwaniem normalności (Broberg, 2011). Dziecko z niepełnosprawnością zmienia funkcjonowanie całej rodziny w różnych jej obszarach, począwszy od sytuacji materialnej, struktury rodziny, więzi emocjonalnych między członkami rodziny, wypełniania funkcji realizowanych przez rodzinę, postaw wychowawczych rodziców, ich życia zawodowego, a skończywszy na życiu towarzyskim i kulturalnym rodziny (Janion, 2007: 66–71), co powoduje dla wszystkich w tym systemie sytuację kryzysową. Wysoki poziom stresu odczuwany przez rodziców rzutuje na ich stosunek do dziecka, wpływa niekorzystnie na jego postrzeganie. Rodzice pesymistycznie oceniają jego możliwości rozwojowe, co powoduje zmniejszenie gotowości do podjęcia działań mających na celu wspieranie rozwoju dziecka (Pisula, 2007).

Sposób radzenia sobie rodziców dzieci z niepełnosprawnością z tą kryzysową sytuacją jest bardzo zindywidualizowany, uwarunkowany z jednej strony zasobem osobistym rodziców, z drugiej strony wsparciem społecznym, jakie zostało im udzielone, zwłaszcza od osób najbliższych: rodziny, przyjaciół, znajomych. Bardzo istotna jest również pomoc instytucjonalna, w szczególności przez dłuższy czas (Jazłowska, Przybyła-Basista, 2019: 95). Okazuje się, że optymalne wsparcie rodziców dzieci z niepełnosprawnością należy do najważniejszych czynników decydujących o jakości życia osób z niepełnosprawnością, jak i ich rodzin (Olsson, Roll-Pettersson, 2012: 71). Jedną z najważniejszych przyczyn doświadczania stresu przez rodziców jest brak odpowiedniego wsparcia ze strony profesjonalistów (Bishop i in., 2007). Pomoc rodzicom dzieci z niepełnosprawnością powinna zatem stanowić jedno z ważniejszych wyzwań polityki społecznej.



Wsparcie rodziców dzieci z niepełnosprawnościami jest pojęciem opisującym system pomocy instytucjonalnej oraz działania pomocowe osób prywatnych i instytucji pozarządowych dostępnych dla rodziców (opiekunów prawnych) dzieci z niepełnosprawnością. W zależności od tego, co stanowi główny komponent wymiany społecznej w toku interakcji, można wyróżnić następujące rodzaje wsparcia:

- wsparcie emocjonalne, czyli takie, które polega głównie na przekazywaniu emocji;
- wsparcie informacyjne, czyli wymiana informacji sprzyjających lepszemu zrozumieniu sytuacji i problemu, dzielenie się doświadczeniami;
- wsparcie instrumentalne, czyli wymiana dotycząca sposobów postępowania, zachowań, możliwości działania;
- wsparcie rzeczowe, w skład którego wchodzi pomoc materialna, ale i bezpośrednie fizyczne działanie;
- wsparcie duchowe świadczone na przykład w opiece hospicyjnej, gdzie praca wymaga odniesień do sfery ducha (Sęk, Cieślak, 2004: 14).

Przyjmuje się, że w przypadku rodziców dzieci z niepełnosprawnością konieczne jest wsparcie w zakresie socjalno-usługowym (pomoc o charakterze materialnym oraz usług ułatwiających opiekę nad dzieckiem), opiekuńczo-wychowawczym (pomoc w opiece oraz pedagogizacja rodziców), psychoemocjonalnym (zmiana postaw, łagodzenie napięć, terapia rodziny), rehabilitacji (Lipińska-Lokś, 2014: 127-128). Kompleksowe wsparcie i pomoc takim rodzicom pozwalają im konstruktywnie przystosować się do zaistniałej sytuacji, zmniejszyć ryzyko wystąpienia przeciążenia czy nawet depresji, dlatego tak istotne są jego jakość i dostępność. W momencie pojawienia się niepełnosprawności jednym z pierwszych rodzajów wsparcia jest wsparcie informacyjne. Na jego znaczenie dla zwiększenia efektywności procesu adaptacji, uruchomienia optymalnych strategii radzenia sobie oraz zmniejszenia negatywnych skutków wskazują wyniki wielu badań (Pisula, 2007; Syeda, Weiss, Lunsy, 2011; Taanila, 2002). Informacja

o niepełnosprawności dziecka w większości przekazywana jest przez pracowników medycznych (Bilewicz, 2018: 158). Sposób jej przekazania powinien być dostosowany do cech rodziców, takich jak: stan emocjonalny, poziom wykształcenia, kompetencje językowe, doświadczenie z niepełnosprawnością, sytuacja socjoekonomiczna, poziom oczekiwań wobec dziecka, zapotrzebowanie informacyjne, różnice kulturowe czy religijne (Hasnat, Graves, 2000). Niestety często sposób przekazania tej informacji jest niewłaściwy i może stać się przyczyną silnego urazu (Gascoigne, 2012; Pisula, 2007), który w przyszłości będzie determinować proces konstruktywnej adaptacji. Warto również wspomnieć, że personel medyczny jest niewystarczająco przygotowany do przekazania rodzicom informacji o niepełnosprawności dziecka, w związku z czym jest to dla niego bardzo trudne i stresogenne (Nissenbauma, Tollefsona, Reese, 2002). Niewłaściwe przekazywanie informacji, problemy z dotarciem do niej, ograniczenia w dostępie do wsparcia niestety cały czas stanowią trudności, z jakimi muszą się mierzyć rodzice dzieci z niepełnosprawnością (Żyta, Ćwirynkało, 2015: 393).

Przeprowadzone w Polsce i na świecie badania dowodzą, że cały czas najważniejszymi oczekiwaniami rodziców dzieci z niepełnosprawnością są: zdobycie rzetelnych informacji na temat niepełnosprawności, jak i usług specjalistycznych, skrócenie czasu oczekiwania na poradę, wsparcie materialne, zwiększenie współdziałania i współpracy wszystkich instytucji zajmujących się dzieckiem z niepełnosprawnością i jego rodziną, kompleksowa pomoc całej rodzinie, a nie tylko osobie z niepełnosprawnością (Barretto i in., 2017; Burton-Smith i in., 2009: 241–246; Janocha, 2009: 96–99; Graungaard, Skov, 2007: 296–306; Siklos, Kerns, 2006: 922–931; Wołoskiuk, 2011: 60). W związku z określeniem oczekiwań rodziców dzieci z niepełnosprawnością, trudnościami, z jakimi się spotykają w ich realizacji, a także ze wskazaniem wpływu otrzymanego wsparcia na jakość funkcjonowania rodziny z osobą niepełnosprawną wydaje się, że warto cały czas prowadzić w tym obszarze badania mające na celu podniesienie efektywności udzielanego wsparcia takim rodzinom.

## Metodologia badań własnych

Głównym celem przeprowadzonych badań była próba odpowiedzi na następujące pytania: Jakiego rodzaju wsparcie otrzymali rodzice dzieci z niepełnosprawnością w sytuacji, w której się znaleźli? Jakie są potrzeby i oczekiwania dotyczące wsparcia rodziców dzieci z niepełnosprawnością?

W badaniach posłużono się metodą sondażu diagnostycznego, w ramach której wykorzystano technikę badawczą: ankietę oraz wywiad zogniskowany.

Dobór grupy badanej do badań ilościowych był celowy: weszli do niej rodzice dzieci z niepełnosprawnością. Kryteria doboru były następujące:

- sprawowanie opieki prawnej nad dzieckiem z niepełnosprawnością (rodzic, opiekun prawny),
- miejsce zamieszkania: powiat poznański.

Przebadano 303 rodziców: 234 kobiety i 69 mężczyzn. Przewaga kobiet jest charakterystyczna dla prowadzonych badań, ponieważ mężczyźni przeważnie mniej angażują się w uczestnictwo w badaniach społecznych/naukowych. Po drugie, struktura rodzin dzieci z niepełnosprawnością wykazuje przewagę rodzin niepełnych, w których główny ciężar opieki nad dziećmi spoczywa na kobietach. Uzyskane wyniki badań poddano analizie statystycznej i dalszej interpretacji.

Do badania jakościowego wykonywanego techniką zogniskowanego wywiadu grupowego dobór próby był celowy. Liczyła 8 osób, znalazły się w niej same kobiety.

W toku grupowych wywiadów wykorzystano zestaw dyspozycji opracowanych do koncepcji badań. Wywiad trwał około 1,5 godziny. Na podstawie wypowiedzi respondentów i respondentek powstała lista kategorii odnoszących się do wsparcia rodzin z dzieckiem z niepełnosprawnością, która posłużyła do dalszych analiz zgodnie z przyjętym paradygmatem interpretacyjnym i wykorzystaniem metody badań jakościowych oraz pogłębienia wniosków z badań ilościowych.

## Analiza wyników

Przeprowadzone badania miały na celu ujawnienie, czy rodzice dzieci z niepełnosprawnością otrzymali wsparcie i jakie są ich oczekiwania, potrzeby w tym obszarze. Na początku określono, czy rodzice dzieci z niepełnosprawnością mieli wiedzę na temat wsparcia takich rodzin i skąd ją czerpali. Okazało się, że aż 236 (78%) rodziców nie wiedziało, gdzie może się zwrócić o wsparcie w momencie pojawienia się niepełnosprawności u dziecka. Wiedzę taką miało zaledwie 67 osób. Rodzice zdobywali ją głównie samodzielnie: z Internetu (49,5%), a także w mniejszym stopniu od pracowników medycznych (32%), przez znajomych (26,7%), przez organizacje pozarządowe (21,5%), od pracowników oświatowych (6,9%) i w najmniejszym stopniu od pracownika samorządu terytorialnego (3,6%) lub z innych miejsc (8%). Warto wspomnieć, że w kategorii „Inne” aż 6 osób wskazało, że zwróciło się o wsparcie do swojej wspólnoty religijnej (odpowiedzi: „ksiądz”; „proboszcz”; „parafia”). Rodzice mogli wskazać więcej niż jedno źródło informacji.

Wyniki przeprowadzonych badań jakościowych pogłębiających ten problem potwierdziły, że rodzice mieli olbrzymi problem z uzyskaniem informacji o systemie wsparcia:

Systemu zdecydowanie nie ma (K6).

Nie możemy mówić, wydaje mi się, w ogóle o systemie. System to są, rozumiem, jakieś naczynia połączone, jakieś placówki, jakieś organizacje, ale tworzące w sumie system naczyń połączonych. A tu nic, nikt nic nie wie (K2).

Wszyscy patrzyli z politowaniem, mówili, że jakoś to będzie, ale nic konkretnego (K1).

W wypowiedziach respondentek informacje przekazane przez pracowników medycznych, którzy najczęściej byli pierwszą grupą diagnozującą niepełnosprawność, bardziej opierały się na emocjonalnym wsparciu niż na przekazaniu merytorycznej wiedzy. Sposób komunikacji pozostawiał według badanych wiele do życzenia, w szczególności jeśli chodzi o sposób jasności formułowania komunikatu, jego merytoryczność i warunki, w jakich został przekazany.

Następnie rodzice dzieci z niepełnosprawnością zostali zapytani, czy otrzymali informacje, jak uzyskać wsparcie w poszczególnych obszarach. Uzyskane wyniki ujawniły, że najwięcej rodziców (n = 144) otrzymało informacje dotyczące wsparcia rodzin z dzieckiem z niepełnosprawnością w zakresie pomocy w rehabilitacji, następnie w zakresie pomocy finansowej (n = 122), psychologicznej (n = 102), a najmniej w zakresie organizacji czasu wolnego (n = 39) i pomocy prawnej (n = 36). Warto jednak zwrócić uwagę, że w żadnym z tych zakresów poziom informacji nie przekroczył progu połowy ankietowanych. Badani rodzice deklarowali w ankiecie, jaki mają dostęp do zróżnicowanych obszarów pomocy (tabela 1).

Tabela 1. Deklarowany dostęp do różnych form pomocy dla rodziców dzieci z niepełnosprawnością

Dostęp do:	N/ %	Czy ma Pan/Pani...				
		bardzo dobry	dobry	ograniczony	bardzo ograniczony	brak dostępu
systemów wsparcia	N	26	61	81	66	69
	%	8,6	20,1	26,7	21,8	22,8
pomocy finansowej	N	19	55	82	84	63
	%	6,3	18,2	27,1	27,7	20,7
pomocy prawnej	N	16	49	77	81	80
	%	5,3	16,2	25,4	26,7	26,4
pomocy psychologicznej	N	51	74	68	58	52
	%	16,8	24,4	22,4	19,2	17,2
rehabilitacji dziecka	N	46	94	69	58	36
	%	15,2	31,0	22,8	19,2	11,8
pomocy w zorganizowaniu czasu wolnego dziecka	N	27	55	58	75	88
	%	8,9	18,2	19,2	24,7	29,0

Źródło: opracowanie własne.

Najwięcej rodziców ( $n = 81$ ) uważa, że ma ograniczony dostęp do informacji o systemach wsparcia, a najmniej ( $n = 26$ ), że ma bardzo dobry dostęp. W przypadku dostępu do pomocy finansowej najwięcej rodziców ( $n = 84$ ) deklaruje, że jest on bardzo ograniczony, a najmniej ( $n = 19$ ), że jest bardzo dobry. Również w obszarze pomocy prawnej najwięcej rodziców ( $n = 81$ ) deklaruje, że ma bardzo ograniczony dostęp do tej formy pomocy, a najmniej ( $n = 16$ ), że ma bardzo dobry. Najwięcej rodziców ( $n = 74$ ) twierdzi, że ma dobry dostęp do pomocy psychologicznej, a najmniej ( $n = 51$ ), że ma bardzo dobry dostęp. W obszarze dostępu do pomocy w rehabilitacji dziecka również najwięcej rodziców ( $n = 94$ ) uważa, że jest on dobry, a najmniej ( $n = 36$ ) deklaruje brak dostępu. Najwięcej rodziców ( $n = 88$ ) w przypadku wszystkich obszarów deklaruje brak dostępu do pomocy w zorganizowaniu czasu wolnego dziecka z niepełnosprawnością, a najmniej ( $n = 27$ ) deklaruje bardzo dobry dostęp.

Przeprowadzone analizy uzyskanych wyników ujawniły istotne statystycznie różnice między poszczególnymi deklaracjami rodziców w obszarze dostępu do systemów wsparcia ( $\chi^2_{(4, N = 303)} = 27.37$ ;  $p < .001$ ), pomocy finansowej ( $\chi^2_{(4, N = 303)} = 45.33$ ;  $p < .001$ ), pomocy prawnej ( $\chi^2_{(4, N = 303)} = 51.23$ ;  $p < .001$ ), rehabilitacji dziecka ( $\chi^2_{(4, N = 303)} = 36.1$ ;  $p < .001$ ), a także dostępu do pomocy w zorganizowaniu czasu wolnego dziecka z niepełnosprawnością ( $\chi^2_{(4, N = 303)} = 34.1$ ;  $p < .001$ ). Tylko w obszarze dostępu do pomocy psychologicznej różnice nie były istotne statystycznie ( $\chi^2_{(4, N = 303)} = 7.5$ ; n.i.). Wskazuje to na dużą dysproporcję między osobami, które mają dostęp do tych obszarów wsparcia, a tymi, które go nie mają. Świadczy to o nieskutecznym funkcjonowaniu informacji i dużych dysproporcjach w efektywności jego działania, szczególnie w zakresie dostępu do systemów wsparcia, pomocy finansowej, pomocy prawnej, organizacji czasu wolnego i rehabilitacji dziecka.

Badani rodzice dzieci z niepełnosprawnością na pytanie dotyczące efektywności przekazywania informacji o wsparciu najczęściej ( $n = 175$ ; 57,7%) odpowiedzieli, że najefektywniejsze byłoby dla nich, gdyby informacje o możliwościach uzyskania go otrzymywali zarówno od pracowników medycznych, jak i pracowników samorząd-

du terytorialnego oraz nauczycieli. Najmniej rodziców (1,4%) wskazało inne źródła tej informacji. Badani zaznaczali też, że najbardziej efektywne przekazywanie informacji dotyczących wsparcia byłoby przez pracowników medycznych (lekarzy, pielęgniarki) (26%), później nauczycieli (8,6%), a na końcu pracowników samorządowych (6,3%). Tę ilościową deklarację potwierdziły również badania jakościowe. Rodzice oczekują kompleksowego wsparcia w obszarze finansowym, psychologicznym, edukacyjnym, medycznym. Jest ważne, by dostęp do informacji był prosty, czytelny, a informacja podawana w sposób zrozumiały. Istotne dla rodziców jest, aby istniał zintegrowany system wsparcia umożliwiający uzyskanie kompleksowej informacji w jednym miejscu, przeciwdziałający „gonitwie” po urzędach, instytucjach i przedstawianiu ciągłe tych samych dokumentów:

Mamy dość chodzenia wszędzie i odsyłania nas. Czy nie można tego załatwić w jednym miejscu? (K3)

Czy zaświadczenia nie mogą być przesyłane centralnie pomiędzy urzędami? Tylko wszędzie stoimy i jeszcze nikt nie wie, co i jak (K1).

Badani rodzice zostali również poproszeni o określenie, w jakich obszarach najbardziej potrzebują wsparcia. Najliczniejsza grupa (n = 137) deklaruje potrzebę wsparcia w obszarze finansowym, a najmniej liczna (n = 60) zarówno w zakresie prawnym, jak i psychologicznym. Natomiast w obszarze rehabilitacji dziecka 119 rodziców wskazało potrzebę wsparcia, w dostępie do informacji 116 badanych, a pomoc w organizacji czasu wolnego wybrało 91 osób. Rodzice mogli deklarować kilka obszarów, a różnica między ich deklaracjami jest istotna statystycznie:  $\chi^2_{(5, N = 586)} = 50.59; p < .001$ . Dysproporcja wynika z tego, że podstawową potrzebą rodziców jest zapewnienie bezpieczeństwa finansowego dzieciom. Na podstawie analiz jakościowych można stwierdzić, że według rodziców odpowiedni zasób finansowy umożliwi realizowanie innych potrzeb rehabilitacyjnych, organizacji czasu wolnego, prawnych i psychologicznych. Również potrzeba uzyskania pełnego dostępu

do informacji o systemach wsparcia umożliwia częstokroć zaspokojenie (pełne bądź częściowe) pozostałych potrzeb, jednocześnie budując u rodziców poczucie bezpieczeństwa. Rodzice dzieci z niepełnosprawnością ocenili również wsparcie udzielone im przez pracowników medycznych, oświatowych i samorządowych (tabela 2).

Tabela 2. Ocena rodziców dzieci z niepełnosprawnością dotycząca wsparcia otrzymanego od pracowników medycznych, oświatowych i samorządowych

Wsparcie od pracowników	N/%	Ocena wsparcia udzielonego przez pracowników				
		bardzo dobre	dobrze	ograniczone	bardzo ograniczone	brak wsparcia
medycznych	N	34	105	75	41	48
	%	11,2	34,7	24,8	13,5	15,8
oświatowych	N	72	106	57	39	29
	%	23,8	35,0	18,8	12,9	9,6
samorządowych	N	19	58	71	88	67
	%	6,3	19,1	23,4	29,0	22,1

Źródło: opracowanie własne.

Najliczniejsza grupa rodziców ( $n = 105$ ) wsparcie udzielone przez pracowników medycznych ocenia jako dobre, a najmniejsza ( $n = 34$ ) jako bardzo dobre. W przypadku wsparcia ze strony pracowników oświatowych również najliczniejsza grupa rodziców ( $n = 106$ ) ocenia je jako dobre, a najmniej liczna ( $n = 29$ ) deklaruje brak wsparcia. Najbardziej negatywnie zostało ocenione wsparcie udzielone przez pracowników jednostek samorządu terytorialnego: 88 rodziców oceniło je jako bardzo ograniczone, a tylko 19 badanych jako bardzo dobre. Różnica w ocenie wsparcia jest istotna statystycznie dla wszystkich grup pracowników: medycznych ( $\chi^2_{(4, N = 303)} = 54,77$ ;  $p < .001$ ), oświatowych ( $\chi^2_{(4, N = 303)} = 60,83$ ;  $p < .001$ ), samorządowych ( $\chi^2_{(4, N = 303)} = 43,67,1$ ;  $p < .001$ ). W trakcie badania jakościowego większa część rodziców podkreślała niewystarczające wsparcie udzie-



lone przez wszystkie grupy pracowników. Jednak w największym stopniu akcentowali niski poziom wsparcia przez pracowników medycznych:

Najpierw jest lekarz i poradnia – bezradność (K4).

Lekarza nie interesuje, co czujesz, byleby się pozbyć z gabinetu (K5).

Nie wiedzą, gdzie odesłać, tylko czy jest chory i że się nieprawidłowo rozwija, zwrócić na to uwagę proszę (K1).

Zwrócenie uwagi w największym stopniu na lekarzy wynika z faktu, że to oni najczęściej informują o niepełnosprawności dziecka, a ta informacja jest odbierana przez rodziców w sposób najbardziej emocjonalny.

## Dyskusja nad wynikami badań

Rodzice dzieci z niepełnosprawnością doświadczają zróżnicowanych trudności, na co wskazują wyniki wielu badań (np. Bilewicz, 2018; Jazłowska, Przybyła-Basista, 2019; Pisula, 2007; Yamaoka i in., 2016). Problemy te będą zawsze występować na ich drodze, ponieważ z uwagi na pojawienie się niepełnosprawności u ich dziecka znajdują się oni w sytuacji kryzysowej, która w dużej mierze je generuje. Sposób radzenia sobie z nimi oraz proces adaptacji do zmienionej sytuacji życiowej, w jakiej się znaleźli, oprócz oczywiście indywidualnych cech osobowościowych zależy m.in. od otrzymanego wsparcia. Jakość tego wsparcia, jego dostępność i czas otrzymania determinują proces adaptacji. Pozwala on rodzicom odzyskać wiarę w swoje możliwości, siłę i motywację do dalszego konstruktywnego działania oraz nadzieję na przyszłość i zarazem zapobiega wystąpieniu zaniżonej samooceny czy nawet depresji. Uzyskane wyniki badań ujawniają, że rodzice dzieci z niepełnosprawnością cały czas mają takie same oczekiwania (zgodnie z przedstawionymi wcześniej wynikami badań), są one głównie związane ze wspar-

ciem finansowym i informacyjnym. Rodzice na pierwszym miejscu wymieniają pomoc finansową, ponieważ jest ona dla nich jedyną z możliwością samodzielnego zapewnienia sobie w pozostałych obszarach wsparcia, np. w rehabilitacji dziecka. W obszarze informacyjnym niestety przeprowadzone badania ujawniły duże dysproporcje w dostępie do informacji, jak i w samej dostępności różnych form pomocy i wsparcia. Świadczy to o dużej różnicy między osobami, które mają dostęp do takiej informacji czy obszarów wsparcia, a osobami, które takiego dostępu nie mają, co pokazuje, że brakuje skutecznych systemów zapewniających równy dostęp do informacji i różnych form wsparcia rodziców dzieci z niepełnosprawnością. Według większości rodziców takiego zintegrowanego systemu po prostu nie ma, a informacje, jakie otrzymali, pozostawiają wiele do życzenia. Okazuje się, że przeważnie ci, którzy korzystają z różnych form wsparcia, samodzielnie znaleźli informacje na ich temat, np. przez Internet, znajomych itp., a nie dzięki pracownikom medycznym, którzy najczęściej jako pierwsi przedstawiają im diagnozę dziecka, czy pracownikom oświatowym lub samorządowym. Informacje, które zostały przekazane przez pracowników instytucjonalnych, często są mało konkretne, raczej oparte na emocjach niż na profesjonalizmie, nie wspominając, że nieraz są przekazywane w sposób niewłaściwy i stają się przyczyną emocjonalnego urazu (Gładyszewska-Cylulko, 2016: 257).

## Wnioski

Zgodnie z oczekiwaniami rodziców dzieci z niepełnosprawnością powinien być stworzony spójny system w zakresie zarządzania zintegrowanym pakietem usług na rzecz wsparcia rodzin wychowujących dziecko/dzieci z niepełnosprawnością. System ten oparty na pracownikach medycznych, oświatowych i terytorialnych powinien zapewnić kompleksowy, efektywny dostęp do informacji o przysługujących takim rodzinom formach wsparcia i pomocy. Informacja ta powinna być ujednolicona, oparta na aktualnej ofercie przygo-

towanej przez centra wsparcia takich rodzin. Poszczególne grupy pracowników powinny zostać przeszkolone, np. w trakcie studiów, do udzielania takich informacji w sposób profesjonalny. Stworzenie takiego systemu pozwoliłoby na wyrównanie szans w uzyskaniu rzetelnego wsparcia informacyjnego, a co za tym idzie – wsparcia w innych obszarach, co w istotny sposób mogłoby się przyczynić do podniesienia jakości życia rodzin z osobą z niepełnosprawnością.

## Bibliografia

- Barretto C., Byrne C., Delaney M., Harrington A., Kazokova K. (2017). *Supports for parents of children with an intellectual disability. The social care workers view*, „Journal of Social Care”, 1, 6.
- Bilewicz M. (2018). *Wsparcie informacyjne rodziców w momencie otrzymania diagnozy o niepełnosprawności dziecka*, „Niepełnosprawność. Dyskursy Pedagogiki Specjalnej”, 30, s. 150–162.
- Bishop S.L., Richler J., Cain A.C., Lord C. (2007). *Predictors of perceived negative impact in mothers of children with autism spectrum disorder*, „American Journal on Mental Retardation”, 112.
- Broberg M. (2011). *Expectations of and reactions to disability and normality experienced by parents of children with intellectual disability in Sweden*, „Child Care, Health and Development”, 37 (3), s. 410–417.
- Burton-Smith R., Mcvilly K.R., Yazbeck M., Parmenter T.R., Tsutsui T. (2009). *Service and support needs of Australian carers supporting a family member with disability at home*, „Journal of Intellectual and Developmental Disability”, 34 (3), s. 239–247.
- Gascoigne E. (2012). *Working with Parents: As Partners in Special Educational Needs*, New York: Routledge.
- Gładyszewska-Cylulko J. (2016). *Relacja rodzic-specjalista w kontekście psychologicznych następstw błędów popełnianych podczas informowania rodziców o wykryciu zaburzeń rozwoju dziecka*, „Psychiatria i Psychologia Kliniczna”, 16 (4), s. 256–261.
- Graungaard A.H., Skov L. (2007). *Why do we need a diagnosis? A qualitative study of parents' experiences, coping and needs, when the newborn child is severely disabled*, „Child Care Health Development”, 33, s. 296–307.
- Hasnat M.J., Graves P. (2000). *Disclosure of developmental disability: A study of parent satisfaction and the determinants of satisfaction*, „Journal of Pediatrics and Child Health”, 36, s. 29–35.
- Janion E. (2007). *Dziecko przewlekle chore w rodzinie*, Zielona Góra: Oficyna Wydawnicza Uniwersytetu Zielonogórskiego.
- Janocha W. (2009). *Rodzina z osobą niepełnosprawną w społecznym systemie wsparcia*, Kielce: Wydawnictwo Jedność.

- Jazłowska A., Przybyła-Basista H. (2019). *Doświadczenie stresu i odnajdywanie pozytywnych aspektów rodzicielstwa w kontekście wychowywania dziecka z niepełnosprawnością intelektualną*, „Dziecko Krzywdzone. Teoria, Badania, Praktyka”, 18, 2, s. 76–105.
- Kwaśniewska G., Wojnarska A. (2004). *Pomoc rodzinie dziecka niepełnosprawnego – wybrane kierunki oddziaływań*, w: *Aktualne problemy wsparcia społecznego osób niepełnosprawnych*, red. G. Kwaśniewska, A. Wojnarska, Lublin: Wydawnictwo UMCS, s. 180–195.
- Lipińska-Lokś J. (2014). *Wsparcie rodziców dzieci z niepełnosprawnością w środowisku szkolnym: zielonogórski przykład dobrych praktyk*, „Problemy Edukacji, Rehabilitacji i Socjalizacji Osób Niepełnosprawnych”, 18/1, s. 123–136.
- Nissenbauma M.S., Tollefsona N., Reese R.M. (2002). *The interpretative conference. Sharing a diagnosis of autism with families*, „Focus on Autism and Other Developmental Disabilities”, 17, s. 30–43.
- Olsson I., Roll-Pettersson L. (2012). *No no, you cannot say that! Perceptions and experiences of parents of preschool children with intellectual disabilities in Sweden*, „European Journal of Special Needs Education”, 27 (1), s. 69–80.
- Pisula E. (2007). *Rodzice i rodzeństwo dzieci z zaburzeniami rozwoju*, Warszawa: Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego.
- Sęk H., Cieślak R. (2004). *Wsparcie społeczne – sposoby definiowania, rodzaje i źródła wsparcia, wybrane koncepcje teoretyczne*, w: *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*, red. H. Sęk, R. Cieślak, Warszawa: PWN, s. 11–28.
- Siklos S., Kerns K.A. (2006). *Assessing need for social support in parents of children with autism and Down syndrome*, „Journal of Autism and Developmental Disorders”, 36, s. 921–933.
- Syeda M., Weiss J.A., Lunskey Y. (2011). *Experiences of families of individuals with intellectual disability and psychiatric disorder*, „Journal on Developmental Disabilities”, 17 (2), s. 64–68.
- Taanila A. (2002). *Well-presented first information supports parents ability to cope with a chronically ill or disabled child*, „Acta Paediatrica”, 91, 12, s. 1289–1291.
- Wołoskiuk B. (2011). *Pomoc rodzinie dziecka o specjalnych potrzebach edukacyjnych*, w: *Specjalne potrzeby niepełnosprawnych*, red. M. Białas, Kraków: Wydawnictwo Arson, s. 51–61.
- Yamaoka Y., Tamiya N., Izumida N., Kawamura A., Takahashi H., Noguchi H. (2016). *The relationship between raising a child with a disability and the mental health of others compared to raising a child without disability in Japan*, „SSM – Population Health”, 2, s. 542–548.
- Żyta A., Ćwirynkało K. (2015). *Wspieranie rodzin dzieci z niepełnosprawnością – perspektywa zmiany*, „Wychowanie w Rodzinie”, 111, 1, s. 377–396.



## Kompetencje pedagoga w responsywnych oddziaływaniach a efektywność terapii dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu

**ABSTRACT:** Julia Kisielewska, *The competences of a pedagogue in responsive interactions and the effectiveness of therapy for children with autism spectrum disorders*. Interdisciplinary Contexts of Special Pedagogy, No. 33, Poznań 2021. Pp. 21–32. Adam Mickiewicz University Press. ISSN 2300-391X. eISSN 2658-283X. DOI: <https://doi.org/10.14746/ikps.2021.33.02>

Every child requires an individual and subjective approach – regardless of the difficulties they experience. Each of them has their own pace and rhythm of development. Children’s development can often be disharmonious. It’s important to know that a child’s age is not always equal to their developmental age. If we look at autistic children – their situation is even more complex. Developmental disharmony, difficulties in cognitive functioning, emotional and social communication deficits – just these few challenges mean that autistic children make up one of the most challenging groups to work with for educators. When setting up and executing therapeutic, educational and educational goals, designed to minimize these unwanted behaviors and develop positive ones, it’s easy for educators to forget that they are not working with a “case” but an individual human being. A human being for whom they take responsibility, shaping their internal and external world. Therefore, the choice of therapy goal, choice of methods or forms of work should never take superiority over the child’s individuality. Some authors claim that: “treatment of a child with autism is a race against time” – there is no way to disagree with this statement, but it is worth adding that it’s the child who should be managing that time.

**KEYWORDS:** competences, responsiveness, effectiveness of therapy, autism spectrum

Zaburzenia ze spektrum autyzmu (ASD) charakteryzują się trzema obszarami znaczących nieprawidłowości lub deficytów. Są to jakościowe nieprawidłowości w zakresie komunikacji społecznej, relacji i interakcji społecznych oraz wzorców zachowań, zainteresowań i aktywności. Zaburzenia te należą do grupy zaburzeń neurorozwojowych występujących już w okresie wczesnego rozwoju ontogenetycznego.

W 1911 roku Eugen Bleuler pracujący nad zagadnieniami związanymi ze schizofrenią wprowadził do psychiatrii pojęcie autyzmu. Opisał autyzm jako idiosynkratyczne, egocentryczne myślenie, które „prowadzi do wycofania się we własny świat fantazji” (Goldstein, Ozonoff, 2017: 20). Przez kilkadziesiąt kolejnych lat autyzm definiowano i rozumiano jako chorobę psychiczną. Dopiero w 1943 roku Leo Kanner wysunął swoją hipotezę dotyczącą autyzmu, po części opartą na koncepcji Bleulera, ale akcentującą zaburzenia w zakresie komunikacji oraz trudności z symbolizacją, abstrahowaniem i rozumieniem znaczeń (Goldstein, Ozonoff, 2017: 20). Kanner, opisując autyzm, wskazał następujące symptomy jako kryteria diagnozy: głęboki brak kontaktu afektywnego z innymi ludźmi, wycofanie się z kontaktów społecznych lub niezdolność do ich tworzenia; obsesyjna potrzeba zachowywania identyczności otoczenia; fascynacja obiektami/przedmiotami; mutyzm lub taki rodzaj języka, który nie służy do komunikacji interpersonalnej; zachowania inteligentne, które wskazują na możliwości intelektualne dziecka (Pilch, red., 2003: 260–262).

Obecnie najbardziej szczegółowym i znaczącym zestawieniem kryteriów diagnostycznych są te zaprezentowane w *Diagnostycznym i statystycznym podręczniku zaburzeń psychicznych* (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM*) oraz *Międzynarodowej statystycznej klasyfikacji chorób i problemów zdrowotnych* (*International Statistical Classification of Diseases and Health Related Problems, ICD*). W DSM-5 pojęcie całościowych zaburzeń rozwoju zastąpiono terminem „zaburzenia ze spektrum autyzmu”. W obowiązującej jeszcze do 2022 roku klasyfikacji ICD-10 nadal istnieje kategoria całościowych zaburzeń rozwojowych uwzględniająca autyzm dziecięcy, au-

tyzm atypowy, zespół Retta, inne dziecięce zaburzenia dezintegracyjne, zaburzenia hiperkinetyczne z towarzyszącym upośledzeniem umysłowym i ruchami stereotypowymi, zespół Aspergera, inne całościowe zaburzenia rozwojowe oraz całościowe zaburzenia rozwojowe nieokreślone. Klasyfikacja ICD-11 łączyć będzie powyższe jednostki w jedną grupę – zaburzeń ze spektrum autyzmu. Coraz częściej wskazuje się też na współwystępowanie niepełnosprawności intelektualnej, padaczki, ADHD, zaburzeń psychicznych, atypowego rozwoju motorycznego, chorób metabolicznych i genetycznych, a także uszkodzeń mózgu i innych (Chojnacka, de Ines, Kwasiborska-Dudek, 2020: 18-19).

Zaburzenia ze spektrum autyzmu stanowią bardzo różnorodną i niejednorodną grupę objawów. U dzieci z ASD zauważalne są indywidualne różnice uwarunkowane czynnikami psychofizycznymi i środowiskowymi, intelektualnymi i językowymi, oddziaływaniami terapeutycznymi i edukacją. Istotą pracy z dziećmi z zaburzeniami ze spektrum autyzmu jest nie tylko efektywność terapii, ale i podejście terapeuty, które tę efektywność może warunkować.

Kilkadziesiąt lat temu, gdy zaczęto w sposób zorganizowany zajmować się terapią i rehabilitacją dzieci z ASD, koncentrowano się przede wszystkim na realizacji postawionych wcześniej celów, rzadko zwracano uwagę na indywidualne cechy dziecka i jego podmiotowość. Nie traktowano z refleksją potrzeb dzieci, które winny stać się nadrzędnym i aktywnym uczestnikiem procesu terapeutycznego (Mirny, Pesta, 2014: 11-13). Aby można było mówić o efektywnej terapii, która jednocześnie uwzględnia indywidualność dziecka, wskazać należy kilka istotnych działań. Są to m.in. (Pisula, 2008: 13-23):

- przeprowadzenie szczegółowej diagnozy umiejętności dziecka, a więc wnikliwe rozpoznanie jego specyficznych potrzeb i możliwości;
- opracowanie odpowiedniego systemu nauczania dla danego dziecka, czyli elastyczne dostosowanie metod pracy;
- nauczanie takich treści, które dziecku są w danym czasie najbardziej potrzebne, nawet jeśli odbiega to od podstawy pro-

gramowej; należy pamiętać, że pominięcie jakiegoś ważnego dla dziecka etapu może spowodować duże trudności z jego nadrobieniem w przyszłości; w praktyce wygląda to tak, że z jednego przedmiotu uczeń może nie znać elementarnych treści, a z innego wykazywać ponadprzeciętną wiedzę – trzeba wyjść naprzeciw tej specyfice i dostosować program nauczania do tego szczególnego ucznia;

- dostosowanie materiałów edukacyjnych do potrzeb i zainteresowań dziecka ze względu na różne deficyty, zaburzenia sensoryczne; ważne jest opracowanie takich materiałów, które ułatwią naukę dzieciom z autyzmem; najczęściej to nauczyciel musi przygotować pomoce dydaktyczne w postaci planów zajęć, planów czynności, piktogramów, koszyków itp.; na początku wydaje się to czasochłonne i trudne, ale zdecydowanie ułatwia późniejszą pracę i naukę.

Wiele interdyscyplinarnych badań nad procesami uczenia się i jego uwarunkowaniami pokazuje, że uczenie się zależy od możliwości oraz warunków wewnętrznych i zewnętrznych ucznia. Jak podkreśla Gerd Mietzel, wewnętrznymi determinantami uczenia się są np. procesy poznawcze (Mietzel, 2003: 35), które u dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu mogą przebiegać w odmienny od typowego sposób. Kolejnym istotnym składnikiem w pracy z dzieckiem z ASD są jego emocje, które stanowią największe „wyzwanie” dla terapeuty, a jednocześnie są też priorytetem w nabywaniu nowych umiejętności. Przekonania o sobie, sukces lub porażka edukacyjna, poczucie sprawstwa, a wreszcie i motywacja są znaczącymi i głównymi wewnętrznymi składowymi tego, jak i czy w ogóle dziecko ze spektrum zaburzeń autystycznych będzie się uczyć. Do czynników zewnętrznych można zaś zaliczyć postawy i kompetencje terapeuty, który organizuje proces terapeutyczny w ramach przygotowania merytorycznego, ale również otoczenie i warunki służące efektywnym oddziaływaniom.

Próby zdefiniowania pojęcia kompetencji podejmowane są przez różnych autorów w obrębie różnych dziedzin naukowych. Powoduje to chaos pojęciowy i nadawanie znaczenia zależnego od kontekstu



problemowego oraz teoretycznego (Madalińska-Michalak, Góral-ska, 2012: 68). Uogólniając, kompetencje to umiejętności praktyczne realizowane na podstawie wiedzy teoretycznej, które cechują osobę sprawną, skuteczną i odpowiadającą oczekiwaniom do wykonania danych zadań.

W pedagogice pojęcie to jest różnie definiowane. Maria Dudzi-kowa tak precyzuje ten termin: „Jest to zdolność do czegoś, zależna zarówno od znajomości wchodzących w nią umiejętności, sprawno-ści, jak i od przekonania o możliwości posługiwania się tą zdolno-ścią” (1994: 205).

W przestrzeni edukacyjnej, zwłaszcza zaś w pracy terapeutycznej z dziećmi z zaburzeniami ze spektrum autyzmu, pojęcie kompetencji zmienia podejście do celów kształcenia, oznacza to koncentrację na autentycznych sytuacjach życiowych, koncentrację na możliwościach i potrzebach dziecka, stosowanie efektów uczenia się w odniesieniu do określonych sytuacji i rzeczywistych problemów. Humanistyczne ujęcie kompetencji zakłada, że każda jednostka ludzka wyposażona jest w indywidualnym zakresie w pewne możliwości i sama kreuje swoją osobowość oraz relacje z innymi. Jest to doskonałą egzemplifi-kacją niniejszych rozważań. Pedagogika jako jedna z niewielu dyscy-plin naukowych zakłada możliwość rozwijania (uczenia się) kompe-tencji. Jest to czynność szczególnie istotna w odniesieniu do rozwijania kompetencji interpersonalnych terapeuty dzieci z autyzmem, które można krótko zdefiniować jako „zbiór nabytych umiejętności, które warunkują efektywność radzenia sobie w konkretnych sytuacjach” (Madalińska-Michalak, Góral-ska, 2012: 81).

O powodzeniu procesu terapeutycznego może decydować wiele różnych czynników. Znacząca część z nich dotyczy terapeuty. Dobrze rozwinięte kompetencje emocjonalne pedagoga pozwalają na wprowadzenie takich oddziaływań, by uwzględniając cele terapii, szanować podmiotowość dziecka. Dzięki nim budowane są prawidłowe relacje między terapeutą a dzieckiem, które wpływają na efektywność nauki.

Emocje i poprawne kierowanie nimi w zawodzie pedagoga te-rapeuty są nieodłącznym elementem warsztatu jego pracy. Z jed-

nej strony powodują, że jest on otwarty na specjalne indywidualne potrzeby dziecka, z drugiej strony mogą przyczynić się do nadmiernego zaangażowania emocjonalnego, stresu oraz wypalenia zawodowego. Ich znaczenie i rola w procesie terapeutycznym są wieloaspektowe. W pracy z dziećmi z ASD pojawia się wiele różnych, czasami występujących wobec siebie w opozycji uczuć.

Kompetencje ogólne pedagoga terapeuty rozumiane jako kwalifikacje niezbędne do efektywnego wykonywania zawodu to według Wacława Strykowskiego wiedza, umiejętności i przekonania potrzebne do efektywnej pracy dydaktycznej, wychowawczej i opiekuńczej (Strykowski, Strykowska, Pielachowski, 2007: 80). Badacz wskazuje kompetencje niezbędne w zawodzie pedagoga: merytoryczne (rzeczowe), psychologiczno-pedagogiczne, diagnostyczne, dydaktyczno-metodyczne, komunikacyjne, medialne i in. Kompetencje emocjonalne terapeuty zajmują równie istotne miejsce wśród pozostałych. Terapeuta sam musi mieć odpowiedni poziom umiejętności emocjonalnych, aby rozwijać je wśród swoich podopiecznych. Co więcej, wszelkie uczenie się związane jest z uczuciami, w związku z tym priorytetowe jest stworzenie takiego otoczenia, które kształtuje pozytywne emocje dziecka i pedagoga.

Wysoki poziom kompetencji interpersonalnych pedagoga determinuje pożądane zachowania dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu – zwiększa ich motywację do nauki, sprzyja radzeniu sobie z trudnościami, rozwija umiejętności emocjonalno-społeczne, kształtuje mowę. Kompetencje te znacząco wpływają także na tworzenie pozytywnych relacji z uczniami; kompetentny terapeuta to osoba komunikatywna, empatyczna, tolerancyjna, samoświadoma, asertywna, dociekliwa i otwarta (Madalińska-Michalak, Góralska, 2012: 116).

Umiejętności interpersonalne są nieodłączną częścią pracy pedagoga terapeuty, gdyż jak podkreśla H. Kwiatkowska, „musi on każdorazowo definiować sytuację edukacyjną, przy czym mądrość jego reagowania to nie efekt powielania wypróbowanych sposobów działania, lecz wynik rozumienia tego, co się dzieje (...)” (2008: 159).

Praca pedagoga terapeuty z dzieckiem ze spektrum zaburzeń autystycznych wymaga nie tylko ogromnej wiedzy, ale także gotowości do ciągłej uważności, refleksji, poszukiwań. Nie istnieją bowiem gotowe programy edukacyjne czy terapeutyczne, które uwzględniałyby potrzeby każdego dziecka i respektowałyby jego podmiotowość. Pedagodzy wciąż poszukują nowych rozwiązań, nowych koncepcji pracy, które w jak największym stopniu byłyby nie tylko nastawione na osiąganie celów i pracę z przypadkiem, ale akcentowałyby indywidualność i podmiotowość dziecka – jego potrzeby i możliwości, mocne i słabe strony, cechy osobowości i środowisko jego funkcjonowania.

W przypadku zaburzeń ze spektrum autyzmu odpowiedni dobór terapii jest uwarunkowany również koniecznością wzięcia pod uwagę dodatkowych, szczególnych zaburzeń, które zostały ujęte w trzech sferach – zaburzeń komunikacji, interakcji społecznych i specyficznych zachowań. Dostosowując oddziaływania podejmowane wobec dzieci z ASD, z całą pewnością możemy uznać, że mają one charakter wielosystemowy i zgodnie z założeniami nauk pokrewnych (przede wszystkim psychologii i socjologii) mogą być zaliczone do działań terapeutycznych. W ujęciu tym szczególnie ważne staje się prowadzenie oddziaływań mających korzystny i perspektywiczny wpływ na poddane nim dzieci. Do tego nawiązują analizy przeprowadzone przez S.C. Luce'a, W.P. Christiana, S.R. Andersona, P.J. Toya, E.V. Larssona, w których zwrócono uwagę na (Błeszyński, 2005: 18):

- konieczność indywidualnego podejścia w pracy z osobami autystycznymi, jak również przejawiającymi głębokie defekty rozwojowe, zarówno w organizowaniu systemu terapii, jak i w zakresie jej tempa oraz proponowanego programu wspierającego (por. Gałkowski, 1993);
- organizowanie systemowego podejścia wspierającego rozwój osób poddanych opiece, opierającego się na współpracy ze środowiskiem rodzinnym (z uwzględnieniem warunków społecznych);
- uświadomienie ograniczonego wsparcia wynikającego z braku jednorodnego systemu oddziaływania na te osoby;

- napotymane trudności w prowadzeniu koordynacji podejmowanych działań terapeutyczno-opiekuńczych przez różne instytucje, zwłaszcza gdy nie występuje konsolidacja programowa.

Jeżeli prowadzone działania wobec dzieci z autystycznymi zaburzeniami rozwoju i zachowania wykraczają poza oddziaływania wychowawcze oraz dydaktyczne i stają się kompleksowym wspieraniem rozwoju, wówczas konieczne jest korzystanie z terapii. Staje się ona wówczas wyspecjalizowaną czynnością, która jest ukierunkowana na funkcjonalną i społeczną sferę interwencji.

Podmiotowość oddziaływań wobec dziecka z ASD wynikająca z rozwojowego podejścia do pracy terapeutycznej wymaga dostosowywania stylu interakcji pedagoga do możliwości i potrzeb dziecka. Umiejętności społeczne i komunikacyjne małych dzieci kształtują się przez codzienne czynności oraz relacje, a zatem i styl interakcji, jaki realizują rodzice/opiekunowie z dzieckiem; jest on zazwyczaj emocjonalny, nastawiony na relację z nim. Niewiele jest tam poleceń i pytań, a więcej komentarzy i reakcji niewerbalnych na sygnały wysyłane przez dziecko. Takie zachowania dorosłych sprzyjają pojawieniu się zachowań społecznych. Jeżeli terapeuta pracuje z dzieckiem z zaburzeniami ze spektrum autyzmu nad rozwijaniem umiejętności zabawy, istotne jest, żeby pamiętać o responsywnym stylu interakcji. Na kolejnych etapach pracy nad komunikacją i bardziej złożonymi umiejętnościami społecznymi czy szkolnymi styl interakcji może i powinien zmieniać się na dyrektywny, jeżeli dziecko jest już na to gotowe, nie oznacza to jednak całkowitego odejścia od podążania i reagowania na jego potrzeby (Tarnawska, 2018).

Czym zatem charakteryzuje się responsywny styl interakcji w terapii dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu? Responsywność, gdzie pedagog terapeuta pozostaje w relacji synchronicznej z dzieckiem, to złożony kompleks zachowań, które charakteryzują określone cechy partnera, tzn.: zachowania „wygenerowane” przez opiekuna wobec dziecka zachodzą bezpośrednio po ich wystąpieniu i są natychmiastową odpowiedzią, adekwatną do aktywności wyrażanej przez dziecko, a pedagog zmienia swój styl zachowania, pozytywnie komentując zachowania dziecka.

W oddziaływaniach terapeutycznych responsywna relacja opiera się na podążaniu za rzeczywistymi zainteresowaniami dziecka. Nawet jeśli wykonuje ono czynności stereotypowe i powtarzalne, pedagog wykonuje tę samą czynność, uwzględniając potrzebę samoregulacji dziecka. Istotą tego kontaktu jest wymiana, jaka zachodzi między dzieckiem a terapeutą, oraz odwzajemnianie kontaktu, a w efekcie niedyrektywna nauka umiejętności (Czyż, 2013).

Na zakończenie, aby odnieść się do praktyki, wskazać można wybrane przykłady kilku najpopularniejszych niedyrektywnych responsywnych podejść terapeutycznych dla dzieci z ASD. Wśród nich można wyróżnić: metodę ESDM (Early Start Denver Model), RDI – metodę rozwoju relacji (Relationship Development Intervention), metodę opcji (Son-Rise), model DIR/FLOORTIME (model rozwojowy uwzględniający indywidualne różnice oparty na budowaniu relacji / FLOORTIME, czyli czas podłogowy). Warto podkreślić jednak, że powyższe podejścia nie mają udowodnionej naukowo skuteczności, choć coraz częściej wskazuje się efektywne działanie opartych na relacji oddziaływań oraz podkreśla się, jak ważny jest responsywny styl interakcji dla efektywności terapii dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu.

Metody niedyrektywne, poza kilkoma kontrowersyjnymi i błędnie interpretowanymi, opierają się przede wszystkim na dziecku, jego potrzebach, na naszej uważności i refleksyjności. Założeniem tych podejść jest wytworzenie przez terapeutę otoczenia bezpiecznego, ale i atrakcyjnego, w którym dziecko chce przebywać, a przez to ma motywację do nauki i chęć eksplorowania przestrzeni. Fundamentalnym celem programu w nurcie rozwojowym jest wszechstronne wspieranie procesów rozwojowych dziecka, które są podstawowe dla prawidłowego rozwoju – samokontroli, komunikacji, tworzenia i rozumienia pojęć oraz myślenia emocjonalnego. Od samego początku dziecko nawiązuje wiele interakcji społecznych, które mają charakter transmisyjny i są niezwykle istotne w jego rozwoju. Ważne jest to, że każda osoba wpływa na zachowanie drugiej i równocześnie dostosowuje się do jej zachowania, przez co powstaje płynny system wzajemnej regulacji (Danielewicz, 2008: 134–149).

Wybór odpowiedniej formy postępowania terapeutycznego adekwatnego do potrzeb i możliwości dziecka jest czynnością niezwykle trudną. Wśród oferowanych obecnie różnych metod i technik wiele jest takich, które mogą nie być zgodne z podmiotowym podejściem do dziecka, ale i z oczekiwaniami terapeuty. Jest też wiele takich, które nie mogą w ogóle za metody terapeutyczne zostać uznane, gdyż pełnią jedynie funkcję wsparcia. Wydaje się, że zasadniczym krokiem służącym efektywnemu doborowi podejścia terapeutycznego są wysokie kompetencje pedagoga – uważność, wrażliwość, wysoki poziom empatii oraz responsywne, indywidualne podejście do dziecka oparte na szacunku i pozytywnej, synchronicznej relacji.

Zaburzenia ze spektrum autyzmu to całościowe zaburzenia rozwoju przejawiające się w deficytach komunikacyjnych, społecznych oraz w zachowaniu. Obecnie programy terapeutyczne dla poszczególnych dzieci powinny mieć zatem charakter globalny i obejmować różne obszary rozwoju. Bardzo ważne jest, by uwzględniać preferencje dziecka, jego zainteresowania i ulubione formy aktywności. Wymaga to od pedagoga otwartości i umiejętności podążania za dzieckiem. Szacunek dla niego i jego indywidualności to fundamentalna zasada terapii. Każdy program powinien mieć wyraźną strukturę. Powinny być stosowane rozmaite metody umożliwiające wszechstronne wspieranie rozwoju dziecka.

Jerzy Stochmiałek podkreśla, że paradygmat podmiotowości jest nastawiony na ujmowanie człowieka jako niepowtarzalnej jednostki ze wszystkimi jej mocnymi i słabymi stronami, mającej prawo do samorealizacji i rozwoju w integracji z innymi ludźmi. W obu tych postulatach istotną staje się osoba, dziecko biorące udział w terapii. W nowym społeczeństwie chodzi o to, żeby jednostka była samodzielna, sprawcza, proinnowacyjna, zaradna, otwarta itp. Stanowi to przeciwstawianie się tzw. pedagogice urabiania, manipulowania, czyli uprzedmiotawiania (Szostak, 2021). Podmiotowość dziecka jest zatem traktowana współcześnie jako cel edukacji i wychowania.

## Bibliografia

- Błęszyński J.J. (2005). *Terapie wspomagające rozwój osób z autyzmem*, Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Bobkowicz-Lewartowska L. (2011). *Autyzm dziecięcy – zagadnienia diagnozy i terapii*, Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Chojnacka I., de Ines M., Kwasiborska-Dudek J. (2020). *Zaburzenia ze spektrum autyzmu – kryteria diagnostyczne, uwarunkowania genetyczne i neurobiologiczne*, w: *Diagnoza i terapia logopedyczna małego dziecka z zaburzeniami ze spektrum autyzmu (ASD)*, red. J. Kwasiborska-Dudek, D. Emiluta-Rozyra, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia Universalis.
- Czyż M. (2013). *Terapie niedyrektywne w autyzmie na przykładzie Growth through Play System (systemu rozwoju przez zabawę)*, „Konteksty Pedagogiczne”, nr 1, <https://www.ceeol.com/search/article-detail?id=814745> [dostęp: 18.10.2021].
- Danielewicz D. (2008). „Czas podłogowy” w pracy z dzieckiem z autyzmem, w: *Wybrane formy terapii i rehabilitacji osób z autyzmem*, red. E. Pisula, D. Danielewicz, Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Dudzikowa M. (1994). *Kompetencje autokreacyjne – czy i jak są możliwe do nabycia w toku studiów pedagogicznych*, w: *Ewolucja tożsamości pedagogiki*, red. H. Kwiatkowska, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Goldstein S., Ozonoff S. (2017). *Perspektywa historyczna i ogólna charakterystyka*, w: *Diagnoza zaburzeń ze spektrum autyzmu*, red. S. Goldstein, J.A. Naglieri, S. Ozonoff, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Madalińska-Michalak J., Góralska R. (2012). *Kompetencje emocjonalne nauczyciela*, Warszawa: Wydawnictwo Wolters Kluwer.
- Mietzel G. (2003). *Psychologia kształcenia. Praktyczny podręcznik dla pedagogów i nauczycieli*, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Mirny A., Pesta G. (2014). *Autyzm: potrzeby, komunikacja i edukacja w ZSS nr 5 w Sopocie*, „Autyzm”, nr 14.
- Pilch T. (red.) (2003). *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku*, t. I, Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak, s. 260–262.
- Pisula E. (2008). *Efektywność działań terapeutycznych podejmowanych wobec dzieci z autyzmem*, w: *Wybrane formy terapii i rehabilitacji osób z autyzmem*, red. E. Pisula, D. Danielewicz, Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Pisula E., Danielewicz D., red. (2008). *Wybrane formy terapii i rehabilitacji osób z autyzmem*, Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Strykowski W., Strykowska J., Pielachowski J. (2007). *Kompetencje nauczyciela szkoły współczesnej*, Poznań: Wydawnictwo eMPI2.
- Szostak J. (2021). *Podmiotowość uczniów niepełnosprawnych w szkołach specjalnych, masowych oraz integracyjnych*, <https://rep.up.krakow.pl/xmlui/bitstream/>

- handle/11716/196/0051\_20150303\_mg\_ra\_podmiotowosc\_uczniow\_niepel-  
nosprawnych\_j\_szostak.pdf?sequence=1&isAllowed=y [dostęp: 29.10.2021].
- Tarnawska M. (2018). *Terapia logopedyczna małego dziecka z autyzmem w świetle teorii ro-  
zwojowych*, [https://www.polskietowarzystwologopedyczne.pl/wp-content/up-  
loads/2021/02/047-059-Tarnawska-BIULETYN-32-2018.pdf](https://www.polskietowarzystwologopedyczne.pl/wp-content/uploads/2021/02/047-059-Tarnawska-BIULETYN-32-2018.pdf) [dostęp: 14.10.2021].





# Ewentualna przydatność procedur uniwersalnych w pracy z grupami podwyższonego ryzyka. Na przykładzie recepcji programu profilaktycznego „Smak życia, czyli debata o dopalaczach”

**ABSTRACT:** Krzysztof A. Wojcieszek, *Usefulness of universal procedures at work with high-risk groups on the example of a reception of a preventive programme called “The Taste of Life: A Designer Drugs Debate”*. Interdisciplinary Contexts of Special Pedagogy, No. 33, Poznań 2021. Pp. 33–48. Adam Mickiewicz University Press. ISSN 2300-391X. eISSN 2658-283X. DOI: <https://doi.org/10.14746/ikps.2021.33.03>

Researchers of the behavior of adolescents from the so-called high-risk groups suggest that due to the high level of problem behaviors (e.g. drinking alcohol, smoking, drug use, violence) the most appropriate preventive work is the harm reduction approach, especially in the case of borderline behaviors such as alcohol use (Pisarska, Bobrowski, Greń, Ostaszewski, 2019: 343). Applying this type of strategy to illegal behavior such as drug use, especially NPS (the so-called legal highs) seems to be a bit more problematic. Meanwhile, the results of research on the reception (process evaluation) of the “Taste of Life Debate” preventive program scenario indicate that selected universal procedures, intended for young people with an average level of risk, can be successfully used in work with young people at risk, as long as they relate to behavior that is not normative in the social sense (such as using NPS). The work is a short comparison of evaluation results in the universal group and in the high-risk group.

**KEYWORDS:** prevention, high risk group, new psychoactive substances (NPS), universal scenario

## Wprowadzenie

Zażywanie substancji psychoaktywnych zwanych dopalaczami (NSP) przez młodzież i dorosłych jest uznawane za zachowanie problemowe (Malczewski, 2018) i monitorowane epidemiologicznie (Greń, Bobrowski, Ostaszewski, Pisarska, 2019: 278; Ostaszewski i in., 2017; Sierosławski, 2015; Kurzępa i in., 2019), zwłaszcza że ta grupa narkotyków jest nadal dopiero rozpoznawana z punktu widzenia skutków działania na organizm, składu chemicznego i potencjalnych szkód (Zawilska, 2015). Różnorodne obserwacje, w tym kliniczne, potwierdzają bardzo duży potencjał toksyczny tej grupy narkotyków (kilka tysięcy hospitalizowanych rocznie w Polsce z powodu zatrucia dopalaczami - w 2018 roku 4260 zatruc; zob. GIS, 2019: 57), również zatruc śmiertelnych (nawet ok. 162 rocznie; GIS, 2019: 79) i uzależnień (GIS, 2019). Wskazują one także na nieoczekiwane i silne reakcje zażywających, prowadzące do przemocy, agresji i autoagresji. Właśnie dlatego nie ustają starania, aby ograniczać przyjmowanie tych substancji. Jedną z metod jest ograniczenie podaży NSP przez regulacje prawne (delegalizacja, w Polsce od 2018 roku). Inną metodą są zabiegi wychowawcze, edukacyjne i profilaktyczne w kierunku ograniczenia popytu na te substancje (Wojcieszek, 2010, 2011). Warto jednak zauważyć, że często dochodzi do przeceniania obaw związanych z dopalaczami, zatem konieczne jest wyważone i całościowe podejście do problemu NSP (Wojcieszek, 2019). Zachodzi interesujące pytanie, czy scenariusze programów profilaktycznych opracowane pierwotnie dla grup uniwersalnych, takie jak scenariusz programu „Smak życia, czyli debata o dopalaczach”, mogą być adekwatnie stosowane w przypadku młodych ludzi z grupy podwyższonego ryzyka. Co na ten temat mówią nam wyniki ewaluacji formatywnej tego programu zastosowanego w grupie uniwersalnej i w grupie ryzyka?

## Zażywanie NSP w grupie uniwersalnej i w grupach ryzyka

Od czasu pojawienia się w Polsce i w Europie tzw. dopalaczy (nowych substancji psychoaktywnych) epidemiolodzy zachowań ryzykownych dodali tę kategorię do swoich kwestionariuszy badawczych i stąd dowiadujemy się, na ile rozległe jest zjawisko przyjmowania NSP w różnych grupach. Generalnie zaznacza się tendencja, przynajmniej w Polsce, że zachowanie to nie było dotychczas normatywne, a skala zażywania NSP nie jest duża w porównaniu z piciem alkoholu, paleniem papierosów czy pochodnych konopi indyjskich (marihuana), zwłaszcza wśród młodzieży – między 1% użytkowników całożyciowych a 7% (Ostaszewski i in., 2017; Malczewski, 2018). Jak każde nowe zjawisko o pewnych spektakularnych przejawach (incydenty masowych śmiertelnych zatruc, agresja) i jako zjawisko względnie nowe wzbudzało ono zainteresowanie mediów (sensacja), co przekładało się na zwiększenie obaw opinii publicznej znacznie ponad rzeczywistą skalę zażywania NSP i jego skutków. Nawet zgony z powodu zatruc dopalaczami stanowiły tylko 1/10 zgonów wywołanych zatruciem alkoholem (zwyczajnym etylowym, a nie metylowym).

Nie ulega jednak wątpliwości, że zażywanie NSP ma potencjał rozszerzania się z uwagi na bardzo konkurencyjne ceny w stosunku do tradycyjnych narkotyków i „efekt nowości”. Dotychczasowe wyniki badań terenowych wskazują ponadto na to, że jest to zachowanie częstsze w grupie młodych dorosłych i dorosłych aniżeli w grupie młodzieży (GIS, 2019: 66–68). I w końcu, co bardzo istotne w naszych rozważaniach, jest to zachowanie bardzo częste w grupach młodzieży o podwyższonym ryzyku, która również dużo pije, pali i bierze inne narkotyki (Greń i in., 2019: 267–291). W opracowaniu na temat zażywania substancji przez przebywających w MOW i MOS znajdujemy informację, że substancja taka jak mefedron (z grupy katynonów, zaliczana zazwyczaj do NSP) była przyjmowana nawet przez 39,3% badanych dziewcząt w MOW, zaś inne NSP

przez 36,8% badanych dziewcząt (Greń, 2019: 278–281). Autorowi zaś zdarzało się pracować profilaktycznie ze starszymi chłopcami w MOW, gdzie podczas zajęć aż 70% uczestników ujawniało swój kontakt z dopalaczami. NSP z uwagi na stosunkowo niską cenę i silne działanie (włączając katynony) są dla tej grupy szczególnie atrakcyjne i zarazem szczególnie niebezpieczne (zwiększone ryzyko zachowań problemowych, w tym agresji i przestępstw oraz zwiększone ryzyko strat). Można stwierdzić, że istnieje ogromna różnica w rozpowszechnieniu brania dopalaczy (podobnie jak innych substancji psychoaktywnych) między populacją uniwersalną a osobami przebywającymi w MOW. Jest to zresztą zrozumiałe, jeśli przypomnimy, że kierowanie do MOW (czy w mniejszym stopniu do MOS) jest związane z wyraźnymi zaburzeniami zachowania, a nierzadko po prostu z przestępstwami. MOW to swoisty przedsiwonek ewentualnego pobytu w zakładzie poprawczym czy nawet więzieniu. Zauważmy jednocześnie, że w cytowanych najświeższych badaniach zespołu ProM nieco wyższe wskaźniki zażywania NSP wykazywały dziewczęta niż chłopcy (!) (Greń i in., 2019: 279–281). W świetle tych danych skupienie się w obecnej analizie na dziewczętach rysuje się jako w pełni uzasadnione.

Jak dotychczas nie opracowano u nas (a ściślej: autorowi nie są takowe znane) scenariuszy działań profilaktycznych czy terapeutycznych w kierunku redukcji zażywania NSP innych niż przywoływany już „Smak życia, czyli debata o dopalaczach”. W związku z tym uzasadnione wydawało się zastosowanie w grupie podwyższonego ryzyka scenariusza uniwersalnego przeznaczonego dla młodzieży nieprzejawiającej zaburzeń zachowania i zbadanie, jaka jest recepcja takich zajęć w grupie podwyższonego ryzyka. Za taką grupę uznano, jak się wydaje słusznie, młodzież znajdującą się w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych. Dla klarowności porównania wyodrębniono wyniki dziewcząt z grupy uniwersalnej, ponieważ badanie było prowadzone w MOW dla dziewcząt i poddano obie grupy analogicznemu badaniu typu ewaluacji procesu (formatywnej), skupiając się na tym etapie na zbadaniu jedynie recepcji programu w obu zróżnicowanych grupach.

## Charakterystyka grup badanych i metodologia badań

Badanie polegało na ocenie za pomocą kwestionariusza ankiety audytoryjnej recepcji zajęć prowadzonych przez autora programu (i autora niniejszego tekstu), jednakowo w obu grupach. Zajęcia były realizacją programu profilaktycznego „Smak życia, czyli debata o dopalaczach”, który powstał na zamówienie Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii w 2010 roku, z przeznaczeniem do zastosowania w klasach VII–VIII (wtedy I i II klasa gimnazjum), w szkole, czyli w grupie standardowej, uniwersalnej (Wojcieszek, 2010). W przypadku tego badania oddziaływanie prowadzono w jednym z gimnazjów w podwarszawskiej miejscowości, w klasach I, obejmując oddziaływaniami wszystkie klasy I (obecnie klasy VII). Drugą badaną grupą była młodzież przebywająca w Młodzieżowym Ośrodku Wychowawczym również w jednej z podwarszawskich miejscowości, ale podopiecznymi tej placówki były same dziewczęta, przeciętnie o 1–2 lata starsze od gimnazjalistów z klasy I. Zatem grupy nie były dokładnie identyczne, chociażby z racji wieku. Jest to zauważalne przez autora ograniczenie badań. Jednak lepszej porównywalności grup chwilowo nie udało się zapewnić.

Po zakończeniu programu, który ma z założenia charakter krótkiej interwencji profilaktycznej w grupie (KIPG) trwającej nieco ponad 2,5 h, poproszono uczestników o wypełnienie prostego formularza skoncentrowanego na recepcji scenariusza i poziomu satysfakcji uczestniczek. Takie podejście odpowiada tzw. ewaluacji procesu (lub ewaluacji formatywnej) i jest zazwyczaj stosowane w trakcie kwalifikacji danego scenariusza do dalszego zastosowania, przed ewaluacją wyniku (sumatywną).

Charakteryzując obie grupy, można dodać, że w gimnazjum poziom stwierdzonych zachowań problemowych był podobny jak ten stwierdzony w badaniach ESPAD i badaniach mokotowskich. Częstym zachowaniem było jedynie picie alkoholu i palenie tytoniu. Zażywanie NSP było bardzo rzadkie i nie miało charakteru normalnego (1,4% całościowo).

Natomiast w grupie podwyższonego ryzyka wszystkie rodzaje zachowań problemowych były bardzo częste, co dobrze oddają ostatnie badania młodzieży z MOS i MOW dokonane przez pracownię ProM IPiN i co już omawialiśmy. Branie dopalaczy ogromnie różniło się w obu grupach, chociaż wydaje się, że nawet w MOW nie było to jeszcze zachowanie w pełni zaakceptowane (normatywne), gdyż było domeną mniejszości badanych osób. Obrazowo można to ująć tak, że w grupie uniwersalnej zdarzały się 1–2 osoby na klasę (1,4%), które miały kontakt z NSP choć raz w ciągu całego życia, natomiast w grupie podwyższonego ryzyka takich osób było prawie 34% (co generalnie odpowiada wynikom zanotowanym przez zespół ProM). Właściwie wszystkie zachowania uznawane za ryzykowne lub problemowe radykalnie odróżniały od siebie obie grupy. Aby zwiększyć ich porównywalność, wyodrębniono z danych gimnazjalistów wyniki dziewcząt i porównano z wynikami dziewcząt z MOW. Ten zabieg miał charakter techniczny, ale dodajmy, że bardzo podobne wyniki do tych opisanych niżej odnotowano, gdy podobna praca dotyczyła MOW dla chłopców, tyle tylko, że poziom zachowań ryzykownych był tam jeszcze znacznie wyższy niż w MOW dziewczęcych. Z powodu pewnych usterek w zespole danych dla grupy chłopców ograniczamy nasze badanie jedynie do grup dziewcząt. Ich liczebność była następująca: grupa uniwersalna – 9 klas I, N = 147 kwestionariuszy ankiet (z 7 sesji), z czego 71 to dziewczęta; grupa podwyższonego ryzyka MOW (MOW dla dziewcząt): N = 72 (76).

Realizacja w gimnazjum była sekwencyjna, czyli kolejno objęto programem 9 (7) grup – klas I. W przypadku MOW praca dotyczyła jednej sesji z udziałem 72 osób. Ta różnica byłaby ważna, gdyby badanie dotyczyło efektów programu (np. zmiany zachowań), ale wydaje się nie tak ważna w przypadku zwykłego badania recepcji programu, zwłaszcza że wszystkie realizacje były prowadzone przez tę samą osobę – autora programu – i w identyczny sposób. Przebieg programu był we wszystkich przypadkach modelowy, chociaż w trakcie pracy z dziewczętami z grupy podwyższonego

ryzyka prowadzący odnotował wyraźnie większy stopień oporu (np. niewypełnienie przez 4 osoby dość prostych ankiet *ex post*), bardziej wnikliwą dyskusję z prowadzącym, częstsze nawiązywanie do innych zachowań problemowych. Taki stan rzeczy nie był dla prowadzącego zaskakujący. Po zebraniu kwestionariuszy dokonano ich opracowania dzięki najnowszej dostępnej wersji programu PSPP (GNU). Stosowano proste narzędzia statystyczne do porównywania średnich w dwóch grupach.

## Wyniki ewaluacji procesu

Za bardzo interesujące autor badań uważa zjawisko pozytywnego odbioru programu w obu grupach, uniwersalnej i podwyższonego ryzyka. Uwidacznia się to m.in. w wynikach oceny zajęć w skali szkolnej 1–6. Ta prosta metoda jest czytelna dla uczestników zajęć i wbrew swej prostocie daje sporo informacji. Poniżej prezentujemy porównanie odpowiedzi w obu grupach.

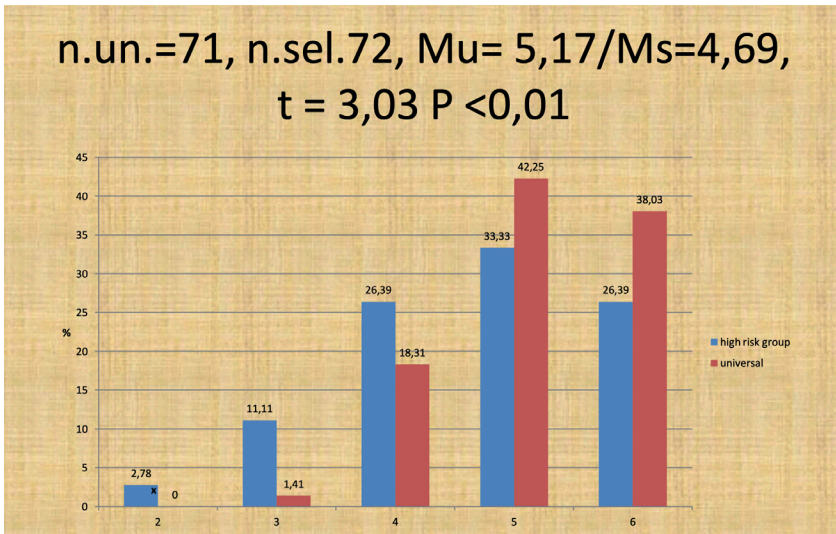
Tabela 1. Struktura odpowiedzi na pytanie „Czy program Ci się spodobał?” w porównywanych grupach (tak / nie / trudno powiedzieć) (minimum 0,00, maksimum - 2,00) (MOW: średnia - 1,74 (s.d. 0,53), n = 72, gimnazjum: średnia - 1,89, s.d. = 0,32, n = 71)

Rodzaj wskazania	Liczba odpowiedzi w grupie ryzyka	% ważnych	% kumulowany	Liczba odpowiedzi w grupie uniwersalnej	% ważnych	% kumulowany
Nie	3	4,17	4,17	...	...	...
Trudno powiedzieć	13	18,06	22,22	8	11,43	11,43
Tak	56	77,78	100,0	62	88,57	100,0
Suma	72	100,0		71	100,0	

Źródło: badanie własne.



Szczegółowy rozkład odpowiedzi w skali szkolnej dokładniej uwidacznia stopień akceptacji programu w porównywanych grupach.



Rysunek 1. Porównanie ogólnej oceny zajęć w badanych grupach; grupa uniwersalna  $N = 71$ , grupa selektywna (MOW)  $N = 72$ ,  $M = 5,17$  (s.d.  $0,77/0,09$ ), MOW:  $M = 4,69$  (s.d.  $1,07/0,13$ ),  $F = 9,14$ ,  $p < 0,01$ ,  $t = 3,03$ ,  $df = 141/129$ ,  $P < 0,01$ ,  $d C > 0,5$

Źródło: badania własne.

Jak należało oczekiwać, ocena w obu grupach się różni. W grupie podwyższonego ryzyka mamy średni wynik na poziomie 4,69 w skali 1-6, zaś w grupie uniwersalnej 5,17. Wynik porównania średnich jest istotny statystycznie i mimo różnicy dość zbieżny, bowiem uzyskana różnica wydaje się stosunkowo mała. Nadal „mocna czwórka” w skali szkolnej świadczy o dość dobrej recepcji programu w grupie ryzyka mimo odnotowanego oporu.

Musimy zdawać sobie sprawę, że edukacja zawierająca elementy mogące wywołać dysonans poznawczy siłą rzeczy obniża satysfak-



cję z zajęć. Przecież związane z taką sytuacją napięcie nie jest przyjemne, a w stosunku do 1/3 uczestniczek z MOW zwyczajna i dość krótka edukacja mogła wywołać dysonans. Wynik oceny bliski 5 jest jednak z tego punktu widzenia satysfakcjonujący (nawet zdaniem autora: wysoce satysfakcjonujący).

Oczywiście wszelkie zjawiska oporu w trakcie pracy profilaktycznej muszą skupiać uwagę praktyków i badaczy, bo mogą być źródłem nieoczekiwanych i niepożądanych efektów jatrogenicznych. W takich przypadkach można albo podjąć próbę wykorzystania rezystancji („praca z oporem”), albo starać się niwelować napięcie przez różne zabiegi strukturalne („omijać opór”). Wydaje się, że w przypadku dziewcząt z MOW pewną pozytywną rolę odgrywała duża otwartość i dialogiczna postawa prowadzącego, oczywiście obecna też w szkolnych realizacjach i zgodna z intencjami opublikowanego programu. Ten element był świadomie kreowany podczas wszystkich spotkań, ale w przypadku MOW wydaje się dużo ważniejszy niż w przypadku grupy uniwersalnej. Młodzież z MOW ma bowiem zazwyczaj za sobą wiele trudnych doświadczeń i często poczucie bycia krzywdzonym przez dorosłych, dlatego też otwartość i dialog wydają się w tym przypadku absolutnie niezbędne. Umożliwiają bowiem coś, co w terapii bywa nazywane „kontraktem terapeutycznym”, a w profilaktyce jest podstawowym warunkiem jakiegokolwiek pracy z młodzieżą. Istotną rolę mogły odgrywać pewne strukturalne założenia programu, np. założenie, że końcowe komunikaty nie są młodzieży oznajmiane, lecz wspólnie z nią wypracowywane. Dodajmy, że zgodnie z obserwacją prowadzącego proces ten łatwiej i szybciej zachodził w grupie uniwersalnej, ale w końcu dawał podobne wyniki również w grupie podwyższonego ryzyka.

Można zatem zaryzykować konkluzję, że w obu przypadkach ogólna satysfakcja z udziału w programie była pozytywna, choć wyraźnie słabsza w MOW. Oceny „1” i „2” w grupie uniwersalnej niemal się nie zdarzały, natomiast, jak widać na wykresie, były obecne w grupie z MOW. To zapewne miara rezystancji.

Przyjrzyjmy się jeszcze wynikom odpowiedzi na pytania o ocenę jakości pracy prowadzącego. I tutaj stwierdzamy zbliżone wyniki, choć niższe w MOW.

Tabela 2. Odpowiedzi na pytanie o ocenę jakości pracy prowadzącego w skali szkolnej (średnia dla grupy ryzyka: 4,89 (s.d. 1,14),  $n = 72$ , średnia dla grupy uniwersalnej: 5,37 (s.d. 0,71),  $n = 71$ ,  $t = 3,04$ ,  $df = 139/116$ ,  $p < 0,01$ ;  $F = 8,19$ ,  $p$  Levine'a = 005,  $d$  Cohena  $> 0,5$ )

Zestawienie szczegółowe dla grupy podwyższonego ryzyka

Stopień szkolny	Liczba wskazań	%	% ważnych	% kumul.
2,00	2	2,78	2,82	2,82
3,00	11	15,28	15,49	18,31
4,00	5	6,94	7,04	25,35
5,00	28	38,89	39,44	64,79
6,00	25	34,72	35,21	100,0
... (7)	1	1,39	...	
Suma	72	100,0	100,0	

Dla grupy uniwersalnej

Stopień	Liczba wskazań	%	% ważnych	% kumul.
2,00	0	0	0	0
3,00	2	2,82	2,86	2,86
4,00	3	4,23	4,29	7,14
5,00	32	45,07	45,71	52,86
6,00	33	46,48		100,0
... (7)	1	1,41	...	
Suma	71	100,0	100,0	

Źródło: badania własne.

## Istota zagadnienia – znaczenie podobieństw i różnic w recepcji programu między grupami uniwersalnymi i grupami ryzyka

Jakie jest znaczenie zaobserwowanych podobieństw i różnic między grupami? Zajmijmy się najpierw różnicami. W grupie uniwersalnej odnotowano: zażywanie NSP – bardzo rzadkie – zdecydowanie nie jest normatywne, zatem komunikaty programu nie powodują dysonansu poznawczego (i oporu). W grupie selektywnej zaś przyjmowanie NSP jest częste i do pewnego stopnia normatywne, zatem komunikaty profilaktyczne mogą powodować dysonans, opór i paradoksalne reakcje (potencjalne źródło efektów jatrogenicznych). Zapewne to mieli na myśli autorzy cennych badań pracowni ProM w MOS i w MOW, gdy rekomendowali szersze zastosowanie podejść opartych na redukcji szkód (Pisarska i in., 2019, rekomendacja). Co jednak godne rozważenia w przypadku picia alkoholu czy palenia tytoniu, to już znacznie bardziej problematyczne w przypadku dopalaczy. Wśród nich są bowiem substancje, które bardzo trudno jest oswoić w kierunku rozsądnego zażywania, ponadto część z nich powoduje bardzo silne negatywne zjawiska, ze zgonami włącznie. Warto pamiętać, że na początku doświadczeń społecznych z NSP (2008–2011) liczba zatruć dopalaczami sięgała kilku tysięcy przypadków rocznie (np. 7 tysięcy). Nic dziwnego, że takie skutki nie skłaniały do wypracowania jakiegoś podejścia typu *harm reduction*. Wyraźne opanowanie zjawiska było, przynajmniej w Polsce, związane raczej ze strategią ograniczania podaży przez surowsze regulacje prawne i w końcu pełne zakwalifikowanie prawne NSP do grupy nielegalnych narkotyków.

Zagadnienie pryncypialność *versus* redukcja szkód będzie narastało, jeśli wzrosną współczynniki epidemiologiczne brania nowych narkotyków (tzw. dopalaczy) w Polsce. Obecnie nadal wskaźniki sięgania po nie są stosunkowo niskie i oby udało się to utrzymać, ale jeśli w przyszłości wzrosną, to naturalną kolejną rzeczą wróci opisany dylemat profilaktyczny. Większość programów profilaktycznych

boryka się z podobnym dylematem, niekiedy ostrzej zarysowanym. Wychodzić naprzeciw doświadczeniom uczestników czy stawiać im tamę? Chociażby reakcje palaczy są odmienne od reakcji uczniów niepalących („dylemat podejścia poznawczego”) w trakcie programów profilaktycznych. Nie jest to zatem obszar zarezerwowany dla profilaktyki zażywania NSP.

Bardziej interesujące wydają się jednak podobieństwa niż różnice, gdyż otwierają drogę do stosowania procedur uniwersalnych w grupie podwyższonego ryzyka, z ważnym zastrzeżeniem – być może pod warunkiem, że dane zachowanie jeszcze nie stało się w pełni normatywne. O ile w przypadku chociażby alkoholu etylowego warto rozważyć i stosować procedury redukcji szkód, to w przypadku zjawisk „nieokrzepłych” można śmiało odwołać się do posiadanych narzędzi uniwersalnych, nieznacznie modyfikując (?) sposób ich stosowania.

## **Czy to działa – w kierunku ewaluacji sumatywnej z grupą kontrolną**

Czytelnikowi zapewne nasuwa się pytanie, czy program „Smak życia, czyli debata o dopalaczach” jest skuteczny jako zaporę przeciw ich braniu. Autor uczestniczył w dwuletnim programie mającym na celu ustalenie tego kluczowego zagadnienia w latach 2018–2019. Sama bowiem pozytywna recepcja jakiegoś scenariusza nie wystarczy, aby rekomendować jego szersze stosowanie. Wyniki tego badania, finansowanego przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, są jak na razie niejasne. Dlaczego? Otóż badanie przyszło prowadzić w trudnych warunkach strajków szkolnych, co bardzo zakłóciło jego przebieg. O ile w pierwszym roku badań odnotowano bardzo obiecujące wyniki, w tym silną pozytywną zmianę poglądów między pretestem a podtestem na temat brania dopalaczy, o tyle w drugim roku badań, gdy wprowadzono grupę kontrolną, nie odnotowano pozytywnego wyniku, a ściślej rzecz biorąc, odnotowano niemal identycznie pozytywny wynik zarówno w grupie

badanej, jak i w kontrolnej. Zjawisko to badacze przypisują nieznanemu czynnikowi zakłócającemu, bowiem trudno przypuścić, aby sam pomiar był już oddziaływaniem, i to bardzo silnym. Zapewne badanie w warunkach naruszenia pierwotnego planu badawczego (strajki szkolne) nie było dostatecznie kontrolowane. Nakazuje to uznanie uzyskanych wyników za niedostateczne. I nadal nie wiemy, czy program ma pozytywny wpływ na uczestników, jak sugerowały wszystkie poprzednie badania. Ponieważ wyniki tego dwuletniego badania być może zostaną opublikowane osobno, to autor czyni tę uwagę jedynie ze względu na zrozumiałe zainteresowanie czytelników. Prawidłowa ewaluacja sumatywna programu nadal dopiero przed nami, gdyż konieczne jest lepsze kontrolowanie warunków badania – zbadania wymaga zwłaszcza wiarygodność zastosowanej metodologii (np. rzetelność kwestionariusza).

## Podsumowanie i wnioski

Autor jest zwolennikiem wprowadzenia wspomnianego programu w grupach podwyższonego ryzyka, ale w chwili obecnej raczej na podstawie niewielu danych ilościowych i osobistych jakościowych obserwacji poczynionych w trakcie jego autorskiej realizacji. To istotne ograniczenie badań, jednak z uwagi na niewielką ilość adekwatnych danych jedyne możliwe na tym etapie praktyki. Być może taka sytuacja dotyczy wyłącznie zachowań, które jeszcze nie stały się normatywne w danej grupie lub ogólnie w społeczeństwie.

## Bibliografia

- GIS (2019). *Nowe narkotyki w Polsce 2017–2018. Raport Głównego Inspektora Sanitarnego*, Warszawa: Państwowa Inspekcja Sanitarna, [www.gis.gov.pl](http://www.gis.gov.pl) [dostęp: 21.09.2020].
- Greń K., Bobrowski K.J., Ostaszewski K., Pisarska A. (2019). *Rozpowszechnienie używania substancji psychoaktywnych wśród podopiecznych młodzieżowych ośrodków*

- socjoterapeutycznych i wychowawczych, „Alkoholizm i Narkomania”, t. 32, nr 4, s. 267–290.
- Kurzępa J., Jędrzejko M., Pietras P., Motyka M., Kozłowski T., Taper A., Grondas M., Kurzępa W., Zagajewski T., Jankowski D., Szczodrowski M. (2019). *Diagnoza problemu używania narkotyków i nowych substancji psychoaktywnych na terenie województwa łódzkiego*, Łódź: Centrum Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego w Łodzi, Oficyna Van Voelke, Wydawnictwo Akademii Humanistycznej im. A. Gieysztora.
- Malczewski A. (red.) (2018). *Raport o stanie narkomanii w Polsce 2018*, Warszawa: KBdsPN.
- Ostaszewski K. (red.) (2017). *Monitorowanie zachowań ryzykownych, zachowań natógowych i problemów z zdrowia psychicznego 15-letniej młodzieży. Badania mokotowskie 2004–2018. Badania ukraińskie, obwód lwowski 2016*, Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Pisarska A., Bobrowski K.J., Greń J., Ostaszewski K. (2019). *Badania młodzieży z ośrodków socjoterapeutycznych i wychowawczych – wyniki i rekomendacje dla praktyki w opinii personelu tych ośrodków*, „Alkoholizm i Narkomania”, t. 32, nr 4, s. 337–354.
- Sierosławski J. (2015). *Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2015 roku. Europejski program badań ankietowych w szkołach ESPAD*, Warszawa: PARPA / KBdsPN.
- Wojcieszek K. (2010). *Smak życia, czyli debata o dopalaczach*, Warszawa: Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii.
- Wojcieszek K. (2011). *Wstępna ewaluacja programu „Smak życia, czyli debata o dopalaczach”*, „Remedium”, t. 10 (224), s. 1–3.
- Wojcieszek K. (2016). *The reception of the prevention program „Taste of life – a debate about designer drugs” in the different groups of pupils from the universal and a higher risk level*. Komunikat na konferencji EUSPR w Berlinie.
- Wojcieszek K. (2019). *O właściwe podejście do kwestii nowych narkotyków (tzw. dopalaczy)*, w: *Współczesny wymiar bezpieczeństwa publicznego*, red. T. Kośmider, L. Kołtun, Warszawa: WIS / WSKiP, s. 173–190.
- Zawilska J. (2015). *„Legal Highs” – An Emerging Epidemic of Novel Psychoactive Substances*, „International Review of Neurobiology”, t. 120, s. 273–300.

## ANEKS

## ANKIETA

do programu „Smak życia, czyli debata o dopalaczach”

Ankieta jest całkowicie anonimowa. Najpierw poprosimy Cię o „zakodowanie” odpowiedzi, aby móc wrócić do pytań w przyszłości bez naruszania Twojej anonimowości.

Twoja ulubiona książka	Twój ulubiony film	Twoja ulubiona piosenka/ melodia

1. Czy program Ci się spodobał?

TAK / NIE / TRUDNO POWIEDZIEĆ

2. Na jaki stopień w szkolnej skali oceniasz prowadzenie programu (pracę prowadzących, ich przygotowanie, wysiłek itd.)?

1    2    3    4    5    6

3. Na jaki stopień w szkolnej skali oceniasz sam program?

1    2    3    4    5    6

4. Czy coś najbardziej do Ciebie przemówiło (jakiś fragment lub treść)?

.....

.....

.....

.....

5. Co (Twoim zdaniem) było najsłabszym fragmentem lub treścią programu, jeśli były takie fragmenty?

.....

.....

.....

.....

6. Czy uważasz, że należy proponować ten program uczniom w wieku 15-18 lat?  
TAK / NIE / TRUDNO POWIEDZIEĆ
7. Czy sądzisz, że uczestnicy tego rodzaju programu będą po nim ostrożniejsi w kwestii używania tzw. dopalaczy?  
TAK / NIE / TRUDNO POWIEDZIEĆ
8. Czy program wniósł coś nowego do Twojej wiedzy lub Twoich poglądów na temat tzw. dopalaczy? TAK / NIE / TRUDNO POWIEDZIEĆ
9. Czy chciałabyś/chciałbyś, aby Twoje dzieci w wieku nastoletnim wzięły udział w takim programie w szkole?  
TAK / NIE / TRUDNO POWIEDZIEĆ

Twoja płeć to (zaznacz): KOBIEȘA MĘŻCZYŦNA

Bardzo dziękujemy za wypełnienie ankiety!





## Strategie komunikacyjne minimalnie werbalnych dzieci rozpoczynających edukację przedszkolną

**ABSTRACT:** Monika Kaźmierczak, *Communication strategies of minimally verbal children entering preschool education*. Interdisciplinary Contexts of Special Pedagogy, No. 33, Poznań 2021. Pp. 49–64. Adam Mickiewicz University Press. ISSN 2300-391X. eISSN 2658-283X. DOI: <https://doi.org/10.14746/ikps.2021.33.04>

In the so-called minimally verbal, a negligible degree of expressing communication behavior is diagnosed, which significantly reduces participation in interaction and reduces the effectiveness of communication. The minimal-verbal communication behaviors of preschool children in interaction are characterized by: sub-competence and transitional competence. With a shortage of linguistic resources, the child has specific communication behaviors, i.e. strategies that involve participation in interaction, the process of receiving and decoding meanings, and to a large extent the production and transmission of a message that is as understandable to the environment as possible. With limited language tools, children entering preschool education either withdraw from communicating or look for any possible means of interaction – both strategies can be observed in both natural and simulated pedagogical situations. The minimum verbosity of pre-school children does not exclude the possibility of interaction with other communication partners. The gradual transition from the level of sub-competency and transitional competence to a higher level requires early therapeutic and pedagogical activities, incentives to use achievement strategies more often, and to build bridges between communicative, linguistic and cultural competences. Without therapy, the strategies used may lead to fossilization, i.e. inhibit communication and the development of linguistic competence.

**KEYWORDS:** interaction, strategic competence, communication strategies, minimally verbal, preschool children

## Wprowadzenie

W rozwoju mowy dziecka można wyróżnić dwa zasadnicze etapy: przedjęzykowy (prelingwalny: od 0–9 do 12 m.ż.) oraz komunikacji językowej (werbalnej), w której Józef Porayski-Pomsta (2015: 168–176) wyodrębnia stadia: wczesnodziecięce (od 9 do 12–36 m.ż.), średniodziecięce (od 37 m.ż. do 6–7 r.ż.) i późnodziecięce (od 6–7 do 10–12 r.ż.). Rozpoczęcie edukacji przedszkolnej przypada najczęściej na koniec drugiego lub początek trzeciego roku życia, kiedy dziecko powinno być na etapie tworzenia wypowiedzi względnie rozbudowanych lub wielofunkcyjnych, specyficzne formy językowe z powodzeniem zastępować przez formy konwencjonalne, mieć opanowane podstawy składni i fleksji, dość bogaty wachlarz środków leksykalnych, rozumieć relacje semantyczne, względnie sprawnie uczestniczyć w dialogu, mieć opanowane podstawy opowiadania itd. Jednak logopedzi często, a nawet coraz częściej stają przed koniecznością budowania systemu językowo-komunikacyjnego u minimalnie werbalnych dzieci rozpoczynających edukację w przedszkolu ogólnodostępnym.

Wiedza językowa, która jest psychicznym bytem wspólnym danej grupy społecznej, warunkuje intersubiektywną komunikowalność między jej członkami. Zaburzony proces nabywania umiejętności językowych w konsekwencji zakłóca prawidłową socjalizację, budowanie pogłębionej relacji w dialogu i przez dialog z rówieśnikami oraz dorosłymi. Właśnie dlatego przy ograniczonych narzędziach językowych dzieci przedszkolne albo wycofują się z komunikowania, albo szukają wszelkich możliwych środków do wykorzystania w interakcji, która jest rozumiana jako „układ dwu przylegających do siebie procesów: procesu nadawania znaczeń zachowaniom ludzkim oraz procesu dostosowywania własnych zachowań do zachowań członków grupy społecznej” (Grabias, 2014: 19). Przejście z poziomu personalnego do interpersonalnego oznacza wejście w relację, w której tranzycję (komunikowanie) stopniowo dominuje interakcja (komunikowanie się, dążenie do zrozumienia się). W relacji interpersonalnej każdy przejaw zachowania mniej lub bardziej

ujętych można potraktować jako przekaz znaczący, a zatem podlegający interpretacji i tworzący aktualną sytuację komunikacyjną. Ujęcie procesu komunikacji jako działania o charakterze całościowym uwzględnia zatem problem rozumienia i interpretacji zachowań nacechowanych komunikacyjnie, tj. wyrażających intencję nadawcy i nastawionych na interpretację odbiorcy (Kmita, 1973), ale też konteksty, sytuacje komunikacyjne czy tło (habitus).

### **Mowa – niemowność. Mówienie – niemówienie. Minimalna werbalność**

Przyjęta na gruncie logopedii definicja mowy Stanisława Grabiasa zawiera trzy rodzaje czynności językowych: poznawcze, komunikacyjne oraz socjo- i grupotwórcze (2014: 15). Warunkują one m.in. budowanie językowego obrazu świata, jego interpretację, negocjowanie/ ustalanie znaczeń podczas komunikacji, krystalizowanie tożsamości podmiotu komunikującego się, budowanie relacji pomiędzy interlokutorami oraz wspólnoty komunikującej się. Jeśli człowiekowi towarzyszy stan, w którym „nie zachodzi układ czynności, jaki przy udziale języka wykonywany jest w celu poznawania rzeczywistości i przekazywania jej interpretacji innym uczestnikom życia społecznego” (Michalik, 2018: 43), mamy do czynienia z niemownością.

W przestrzeni żywych aktów mowy, czyli w komunikacji ustnej, interlokutorzy dostrzegają mowę – specyficznie ludzkie narzędzie bezpośredniego porozumiewania się i poznawania świata. Generowanie i percepcję bodźców akustycznych oraz słownych komunikatów w dużym stopniu warunkują prawidłowy słuch oraz procesy myślenia, których rozwój przebiega symultanicznie z rozwojem mowy i determinowany jest pracą mózgu, narządów mowy oraz słuchu, jak też ośrodków warunkujących słyszenie, rozumienie czy autokontrolę słuchową wypowiedzi. Czynniki biologiczne pełnią różnorodne funkcje w wielopiętrowej strukturze mowy: sterowniczo-kontrolującą (układ nerwowy), percepcyjną (układ zmysłów, szczególnie słuch)

i wykonawczą (układ oddechowy, fonacyjny, artykulacyjny i mięśniowy) (Mazur, Klimarczyk, Rudy, Nyka, 2006: 112–117).

Mówienie (*parole*), rozumiane jako „jednostkowy akt nadawczo-odbiorczy, w którym nadawca, chcąc przekazać odbiorcy pewną informację, wybiera z kodu językowego odpowiednie słownictwo i struktury gramatyczne, uruchamia narządy mowne mające zrealizować formę wybranych jednostek językowych, w wyniku czego wysyła fale akustyczne do ucha odbiorcy, w którego narządach odbiorczych dokonuje się recepcja dźwięku i jego interpretacja mentalna” (Grzegorzczkova, 2007: 14), nie jest zatem czysto mechaniczną czynnością obwodowego aparatu mowy. Empirycznie istniejąca jednostka mowy, czyli wypowiedź, jest poddawana interpretacji, analizowana ze względu na jednostkowe (biologiczne i psychiczne) oraz społeczne uwarunkowania językowych zdarzeń komunikacyjnych, tj. sytuacji obejmujących minimum dwa akty mowy między aktywnym nadawcą i aktywnym odbiorcą, którzy komunikują się werbalnie, niewerbalnie bądź w sposób mieszany (Antas, Majewska, 2006: 41–57). W interakcji językowej elementy niewerbalne służą głównie wzmocnieniu zachowań językowych (Brocki, 2000). W opozycji do mówienia, niemówienie trzeba uznać za brak jednostkowego aktu nadawczo-odbiorczego, czyli taką sytuację, gdy „nadawca, (nie?) chcąc przekazać odbiorcy informacji, nie wybiera z kodu językowego odpowiedniego słownictwa i struktur gramatycznych, nie uruchamia narządów mownych mających zrealizować formę wybranych jednostek językowych, w wyniku czego nie wysyła fal akustycznych do ucha odbiorcy, w którego narządach odbiorczych nie dokonuje się recepcja dźwięku i jego interpretacja mentalna” (Michalik, 2018: 44)<sup>1</sup>.

Osoba mówiąca (mowna) posiada system językowy, dzięki czemu przekazuje odbiorcy informację, bowiem ma zdolność wybie-

---

<sup>1</sup> Autor niemówienie dzieli na dwie grupy: *niemówienie perilingwalne* (podobnie jak w niemowności perilingwalnej czynnik patogenny wystąpił w trakcie rozwoju mowy, czyli między 2. a 6. r.ż.) oraz *niemówienie postlingwalne* (podobnie jak w niemowności postlingwalnej czynnik patogenny wystąpił po opanowaniu mowy, czyli po 6. r.ż.). Niemówienie nie wyklucza nabywania kompetencji lingwistycznej w interakcji.

rania z kodu językowego adekwatnego słownictwa i struktur gramatycznych, może uruchomić narządy mowne do realizacji form wybranych jednostek językowych, w wyniku czego następuje przesłanie fal akustycznych do ucha odbiorcy, w którego narządach odbiorczych dokonuje się recepcja dźwięku i jego interpretacja mentalna. Jako osoba niemówiąca, ale nie niemowna, człowiek posiada system językowy, lecz nie przekazuje odbiorcy informacji, ponieważ nadawca nie wykonuje wspomnianych czynności związanych z przekazem, a u odbiorcy nie zachodzą procesy recepcji dźwięku i jego interpretacji mentalnej (Michalik, 2018: 50–51). Natomiast osoba tzw. minimalnie werbalna posiada system językowy (*langue*), ale w bardzo ograniczonym zakresie, co powoduje, że informacje przekazywane odbiorcy są szczątkowe. Nadawca z ograniczonego kodu językowego wybiera zaledwie kilka pojedynczych, a nawet strzępkowych elementów, bez struktur gramatycznych, w niewielkim stopniu uruchamia narządy mowne mające zrealizować formę wybranych jednostek językowych, w wyniku czego rzadko wysyła fale akustyczne do ucha odbiorcy, w którego narządach odbiorczych dokonuje się recepcja dźwięku mowy i jego interpretacja mentalna – jeśli w ogóle, to w konsytuacji i na szerokim tle znaków pozajęzykowych. Minimalną werbalność charakteryzuje więc znikomy stopień ujęzykowania zachowań komunikacyjnych, co w istotny sposób ogranicza udział w interakcji i obniża skuteczność komunikacji. Problemy pragmatyczne osób minimalnie werbalnych oraz poszukiwanie skutecznych strategii komunikacyjnych są notowane wówczas, gdy podmiot uświadamia sobie trudności (na etapie produkcji, ale też recepcji) z realizacją celu komunikacyjnego.

## **Kompetencja komunikacyjna minimalnie werbalnych dzieci przedszkolnych**

W ujęciu ontogenetycznym (perspektywa ontolingwistyczna, logopedyczna, lingwoedukacyjna) zachowania komunikacyjne minimalnie werbalnych dzieci przedszkolnych w interakcji cechują

subkompetencja (składniki naddane) i kompetencja przejściowa (składniki nabywane)<sup>2</sup>. W ich komunikowaniu się można notować różnego typu działania wytwórcze (zaburzenia, trudności) lub deficytowe (niedostatki), manifestujące aktualny stopień kompetencji lingwistycznej, możliwość realizacji intencji komunikacyjnej czy stopień uczestnictwa w zdarzeniu komunikacyjnym.

Trudności wynikające z niedostatecznej kompetencji lingwistycznej zakłócają akwizycję języka, ale też utrudniają albo wręcz unie możliwiają skuteczne ustne porozumiewanie się. W warunkach naturalnych (podczas zabawy, wykonywania codziennych czynności w grupie przedszkolnej) lub symulowanych (podczas zajęć tematycznych, diagnozy, terapii) interakcja dziecka minimalnie werbalnego obejmuje dwie płaszczyzny: komunikowania się oraz metakomunikacyjną (kontrola, modyfikacja, interpretacja, ocena przekazu). Przy niedoborze środków językowych występują u dziecka specyficzne zachowania komunikacyjne, czyli strategie (Selinker, 1972: 215), które dotyczą udziału w interakcji, procesu odbioru i dekodowania znaczeń, a w dużej mierze produkcji oraz przekazywania możliwie zrozumiałego dla otoczenia komunikatu.

Minimalna werbalność dzieci przedszkolnych nie wyklucza zaistnienia interakcji z innymi partnerami: zogniskowanej (spotkanie), symbolicznej, transakcyjnej i bezpośredniej (twarzą w twarz), czyli takiej sytuacji dialogicznej, w której podmiot kontaktuje się z otoczeniem (rówieśnikami, wychowawcami, opiekunami) z wykorzystaniem wszelkich dostępnych mu i znanych zachowań niejęzykowych

---

<sup>2</sup> Kompetencja lingwistyczna obejmująca wiedzę gramatyczną, sprawność funkcjonalną oraz wiedzę kulturową jest stopniowalna. Teodozja Rittel wyróżnia pięć poziomów charakteryzujących opanowanie kompetencji: 1) poziom subkompetencji, 2) poziom przejściowy, 3) poziom przybliżony, 4) poziom docelowy, 5) poziom nadkompetencji. Subkompetencja „oznacza sprawność prajęzykową, wrodzoną, (...) daną każdemu człowiekowi w postaci skomplikowanego aparatu mowy, słuchu i mózgu” (Rittel, 1994: 34). Sprawności subjęzykowe to „przedjęzykowy poziom sprawności gramatycznej, niewerbalny poziom komunikacji i niewiedza kulturowa” (Rittel, 1994: 33), związana z nieznanymi symboli (znaków) oraz ich roli w kulturze.

lub ujęzykowionych w znikomym stopniu<sup>3</sup>. Proces zwrotny w interakcji potwierdza celowość działań i wyznacza granice zachowania komunikacyjnego – od zamiaru nadawcy do jego reakcji, która potwierdza osiągnięcie celu, wskazuje konieczność jego modyfikacji lub rezygnację z pierwotnego zamiaru (Dłużewska-Owczarek, Kaźmierczak, 2020: 11–28).

Notowane działania dziecka minimalnie werbalnego w interakcji z partnerem składają się zatem w dużej części na realizację kompetencji strategicznej (SK)<sup>4</sup>, która obejmuje specyficzne lub niespecyficzne czynności niejęzykowe<sup>5</sup> i/lub o znikomym stopniu ujęzykowania, pozwalające komunikującemu się podmiotowi uniknąć załamania się interakcji<sup>6</sup>. Stosowane mechanizmy efektywnego przekazywania informacji (strategie użycia – ang. *strategies for using* (Ellis, 1985: 165)) uznać trzeba za kompensację, która służy wypełnieniu poważnych niedostatków w zakresie użycia wymaganych struktur językowych. Są one nośnikami znaczeń, a zatem w możliwie najpełniejszy, choć nie zawsze najbardziej ekonomiczny sposób przekazują intencje zgodnie z założonym celem w danej konsytuacji. Współpraca minimalnie werbalnego nadawcy z odbiorcą (rówieśnikiem, opiekunem, rodzicem), wzajemne otwarcie się podmiotów na zrozumienie i porozumienie trzeba rozpatrywać w odniesieniu do efektywności przekazywanych znaczeń oraz aktywizowania pro-

---

<sup>3</sup> Komunikacyjne zachowania para- i pozajęzykowe mogą być skonwencjonalizowane (zastępujące znaki językowe) lub nieskonwencjonalizowane (o charakterze jednostkowym, okazjonalnym).

<sup>4</sup> W modelu Michaela Canale'a i Merrill Swain (1980: 1–47) kompetencja strategiczna (*strategic competence*) jest komponentem kompetencji komunikacyjnej. Kompetencja strategiczna może być ujmowana jako kategoria: a) językowa, b) komunikacyjna, c) kognitywna (Janowska, 2015: 41–54).

<sup>5</sup> Na kod niewerbalny składają się takie elementy, jak: kinezytyka, parajęzyk, autoprezentacja, dotyk, proksemika, chronemika oraz elementy otoczenia (Habraj-ska, 2012).

<sup>6</sup> Formalna rola SK jest związana z zachowaniem reguł komunikacji (tu: ciągłości wypowiedzi) i usprawnieniem procesu porozumiewania się. SK mają charakter dynamiczny i interaktywny (por. Żurek, Molik-Kubak, 2013: 501–515), ich skuteczność jest oceniana przez komunikujący się podmiot w danej konsytuacji.



cesów intelektualnych w interakcji, w tym związanych z akwizycją rodzimego języka.

Komunikacja jako proces wzajemnego przekazywania i negocjowania znaczeń (podejście interakcyjne i pragmatyczno-dyskursywne) u dzieci przedszkolnych wynika z naturalnej potrzeby budowania relacji w kontakcie bezpośrednim (Kaźmierczak, 2020: 88–107). Kompetencja strategiczna i strategie komunikacyjne podwyższają sprawność oraz skuteczność komunikacyjną, są też związane z wysoką motywacją dziecka do udziału w interakcji. Zauważalny wysiłek mentalny i fizyczny, jaki dziecko wkłada w próby porozumiewania się z odbiorcą posługującym się językiem mówionym, w konsekwencji najczęściej prowadzi do dwóch postaw: determinacji do przezwyciężenia trudności i osiągnięcia celu komunikacyjnego z wykorzystaniem wszelkich środków pragmatycznych oraz różnych systemów semiotycznych albo zaniechania, wycofania się z realizacji celu komunikacyjnego.

## **Komunikowanie się dziecka minimalnie werbalnego w przestrzeni przedszkolnej**

W sytuacji poważnego deficytu językowego, w sposób nieświadomy albo nie w pełni świadomy<sup>7</sup> dziecko wykorzystuje różnego typu strategie w różnych funkcjach, m.in.: informacyjnej, modułującej, emotywniej, jak również dla definiowania relacji. W przypadku minimalnie werbalnych dzieci rozpoczynających edukację przedszkolną komunikacyjne zachowania niejęzykowe lub o niskim stopniu ujęzykowania realizują potrzebę unikania czy ograniczenia kontaktu interpersonalnego albo wynikają z konieczności podjęcia ryzyka komunikacyjnego. Obie strategie można obserwować za-

---

<sup>7</sup> SK u młodszych dzieci są stosowane nieświadomie, mogą też być potencjalnie świadome, zaplanowane i kontrolowane. Strategie o charakterze bardziej zinternalizowanym i świadomym pojawiają się w starszym wieku; por. Żurek, Molik-Kubak, 2013: 501–515.



równy w sytuacjach naturalnych, jak też symulowanych – pedagogicznych, terapeutycznych.

Badania dotyczące strategii komunikacyjnych dzieci rozpoczynających edukację przedszkolną prowadzone były w latach 2018–2021 w jednym z publicznych łódzkich przedszkoli. Obserwacją zostały objęte 4 grupy dzieci 2,5-letnich oraz 3-letnich, czyli w sumie 107 badanych, w tym 11 dzieci minimalnie werbalnych (wszystkie w normie intelektualnej). W zakresie realizacji kompetencji strategicznej (ujęcie interakcyjne oraz pragmatyczno-dyskursywne<sup>8</sup>) przez dzieci minimalnie werbalne w przestrzeni edukacyjnej notuje się:

1) strategię unikania

a) całkowity unik:

- manifestowanie niechęci do komunikowania się twarzą w twarz, np.: zastygnięcie bez kontaktu wzrokowego; odejście; odwrócenie się od partnera; odwrócenie się z gestem fonicznym<sup>9</sup> (niezleksykalizowanym, np. *e-e* lub zleksykalizowanym, np. *nie! nie! nie! nie!, neeee*) i jednocześnie przeczący ruch głową lub bez; zamknięcie lub zakrycie oczu dłońmi albo przedramieniem; zaciśnięcie powiek; zakrycie uszu dłońmi; skulenie się i schowanie głowy w ramionach; zainicjowanie innego jednostkowego działania (bez uprzedzenia); wykonanie kilkunastu przeczących ruchów głową; wyciągnięcie ręki w geście obronnym („stop”); błędzenie wzrokiem po pomieszczeniu (unikanie kontaktu wzrokowego); grymas na twarzy i błędzenie wzrokiem po pomieszczeniu; płacz z holofrazą *mama* lub bez;
- wycofanie się z realizacji zamierzonego celu przed rozpoczęciem aktu komunikowania (egocentryzm, nieuwzględnienie

---

<sup>8</sup> Tu dyskurs rozumiany jako całość procesu komunikacji. Jest budowany sekwencyjnie – z uwzględnieniem naprzemienności ról nadawcy i odbiorcy. Por. Grzegorzyczkowa, 2007.

<sup>9</sup> Szerzej o wykorzystywaniu znaków działających słuchowo w komunikacji dzieci przedszkolnych: Kaźmierczak, 2018a: 131–140 i 2018b: 277–287.

nianie reakcji i potrzeb partnera-odbiorcy), np.: opuszczenie wzroku z gestem fonicznym (niezleksykalizowanym, np. westchnięcie, młaśnięcie, *hm*) lub bez; wstrzymanie oddechu i zwiększenie dystansu; machnięcie ręką w geście rezygnacji; domknięcie dwuwargowe i uśmiech po głębokim zaczerpnięciu oraz wstrzymaniu powietrza (przygotowaniu do mówienia); stopniowo zanikający uśmiech; ściągnięcie brwi i zatrzymanie wzroku na partnerze, a następnie stopniowe znoszenie mimiki i utrata kontaktu;

- nastawienie na realizację zadania, nie zaś na komunikację, np.: samodzielny wybór innego działania po krótkim i pobieżnym wykonaniu polecenia; oddanie wykonanej pracy plastycznej i bezzwłoczne odejście przed uzyskaniem informacji zwrotnej, bez kontaktu wzrokowego; samodzielne wykonanie polecenia wg wzoru, bez kontaktu z innymi rówieśnikami czy dorosłymi (często wybór najbardziej oddalonego miejsca w pomieszczeniu);

b) częściowy unik:

- niepodjęcie uczestnictwa w komunikacji z jednoczesnym manifestowaniem potrzeby „bycia obok”, np.: utrzymanie dotychczasowego dystansu; odwrócenie wzroku bez zwiększania dystansu; zatrzymanie wzroku poniżej linii głowy partnera bez zwiększania dystansu; przemieszczanie się za partnerem; pochylenie ciała w kierunku partnera bez przemieszczenia się; napięcie ciała i ukryta obserwacja partnera (wyczekiwanie);
- zaniechanie rozpoczętego przekazu – po przekazaniu pierwszych informacji unik z manifestowaniem niechęci do kolejnych działań komunikacyjnych, np.: rozłożenie rąk w geście bezradności; westchnięcie i spuszczenie głowy; zastygnięcie i napięcie ciała; zaprzeczenie ruchem głowy z gestem fonicznym (niezleksykalizowanym, np. westchnięcie, młaśnięcie, *e-e*, lub zleksykalizowanym,

- np. *nie*) albo *bez*; negacja słowna: *ne.../nie-nie-nie...*); silne zaciśnięcie lub wydęcie ust; ekspresywne machnięcie ręką w pobliżu twarzy („oganianie się”); odwrócenie głowy i ściszenie głosu w trakcie repetycji: *ta-ta-ta...*, *ne-e-e...*; odwrócenie głowy i utrzymywanie tej pozycji przez dłuższy czas; zastosowanie twierdzenia (*tak, ta, a, OK*) jako odpowiedzi zamykającej kontakt;
- zmiana tematu (w akcie komunikacji)<sup>10</sup>, np.: wykorzystanie gestu wskazywania palcem; połączenie gestu wskazywania palcem z gestem fonicznym (np. *a, e, tu/u/hu, to/ho, ty/hy*); kilkakrotnie odwrócenie wzroku na inny przedmiot i oczekiwanie na reakcję odbiorcy; odwrócenie głowy odbiorcy (ujęcie w dłonie, dotknięcie dłonią policzka) w pożądanym kierunku;
- 2) strategie osiągnięć
- a) przed rozpoczęciem przekazu:
    - zmanifestowanie potrzeby komunikacji i skupienie uwagi partnera, np.: towarzyszenie (bycie z); przyjęcie pozycji frontальной (naprzeciwko); wpatrywanie się; dotyk; wykorzystanie niezleksykalizowanych gestów fonicznych (np. *m, hm, e*) połączone z dotykiem lub *bez*;
  - b) w interakcji:
    - potwierdzanie dialogicznego, aktywnego słuchania (wyczekiwanie na przyjęcie roli nadawcy), np.: utrzymanie kontaktu wzrokowego z uśmiechem lub *bez*; potakiwanie głową; przechylenie głowy przy utrzymywaniu kontaktu wzrokowego; potwierdzanie lub zaprzeczanie słowne (np. *tak/ta/a/no* lub *nie/ne/e*) albo niezleksykalizowane (np. *mhm, mm*); przestępowanie z nogi na nogę; kiwanie się na boki w zniecierpliwieniu;
    - manifestowanie potrzeby pomocy: a) prośba wyrażona *explicite* (z kontaktem wzrokowym lub *bez*), np. unie-

---

<sup>10</sup> Wiąże się to często z unikaniem treści niemożliwych do przekazania w sposób niewerbalny (np. pojęć abstrakcyjnych).

sienie brwi; ściągnięcie brwi; wpatrywanie się; pochylenie głowy w stronę partnera; jedno- lub kilkakrotne dotknięcie partnera; wskazanie na partnera z uniesieniem brwi i zamilknięciem lub z gestem fonicznym (np. *yh, hm, yhm*); wskazanie partnera i zwerbalizowana prośba (np. *Ty, No, Tu*); b) prośba wyrażona *implicite* (bez kontaktu wzrokowego), np. westchnięcie; grymas; uderzenie dłońmi o uda; zaciśnięcie pięści; zastygnięcie ze wstrzymanym powietrzem; tupnięcie nogą; interiekcja *yh! ej!*;

- uproszczenia: a) pragmatyczne, np. zwrot *ty* do każdego partnera, bez względu na rolę społeczną czy wiek; odpowiadanie *OK* na każdy komunikat partnera (twierdzenie, pytanie); b) fonologiczne, np. *e* zamiast „nie”;
- uogólnienia (częściowa realizacja zamierzonego celu), przyjęcie hiperonimu w parafrazie słownej partnera komunikacyjnego<sup>11</sup>, np.: potwierdzenie (skinienie głową, *tak/ta/ha/a*) mimo niezadowolenia z odpowiedzi (znacząca mimika); gesty foniczne przed potwierdzeniem zaakceptowania niepełnej odpowiedzi lub parafrazy partnera: kilkakrotne mlaśnięcie, wstrzymanie powietrza, dłuższa pauza niewypełniona lub wypełniona (np. *mm, hm*);
- parafrazowanie interkodowe<sup>12</sup> - powtórzenie komunikatu słownego partnera z wykorzystaniem innego kodu / innych kodów: a) omówienie, np. *Ryba pływa w akwarium* - gest wskazywania palcem, a następnie złożenie

<sup>11</sup> Między innymi ograniczenie treści w stosunku do pierwotnych zamierzeń przy niemożności przekazania wszystkich informacji, zaakceptowanie kategorii nadrzędnych lub podrzędnych podawanych przez współ rozmówcę.

<sup>12</sup> Słowna interpretacja polisemioteycznego komunikatu może mieć na celu m.in.: a) poświadczanie zrozumienia przekazu, b) zespolenie poszczególnych składników przekazu, c) konceptualizowanie treści (modalizacja, waloryzowanie logiczne i emocjonalne) (Ożdżyński, 1988: 115-133). Kod językowy mówiącego partnera odgrywa wówczas rolę semantycznego weryfikatora dla innych subkodów.

dłoni, odtworzenie ruchów falistych z uzupełnieniem przekazu gestem fonicznym *u-u-u* [pływa]; b) przybliżenie, np. *Umyłem ręce* – wyciągnięcie dłoni w kierunku nosa partnera (powąchaj); *Idziemy na plac zabaw* – marsz w miejscu;

- przełączenie kodów – w sytuacji emocjonalnej niekontrolowane używanie dominującego sposobu przekazu (np. niewerbalnego: gestykulacja, mimika lub z uproszczeniami fonologicznymi: *Ho he ha ha* [To jest mama]), niezależnie od stopnia zrozumienia komunikatu przez partnera komunikacyjnego.

## Wnioski

Na pierwszych etapach budowania relacji dialogicznej (por. Kaźmierczak, 2016: 9–17) spotkania, bycia obok oraz inicjowania relacji najczęściej u dzieci minimalnie werbalnych dominują strategie unikania, jednak notuje się też dużą spostrzegawczość dotyczącą działań partnerów komunikacyjnych. Już 2,5-letnie czy 3-letnie dzieci minimalnie werbalne prezentują zachowania konieczne do szybkiej adaptacji w środowisku, zdolność do transformacji działań, wytarzania nowych strategii, wdrażania zmian w komunikowaniu oraz monitorowania skuteczności dotychczas stosowanych strategii, głównie opartych na zachowaniach niewerbalnych.

Obserwacja dynamiki zmian sposobu komunikowania się w sytuacjach naturalnych lub symulowanych pozwala wnioskować, że dzieci minimalnie werbalne podobnie jak inne przedszkolaki stopniowo i po uzyskaniu poczucia bezpieczeństwa dążą do kontaktu, budowania relacji, wykazują troskę o efektywność przekazu (Kaźmierczak, 2020: 88–107). W przestrzeni edukacyjnej dzieci podejmują próby wyrażania treści myślowych i poszukują możliwie skutecznego sposobu porozumiewania się, z wykorzystaniem wszelkich dostępnych sobie kodów i wielu płaszczyzn, na których odbywa się komunikowanie. Warunkiem *sine qua non* podjęcia ryzyka komuni-

kacyjnego jest poczucie bezpieczeństwa i podmiotowości w różnych zdarzeniach komunikacyjnych, także zachowanie przestrzeni wolności (do milczenia, do dystansu, do zmiany strategii lub kodu itd.).

Analiza strategii komunikacyjnych prowadzi do wniosku, że zdarzenia komunikacyjne służące porozumieniu obligują dziecko do wykorzystywania wszelkich znanych sobie i dostępnych kodów oraz płaszczyzn, na których odbywa się komunikowanie (kinestetycznej, proksemicznej, prarajęzykowej, zachowaniowej itd.). Infrakomunikacyjny system daje możliwość uwzględnienia w analizie komunikowania się wszelkich sygnałów mających właściwości znakowe, odbieranych przez różne zmysły odbiorcy, a po części też nadawcy, czyli przechodzących nie tylko kanałem audioakustycznym, ale również kinestetyczno-wizualnym, odorogenno-olfaktycznym czy dotykowym<sup>13</sup>. Skutecznie stosowane przez dzieci minimalnie werbalne strategie ułatwiają interakcje personalne oraz społeczne, ale też rozjaśniają przekaz i umożliwiają jego dekodowanie odbiorcy.

Po nawiązaniu relacji, z czasem dzieci minimalnie werbalne starają się używać też ograniczonego kodu językowego – najpierw jako uzupełnienia działań niejęzykowych. Duży wysiłek intelektualny, emocjonalny, ale też fizyczny notuje się w zakresie kodowania i przekazywania informacji, somatycznego manifestowania (dys)komfortu w interakcji oraz działań reaktywnych na odbierane komunikaty słowne. Komunikowanie niejęzykowe jest znacznie bardziej złożone i niedoskonałe, przekaz informacji następuje wieloma kanałami, komunikaty są niejednoznaczne i mało precyzyjne, spontaniczne, a czasami wewnątrznie sprzeczne czy niespecyficzne. Ze względu na nadmiar czynności niejęzykowych (tworzących indywidualny system, który sam w sobie jest kodem) i znaczący niedobór struktur językowych na właściwe odczytanie intencji nadawcy naprowadza kontekst, silnie powiązany z prezentowanymi zachowaniami w interakcji.

---

<sup>13</sup> Por. model komunikacyjny Raya L. Birdwhistella infrakomunikacyjną organizacją poszczególnych kanałów (wielokanałowość komunikowania) (Birdwhistell, 1970).

Stopniowe przejście z poziomu subkompetencji i kompetencji przejściowej na wyższy poziom wymaga wcześniej podjętych działań terapeutycznych i pedagogicznych, motywowania do częstszego wykorzystywania strategii osiągnięć (w sposób nieświadomy, nie w pełni uświadamiany, świadomy), wreszcie do budowania pomostów między kompetencją komunikacyjną oraz językową i kulturową. Bez terapii i pomocy, odpowiedniej stymulacji lewej półkuli mózgu do funkcji językowych wykorzystywane strategie mogą prowadzić do fosylizacji, czyli hamować komunikację i rozwój kompetencji lingwistycznej (Selinker, 1972: 209–241), ponieważ są to narzędzia kompensujące braki językowe, ale jednocześnie zapewniające efektywne komunikowanie (Ellis, 1985).

## Bibliografia

- Antas J., Majewska M. (2006). *W poszukiwaniu jednostki mowy*, w: *Kognitywizm i komunikatywizm – dwa bieguny współczesnego językoznawstwa*, red. W. Chłopicki, Kraków: Tertium, s. 41–57.
- Birdwhistell R.L. (1970). *Kinesics and Context: Essays on Body Motion Communication*, Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Brocki M. (2000). *Język ciała w ujęciu antropologicznym*, Wrocław: Wydawnictwo Astrum.
- Canale M., Swain M. (1980). *Theoretical Bases of Communicative Approaches to Second Language Teaching and Testing*, „Applied Linguistics”, nr 1, s. 1–47.
- Dłużewska-Owczarek H., Kaźmierczak M. (2020). *Language Activity of a 3-year-old Child in Interaction with Adults. A Case Study*, „Logopaedica Lodziensia”, nr 4, s. 11–28.
- Ellis R. (1985). *Understanding Second Language Acquisition*, Oxford: Oxford University Press.
- Grabias S. (2014). *Teoria zaburzeń mowy*, w: *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy*, red. S. Grabias, M. Kurkowski, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, s. 15–71.
- Grzegorzczkova R. (2007). *Wstęp do językoznawstwa*, Warszawa: PWN.
- Habrajska G. (2012). *Wybrane zagadnienia wprowadzające do nauki o komunikowaniu*, Łódź: Primum Verbum.
- Janowska I. (2015). *Kompetencja komunikacyjna a glottodydaktyka*, „LingVaria”, nr 2 (20), s. 41–54.
- Jarmołowicz E. (2005). *Niewerbalne elementy aktów mowy*, „Investigationes Linguisticae”, nr 12, s. 89–96.

- Kaźmierczak M. (2016). *Dialogiczna relacja logopedy i pacjenta*, w: *Problemy badawcze i diagnostyczne w logopedii*, red. I. Jaros, R. Gliwa, Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, s. 9–17.
- Kaźmierczak M. (2018a). *Rola gestów fonicznych w wychowaniu komunikacyjnym dzieci przedszkolnych*, w: *Teoria i praktyka logopedyczna. Wybrane zagadnienia*, red. E. Gacka, M. Kaźmierczak, Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, s. 131–140.
- Kaźmierczak M. (2018b). *Types and Functions of Phonic Gestures Applied in Speech Therapy*, „Logopedia”, nr 47 (1), s. 277–287.
- Kaźmierczak M. (2020). *What is communication? Investigations with kindergarten children*, „Interdisciplinary Contexts of Special Pedagogy”, nr 30, s. 88–107.
- Kmita J. (1973). *Wykłady z logiki i metodologii nauk dla studentów wydziałów humanistycznych*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Mazur R., Klimarczyk M., Rudy J., Nyka W. (2006). *Wielopiętrowość zaburzeń mowy w praktyce lekarskiej*, „Psychiatria”, nr 3 (3), s. 112–117.
- Michalik M. (2018). *Lingwistyczno-logopedyczne podstawy komunikacji alternatywnej i wspomagającej. Ujęcie metodologiczne*, Kraków: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego.
- Ożdżyński J. (1988). *Kontekst kulturowy w opisie leksykologicznym (w poszukiwaniu wspólnego kodu)*, „Przegląd Humanistyczny”, nr 7, s. 115–133.
- Porayski-Pomsta J. (2015). *O rozwoju mowy dziecka. Dwa studia*, Warszawa: Dom Wydawniczy ELIPSA.
- Rittel T. (1994). *Podstawy lingwistyki edukacyjnej. Nabywanie i kształcenie języka*, Kraków: Wydawnictwo Naukowe Wyższej Szkoły Pedagogicznej.
- Selinker L. (1972). *Interlanguage*, „International Review of Applied Linguistics in Language Teaching”, nr 10, s. 209–241.
- Żurek A., Molik-Kubak G. (2013). *Strategie komunikacyjne dzieci uczących się języka angielskiego jako obcego. Od teorii do praktyki badawczej*, w: *Sapientia Ars Vivendi. Księga jubileuszowa ofiarowana Profesor Annie Dąbrowskiej*, red. A. Burzyńska-Kamieniecka, A. Libura, Wrocław: Oficyna Wydawnicza „Atut” – Wrocławskie Wydawnictwo Oświatowe, s. 501–515.





## Kreatywność językowa dzieci w wieku przedszkolnym

**ABSTRACT:** Mateusz Szurek, *Language creativity in preschool children*. Interdisciplinary Contexts of Special Pedagogy, No. 33, Poznań 2021. Pp. 65–80. Adam Mickiewicz University Press. ISSN 2300-391X. eISSN 2658-283X. DOI: <https://doi.org/10.14746/ikps.2021.33.07>

Linguistic creativity is a form of children's activity that involves the creation of new words not found in adult language. The period of specific speech is the moment of the most intensive development of vocabulary – this is the time of the final formation of the language system. The linguistic creativity and cognitive activity of preschool children has a significant impact on the increase in the number of new forms created by them, which are neologisms. In this article the author discusses the ways of creating neologisms and neosemantisms by children aged 3–6 years.

**KEYWORDS:** language creativity, neologisms, preschool age, children's vocabulary

### Twórczość językowa dziecka – neologizmy

Dziecko jest nie tylko odbiorcą danego języka i jego biernym naśladowcą, ale także twórcą. W jego umyśle obecne jest przekonanie, że każda rzecz ma swoją nazwę, a jeśli tak nie jest, należy ją utworzyć. Twórczość językowa jest formą dziecięcej aktywności, która polega na tworzeniu słów nowych, niewystępujących w języku osób dorosłych. Dziecko w wieku przedszkolnym pragnie jak najbar-

dzień szczegółowo poznać otaczającą je rzeczywistość, doświadczyć i przeżyć jak najwięcej. Ekspresja językowa dziecka jest bezpośrednio związana z jego psychiką i wiąże się z komunikowaniem swoich doświadczeń (Dziurda-Multan, 2008). Dzięki niej przedszkolak wyraża emocje, m.in. przez modulację barwy i dynamiki głosu, a także tworzenie nowych słów (Popek, 1988: 43). Amelia Dziurda-Multan, zauważa, że:

(...) w swoim osobowym języku dziecko jest w stanie przedstawić nie tylko dane zdarzenie, ale i wyrazić swój stosunek do wypowiedzianych treści, dokonać ich wartościowania. Może również znaleźć lub utworzyć nazwę odzwierciedlającą jego wyobrażenia, pełną ekspresji słownej. Za pomocą słów wyraża życzenia, powiadamia otoczenie o swych przeżyciach, doświadczeniach lub pyta o to, co go interesuje. Język jest zatem najważniejszym środkiem ekspresji. Jednocześnie bogactwo uczuć dziecka nie mogłoby zostać należycie uzewnętrznione, gdyby nie kreatywność – cecha języka, która pozwala na tworzenie neologizmów, nowych zdań, tekstów i dostosowywanie własnej wypowiedzi do sytuacji (Dziurda-Multan, 2008).

Okres swoistej mowy dziecięcej<sup>1</sup> jest momentem najintensywniejszego rozwoju słownictwa, który trwa od trzeciego do szóstego roku życia i jest czasem ostatecznego formowania się systemu językowego. Kreatywność językowa i aktywność poznawcza dziecka w wieku przedszkolnym<sup>2</sup> mają znaczący wpływ na zwiększenie liczby tworzonych przez nie nowych form, jakimi są neologizmy. Wyra-

---

<sup>1</sup> Okres swoistej mowy dziecka przypada na wiek przedszkolny. Mowa nie jest jeszcze do końca wykształcona – występują błędy, przestawki dźwięków, zlepki różnych wyrazów czy skróty wyrazowe. Leon Kaczmarek zaznacza, że w tym czasie dziecko porozumiewa się swobodnie, posługuje się rozbudowanymi sygnałami dwuklasowymi (nie są jednak utrwalone zasady ich budowania). Pod koniec tego okresu ostatecznie wykształca się wymowa dziecka (1996).

<sup>2</sup> W wieku przedszkolnym zachodzi wiele zmian w zakresie bezpośredniego oraz pośredniego poznawania świata. Doskonalenie się funkcji poznawczych oraz czynności umysłowych doprowadza do tego, że dziecko pod koniec okresu przedszkolnego osiąga o wiele wyższy poziom rozwoju psychicznego niż przed tym okresem (Żebrowska, 1977).

zy te są najczęściej motywowane zdarzeniami z życia codziennego i rodzinnego. Dziecko przyswaja w języku to, co jest mu niezbędne do komunikowania się z odbiorcą, tworząc tym samym swój własny język. Jego kreatywność językowa zależy od jego indywidualnych cech. Jak zauważa Kornel Czukowski, „(...) każde dziecko staje się na krótko *genialnym* lingwistą, a następnie, po ukończeniu pięciu, sześciu lat *geniusz ten zanika*” (Czukowski, 1962).

Według Marii Chmury-Klektowej neologizmy słowotwórcze u dzieci w wieku przedszkolnym powstają na etapie, w którym opanowują one najważniejsze reguły tworzenia wyrazów pochodnych. Przyswajanie tych reguł w praktyce jest niezbędne do szybkiego rozwoju słownictwa, natomiast występowanie w mowie dzieci w wieku przedszkolnym analogicznych twórców językowych uznaje się za cechę tego okresu rozwojowego (Chmura-Klektowa, 1970: 155):

Dzieci w tym wieku tworzą w potrzebie bez trudu analogiczne nazwy dla nieznanych przedmiotów, osób i zjawisk (...). Stopniowe opanowanie reguł tworzenia wyrazów pochodnych przejawia się we wzroście liczby użyć produktywnych formantów słowotwórczych u dzieci starszych, co, wraz ze wzrostem zasobu słownikowego dziecka, sprawia, że pod koniec wieku przedszkolnego zazwyczaj analogiczne twory wyrazowe znikają ze swobodnych wypowiedzi większości dzieci (Chmura-Klektowa, 1970: 155).

## Rodzaje neologizmów

Teresa Smólkowa, analizując wiele definicji neologizmu opracowanych przez badaczy, doszła do ostatecznego wniosku, że najlepszym podziałem niebudzącym żadnych wątpliwości jest wyróżnienie neologizmów leksykalnych (inaczej wyrazowych, które obejmują neologizmy słowotwórcze oraz zapożyczenia), frazeologicznych oraz neosemantyzmów. Neologizmy leksykalne dzielą się z kolei na kolejne typy neologizmów wyodrębnione na podstawie różnorodnych kryteriów:

Neologizmy leksykalne (wyrazowe), podobnie jak nowe jednostki leksyki, można podzielić na ustabilizowane (językowe), niustabilizowane oraz okazjonalne (jednostkowe). Okazjonalizmy tworzą (...) odrębną grupę, ponieważ podstawą wydzielenia takiego zbioru nowych wyrazów jest jednostkowość ich użycia. Właśnie ze względu na tę charakterystyczną cechę neologizmy okazjonalne są określane także jako neologizmy kontekstowe, sytuacyjne (Smółkowa, 2001).

Obok okazjonalizmów wyróżnia się także tzw. indywidualizmy. Przypisuje się je konkretnym twórcom, zazwyczaj pisarzom. Indywidualizmy są określane synonimicznie jako neologizmy artystyczne, neologizmy autorskie oraz neologizmy poetyckie.

M. Chmura-Klektowa wyodrębnia natomiast neologizmy słowotwórcze (każdy nowy wyraz będący formacją słowotwórczą, utworzony przez dziecko według wzorów istniejących w języku, np. *zaświecacz*, *zgaszacz* 'kontakt elektryczny'), neologizmy słowotwórczo-semantyczne (w których nowość polega na nowej interpretacji znaczeń elementów składowych formacji, np. *długopis* 'o osobie') oraz formacje nieregularne (powstałe na drodze kontaminacji, np. *dłaczemu* (dlaczego + czemu), i adideacji, np. *ruchlica* 'ulica, bo ruchliwa') (Chmura-Klektowa, 1970: 159).

W obrębie systemu języka neologizmy można podzielić na systemowe (zgodne z możliwościami danego języka) oraz pozasystemowe (wykraczające poza te możliwości). Jednak z powodu wielu rozbieżności co do rozumienia słowa „pozasystemowy” lepszym określeniem wydaje się „neologizm absolutny” (Smółkowa, 2001).

## **Neologizmy w języku dzieci w wieku przedszkolnym – analiza badań własnych**

Prezentowane przykłady pozyskano z obserwacji oraz rozmów z dziećmi uczęszczającymi do jednego z łódzkich przedszkoli. Jest to placówka, w której znajdują się zarówno dzieci w normie, jak i z wyzwaniami rozwojowymi. Analizowany materiał pochodzi z wypowiedzi dzieci zdrowych, ponieważ dzieci z deficytami po-

znawczymi, choć uczestniczyły w spotkaniu, nie brały udziału w rozmowie.

Zaprezentowane w artykule neologizmy podzielono na poszczególne części mowy – rzeczowniki, czasowniki oraz przymiotniki. W końcowej części zaprezentowano także przykłady neosemantyzmów.

## Rzeczowniki

Rzeczowniki stanowią najliczniejszą klasę części mowy i tworzą trzon słownika (Sambor, 2001: 503–526), a dużą ich część stanowią derywaty (Smółkowa, 1989). Dzieci przyswajają je w pierwszej kolejności i w ich słowniku występują one najliczniej. Podobnie jest z tworzonymi neologizmami – analiza materiału potwierdza, że neologizmy w formie rzeczowników są najczęściej tworzone przez dzieci w wieku przedszkolnym.

Najwięcej neologizmów zostało stworzonych za pomocą sufiksacji, która jest najproduktywniejszym typem derywacji w języku polskim (Grabias, 1980) pojawiającym się na początkowym etapie procesu przyswajania reguł słowotwórczych (Chmura-Klekotowa, 1971: 108; Haman, 2003). Przykłady omawianego typu neologizmów zostały zaprezentowane w tabeli 1.

Tabela 1. Neologizmy utworzone za pomocą sufiksacji

Neologizm	Znaczenie neologizmu	Przykład użycia neologizmu w zdaniu	Komentarz
Anglikarz	Anglik	Wujek wyjechał do Anglii i teraz jest taki z niego Anglikarz.	Forma powstała od rzeczownika Anglik przez dodanie formantu sufiksального <i>-arz</i> , charakterystycznego dla kategorii nazw wykonawców czynności.
Francjarz	Francuz	We Francji mieszkają Francjarze, a w Polsce Polacy.	Forma powstała od rzeczownika Francja przez dodanie formantu sufiksального <i>-arz</i> , charakterystycznego dla kategorii nazw wykonawców czynności.

kłóciarz	kłótnik	Adaś w przedszkolu to jest niezły kłóciarz.	Forma powstała od czasownika <i>kłócić</i> się przez dodanie formantu <i>-arz</i> , charakterystycznego dla kategorii nazw wykonawców czynności.
krawcz	krawiec	Najlepiej, jak garnitur zrobi krawcz, a nie byle kto.	Forma powstała od dawnego czasownika <i>krawać</i> (w znaczeniu 'kroić') przez dodanie niesystemowego formantu sufiksalnego <i>-cz</i> w miejsce końcówki <i>-ać</i> .
pisklok	dziecko	Antek to jest pisklok, bo on to tylko sika i płacze.	Forma powstała od rzeczownika <i>pisklę</i> przez dodanie formantu sufiksalnego <i>-ok</i> . Formant <i>-ok</i> , podobnie jak <i>-ol</i> , ma często wydźwięk pejoratywny (np. <i>dzieciok</i> ). Nie można wykluczyć także, że utworzony wyraz ma nacechowanie gwarowe (podłoże regionalne) – o występowałyby w tym przypadku jako kontynuacja <i>a</i> pochylonego.
posełka	posłanka	W Sejmie jest posełka, która była kiedyś panem.	Forma powstała od rzeczownika <i>poseł</i> przez dodanie formantu sufiksalnego <i>-ka</i> , charakterystycznego dla nazw żeńskich.
pralownia	pralnia	Mama daje nasze rzeczy do pralowni i zawsze w soboty je odbieramy.	Forma powstała od czasownika <i>prać</i> przez rozszerzenie formy o głoskę <i>l</i> oraz dodanie formantu sufiksalnego <i>-ownia</i> , charakterystycznego dla kategorii nazw miejsc.
warszawiec	warszawianin	Warszawiec to ktoś, kto mieszka w Warszawie.	Forma powstała od rzeczownika <i>Warszawa</i> przez dodanie formantu sufiksalnego <i>-ec</i> , charakterystycznego dla nazw wykonawców czynności. Doszło także do alternacji <i>w:ow'</i> .
wycierka	ścierka	Mama ściera kurze wycierką, jak sprząta.	Forma powstała od czasownika <i>wycierać</i> przez dodanie formantu sufiksalnego <i>-ka</i> , charakterystycznego dla kategorii nazw obiektów i rezultatów czynności ('coś, co służy do wycierania') w miejsce końcówki <i>-ać</i> .

zszywaczka	krawcowa	U mnie w bloku jest zszywaczka i mama nosi jej sukienki.	Forma powstała od czasownika <i>zszywać</i> przez dodanie formantu <i>-aczka</i> , charakterystycznego m.in. dla nazw żeńskich.
przyklejka	naklejka	Dostałam od mamy przyklejki na urodziny i przykleiłam je na szafce.	Forma powstała od czasownika <i>przyklejać</i> przez dodanie sufiksu <i>-ka</i> , charakterystycznego m.in. dla kategorii nazw obiektów i rezultatów czynności ('coś, co jest przyklejane') w miejsce końcówki <i>-ać</i> .

Źródło: opracowanie własne.

Sufiksalne derywaty rzeczownikowe były tworzone od różnych części mowy (tj. rzeczowników, czasowników) i reprezentowały poszczególne kategorie słotwórcze.

W zebranych materiale nie zarejestrowano neologizmów utworzonych za pomocą prefiksacji. Formanty prefiksalne to cząstki słotwórcze wyrazu, które występują przed jego rdzeniem, natomiast prefiksacja jest procesem tworzenia nowych wyrazów za pomocą formantów prefiksalnych (Grzegorzczkowska, 1981). Należy podkreślić, że mała liczba neologizmów w formie rzeczownika, utworzonych za pomocą prefiksacji, jest spowodowana tym, że w przeważającej części występują one w czasownikach.

Pojawił się natomiast neologizm utworzony za pomocą dwóch technik słotwórczych jednocześnie – prefiksacji i sufiksacji (tabela 2).

Tabela 2. Neologizmy utworzone za pomocą prefiksacji i sufiksacji

Neologizm	Znaczenie neologizmu	Przykład użycia neologizmu w zdaniu	Komentarz
nakładka	dokładka	Dzisiaj w przedszkolu obiad tak mi smakował, że poprosiłem nakładkę.	Forma powstała od czasownika <i>dokładać</i> przez dodanie sufiksu <i>-ka</i> , charakterystycznego dla kategorii nazw obiektów i rezultatów czynności ('coś, co jest dokładane') oraz wymianę formantu prefiksального <i>do-</i> na przedrostek <i>na-</i> .

Źródło: opracowanie własne.

Zdarzało się także, że dzieci tworzyły neologizmy za pomocą niesystemowej wymiany głosek<sup>3</sup> (tabela 3). Prawdopodobnie wynikało to z niezapamiętania dźwiękowej reprezentacji danego słowa i tym samym nieświadomego utworzenia nowego wyrazu.

Tabela 3. Neologizmy utworzone za pomocą niesystemowej wymiany głosek

Neologizm	Znaczenie neologizmu	Przykład użycia neologizmu w zdaniu	Komentarz
akwizyt	rekwizyt	Mama mówiła, że to, co stoi w teatrze na scenie, to są akwizyty.	Forma powstała od rzeczownika <i>rekwizyt</i> przez ucięcie nagłosowego <i>r-</i> oraz wymianę głoskową <i>a:e</i> .
derektor	dyrektor	Ja to kiedyś byłem u derektora nawet, bo biłem się z Pawłem.	Forma powstała od rzeczownika <i>dyrektor</i> przez wymianę głoskową w temacie <i>y:e</i> .
enżynier	inżynier	Mój tata to enżynier.	Forma powstała od rzeczownika <i>inżynier</i> przez wymianę głoskową <i>i:e</i> .
kamamos	kabanos	Najbardziej lubię, jak mama mi daje kamamosy.	Forma powstała od rzeczownika <i>kabanos</i> przez wymianę głoskową <i>b:m</i> oraz <i>n:m</i> .
pkojektantka	projek- tantka	Pani pkojektantka robi ubrania.	Forma powstała od rzeczownika <i>projek- tantka</i> przez wymianę głoskową <i>r:k</i> .

Źródło: opracowanie własne.

Neologizmy utworzone za pomocą niesystemowej wymiany głosek występowały w mowie dzieci stosunkowo często. W powyższej tabeli zostały przedstawione tylko niektóre z zebranych przykładów. Dzieci tworzyły je najczęściej nieświadomie lub w celu ułatwienia sobie artykulacji przez zamianę ich na inne – łatwiejsze do wymówienia.

<sup>3</sup> Formy utworzone za pomocą niesystemowej wymiany głosek można potraktować także jako proces związany z ciągłym kształtowaniem się mowy u dziecka w wieku przedszkolnym.



W ich języku występowały także formy zmetatyzowane (tabela 4), które nie do końca można uznać za neologizmy, ponieważ metateza (przestawienie głosek lub sylab w obrębie wyrazu) jest zjawiskiem charakterystycznym dla wieku przedszkolnego i może wynikać z naturalnych procesów rozwoju mowy. Formy te powstają najczęściej także w wyniku przejęzyczenia, źle usłyszanego lub niepoprawnie wypowiedzianego wyrazu, który został zakodowany w umyśle dziecka i powtórzony.

Tabela 4. Formy zmetatyzowane

Neologizm	Znaczenie neologizmu	Przykład użycia neologizmu w zdaniu	Komentarz
gmła	mgła	Rano kiedyś, jak wstałam, to była gmła.	Forma powstała od rzeczownika <i>mgła</i> w wyniku przestawienia głoski <i>m</i> w nagłosie z głoską <i>g</i> w śródgłosie.
golopeda	logopeda	U nas w przedszkolu jest pani golopeda.	Forma powstała od rzeczownika <i>logopeda</i> w wyniku przestawienia nagłosowej sylaby <i>lo-</i> z śródgłosową sylabą <i>-go-</i> .
psiep	pies	Psiep jest najfajniejszym zwierzątkiem, jakiego miałam.	Forma powstała od rzeczownika <i>pies</i> przez przestawienie głoski <i>s</i> z wygłosu do śródgłosu oraz dodanie głoski <i>p</i> w wygłosie.

Źródło: opracowanie własne.

## Czasowniki

Renata Grzegorzyczkowa podkreśla, że:

(...) ustalenie relacji formalno-semantycznych w obrębie czasownika jest trudniejsze aniżeli przy innych częściach mowy. Przede wszystkim mniej wyraźny jest stosunek funkcyjnej zależności między derywatami: w rzeczowniku czy przymiotniku najczęściej łatwo było ustalić bazę (...). W czasowniku bardzo często formacja motywowana jest jednocześnie przez wiele wyrazów (1981).

Podobnie sytuacja kształtuje się przy klasyfikacji dziecięcych neologizmów czasownikowych.

W materiale zarejestrowano neologizmy powstałe za pomocą prefiksacji i sufiksacji (tabela 5). Zdarza się bowiem, że formantem w wyrazie może być jednocześnie prefiks oraz sufiks, z wyjątkiem tych, w których morfem przyimkowy należy do tematu słowotwórczego.

Tabela 5. Neologizmy utworzone za pomocą prefiksacji i sufiksacji

Neologizm	Znaczenie neologizmu	Przykład użycia neologizmu w zdaniu	Komentarz
odciszać	podglądać	Odcisz bardziej tę piosenkę.	Forma powstała od rzeczownika <i>cisza</i> przez dodanie prefiksu <i>od-</i> oraz formantu sufiksального <i>-ać</i> , który występuje w czasownikach w formie bezokolicznika.

Źródło: opracowanie własne.

W mowie dzieci zarejestrowano też neologizm utworzony za pomocą niesystemowej wymiany głosek (tabela 6).

Tabela 6. Neologizmy utworzone za pomocą niesystemowej wymiany głosek

Neologizm	Znaczenie neologizmu	Przykład użycia neologizmu w zdaniu	Komentarz
ucieplić	podgrzać	Hot doga to trzeba ucieplić, bo inaczej to on jest niedobry.	Forma powstała od czasownika <i>ocieplić</i> (w znaczeniu 'podgrzać coś') przez wymianę nagłosowego <i>o-</i> na <i>u-</i> .

Źródło: opracowanie własne.

W wypowiedziach dzieci wystąpiły także neologizmy powstałe za pomocą sufiksacji (tabela 7), jednak ich liczba była zdecydowanie mniejsza niż w przypadku neologizmów rzeczownikowych.

Tabela 7. Neologizmy powstałe za pomocą sufiksacji

Neologizm	Znaczenie neologizmu	Przykład użycia neologizmu w zdaniu	Komentarz
pisować	pisać	Ja pisuję wszędzie, nawet po ścianach, i mama wtedy krzyczy.	Forma powstała od czasownika <i>pisać</i> przez dodanie formantu sufiksalnego <i>-ować</i> w miejsce formantu <i>-ać</i> . Nowy formant jest charakterystyczny dla czasowników w formie bezokolicznika.

Źródło: opracowanie własne.

W języku dzieci w wieku przedszkolnym neologizmy czasownikowe pojawiają się znacznie rzadziej i są tworzone nie tylko od rzeczowników, ale także od innych części mowy. Prawdopodobnie niska frekwencja neologizmów odczasownikowych jest wynikiem tego, że są lepiej przyswajane i utrwalane w mowie dzieci.

## Przymiotniki

Przymiotniki nazywają cechy przedmiotów, które opisują stosunek do czynności, relację do innego przedmiotu, a także informują o modyfikacji jakiejś cechy. Ze względu na budowę formalną można podzielić je na trzy grupy - przymiotniki motywowane przez nazwy: czynności (czasowniki i rzeczowniki odczasownikowe), substancji (rzeczowniki) oraz cech (przymiotniki). Występują także przymiotniki złożone, które tworzą oddzielną klasę (Grzegorzycowa, 1981).

Przedszkolaki tworzyły jedynie neologizmy przymiotnikowe, które były motywowane przez nazwy substancji – rzeczowniki. Przykłady zaprezentowano w tabeli 8.

Tabela 8. Neologizmy przymiotnikowe

Neologizm	Znaczenie neologizmu	Przykład użycia neologizmu w zdaniu	Komentarz
ciałowa	w kolorze ciała	Najfajniejsza to jest ciałowa kredka, bo wtedy możesz pomalować człowieka jak chcesz.	Forma powstała od rzeczownika <i>ciało</i> przez dodanie formantu sufiksalnego <i>-owa</i> (formacja nieregularna powstała na drodze adideacji – <i>ciałowa</i> , bo ‘w kolorze ciała’).
kiwowy	o smaku kiwi	Ja to lubię najbardziej loda kiwowego.	Forma powstała od rzeczownika <i>kiwi</i> przez dodanie formantu sufiksalnego <i>-owy</i> (formacja nieregularna powstała na drodze adideacji – <i>kiwowy</i> , bo ‘o smaku kiwi’).
słońcowy	pomarańczowy	W przedszkolu często pani Renatka daje nam kompot słońcowy do picia.	Forma powstała od rzeczownika <i>słońce</i> przez dodanie formantu sufiksalnego <i>-owy</i> (formacja nieregularna powstała na drodze adideacji – <i>słońcowy</i> , bo ‘podobny do słońca’).
gąsiotkowy	żółty	Ja też mam kurtkę w kolorze gąsiotkowym, taką jak ty.	Forma powstała od rzeczownika <i>gęś</i> przez wymianę samogłoski <i>ę:ą</i> , a następnie dodanie formantu sufiksalnego <i>-otkowy</i> . Może być kojarzona z wyrazami gwarowymi – zbieżna z łowickim <i>gąsiockowy</i> (‘w kolorze gęsi’).

Źródło: opracowanie własne.

Dzieci tworzyły neologizmy przymiotnikowe, opisując nimi otaczającą rzeczywistość. W ten sposób wymyśliły nowe nazwy niektórych kolorów czy smaków. Pewne formy mają także nacechowanie gwarowe – np. forma *gąsiotkowy* zbieżna jest z formą *gąsiockowy* (‘w kolorze gęsi’) występującą w gwarach łowickich (Marciniak, 1990: 337).

## Neosemantyzmy

Neosemantyzmy definiowane są jako wyrazy zastępcze, które wypełniają „lukę” w języku – uzupełniają jego braki dotyczące nazewnictwa zjawisk i rzeczy. W odróżnieniu od neologizmów nie wchodzą do obiegu natychmiastowo, muszą utrwalić swoją wartość semantyczną w pamięci użytkowników języka. Nazwa, która funkcjonuje przed powstaniem neosemantyzmu, przyporządkowana jest do innego desygnatu. Proces kształtowania się neosemantyzmu kończy się więc dopiero wtedy, gdy nowa treść kojarzona jest przez użytkowników języka także z nowym desygnatem, który został użyty w izolacji, czyli bez kontekstu (Buttler, 1982).

Danuta Buttler podzieliła neosemantyzmy na wyrazy o funkcjach nominatywnych oraz wyrazy o nowych znaczeniach ekspresywnych. Pierwsza grupa odnosi się do nazw przedmiotów i zjawisk, które nigdy wcześniej nie otrzymały nazw słownych (językowych). Znajdują się w niej nowe desygnaty, które pojawiły się w wyniku potrzeby nazwania nowo powstałych przedmiotów. Nie zawsze jednak udaje się utworzyć całkowicie nowe słowo, dlatego też często używa się wówczas wyrazu, który funkcjonuje już w danym języku. Otrzymuje on wtedy dodatkowe znaczenie. Druga grupa dotyczy neosemantyzmów, które powstały z potrzeby nazwania emocjonalnej oceny realiów. Słowa te używane są najczęściej w języku potocznym i wzbogacają słownik gwarowy, środowiskowy, a także kręgu profesjonalnego (Buttler, 1982).

Dzieci w wieku przedszkolnym znacznie częściej tworzą neosemantyzmy, które są wyrazami o nowych znaczeniach ekspresywnych. Na skutek potrzeby nazwania swoich spostrzeżeń czy potrzeb posługują się wyrazami już istniejącymi (bazując na podobieństwie brzmieniowym) i nadają im nowe znaczenia. Często zdarza się również, że używają słowa, które wcześniej zostało przez nie usłyszane i nie znając jego prawidłowego znaczenia, nazywają nim inne przedmioty. Przykłady neosemantyzmów tworzonych przez dzieci zostały przedstawione w tabeli 9.

Tabela 9. Neosemantyzmy

Neosemantyzm	Znaczenie neosemantyzmu	Przykład użycia neosemantyzmu w zdaniu	Komentarz
hamburger	Hamburg	Ja byłem w hamburgerze z rodzicami.	Dziecko, znając nazwę potrawy, jaką jest <i>hamburger</i> , przeniosło znaczenie na miejsce, które odwiedziło wraz z rodzicami w wakacje (aluzja fonetyczna).
kapsel	Kacper	Mój brat ma na imię Kapsel Przy-cisz.	Dziecko, znając nazwę przedmiotu, z którym spotyka się w życiu codziennym, prawdopodobnie przez pomyłkę użyło jej w stosunku do imienia swojego brata. Wiąże się to z tym, że wyrazy te są podobne pod względem fonetycznym (aluzja fonetyczna).
macica	maciora	- Jak nazywa się matka małej świnki? - Macica.	Dziecko utworzyło neosemantyzm przez aluzję fonetyczną.

Źródło: opracowanie własne.

## Wnioski

Nie ulega wątpliwości, że wiek przedszkolny to okres najintensywniejszego tworzenia i występowania neologizmów w języku dziecka. W tym okresie poznaje ono świat i pragnie komunikować się z otoczeniem, a braki w słownictwie rekompensuje tworzeniem nowych słów – zarówno na drodze systemowej, jak i pozasystemowej. Dzięki nim może wyrazić swoje uczucia, emocje oraz treści, które chce przekazać.

Zaprezentowany materiał pokazuje, że najczęściej występującym typem neologizmów w języku dzieci w wieku przedszkolnym są neologizmy słowotwórcze w formie rzeczownika. W większości były one tworzone za pomocą sufiksacji. Zdarza się także, że dzieci tworzą nowe słowa przez niesystemową wymianę głosek, co może świadczyć o ciągłym procesie kształtowania się mowy

dziecka w wieku przedszkolnym. Mniej liczną grupę stanowiły neologizmy utworzone od czasowników i przymiotników – mechanizmy ich tworzenia były jednak podobne. W neologizmach przymiotnikowych widoczne jest także podłoże regionalne, co może wiązać się z tym, że dziecko usłyszało daną formę, zakodowało ją w swojej świadomości i utworzyło nowe słowo w nieco zmodyfikowanej formie.

Oddzielną klasę stanowiły neosemantyzmy, ich frekwencja była jednak najmniejsza. Tworzenie neosemantyzmów wynika z tego, że w tym okresie rozwojowym dzieci nie znają jeszcze znaczenia wszystkich słów, które mają w słowniku czynnym. Zdarza się więc, że używają ich niezgodnie z ich pierwotnym znaczeniem, nazywając nimi inne desygnaty.

Analiza wyekscerpowanego materiału pokazuje więc, że neologizmy występują tam, gdzie kończy się wiedza i słownictwo z nią związane, są tworzone z potrzeby werbalizacji myśli, która jest silniejsza od lęku przed popełnieniem błędu językowego (Wątarek, 2014).

## Bibliografia

- Bartkowska T. (1968). *Rozwój wymowy dziecka przedszkolnego jako wynik oddziaływań wychowawczych rodziny i przedszkola*, Warszawa.
- Buttler D. (1982). *Kultura języka polskiego*, Warszawa.
- Chmura-Klekotowa M. (1970). *Odbicie tendencji słowotwórczych języka polskiego w neologizmach dzieci*, „Prace Filologiczne”, t. 4, s. 153–159.
- Chmura-Klekotowa M. (1971). *Neologizmy słowotwórcze w mowie dzieci*, „Prace Filologiczne”, t. XXI, s. 199–235.
- Czukowski K. (1962). *Od dwóch do pięciu*, Warszawa.
- Dziurda-Multan A. (2008). *Dziecięce sposoby tworzenia nazw*, Lublin.
- Grabias S. (1980). *O ekspresywności języka. Ekspresja a słowotwórstwo*, Lublin.
- Grzegorzczak R. (1981). *Zarys słowotwórstwa polskiego*, Warszawa.
- Haman E. (2003). *Słowotwórstwo dziecięce w badaniach psycholingwistycznych*, Warszawa.
- Kaczmarek L. (1996). *Nasze dziecko uczy się mowy*, Lublin.
- Marciniak R. (1990). *Formanty przymiotnikowe określające barwy i ich odcienie w Łowickiem*, „Studia i Materiały Polonistyczne”, t. 4, s. 335–341.

- Popek R. (1988). *Zachowania ekspresyjne dzieci jako naturalny przejaw aktywności twórczej*, w: *Aktywność twórcza dzieci i młodzieży*, red. S. Popek, Warszawa, s. 40–56.
- Sambor J. (2001). *Język polski w świetle statystyki*, w: *Współczesny język polski*, red. J. Bartmiński, Lublin, s. 503–526.
- Smólkowa T. (1989). *Nominacja językowa. Na materiale nazw rzeczownikowych*, Wrocław.
- Smólkowa T. (2001). *Neologizmy we współczesnej leksyce polskiej*, Kraków.
- Wątopek A. (2014). *Kompetencja językowa uczniów z lekką niepełnosprawnością intelektualną*, Kraków.
- Żebrowska M. (1977). *Psychologia rozwojowa dzieci i młodzieży*, Warszawa.





## The use of the C-eye system in communication and education of children

**ABSTRACT:** Marta Zawichrowska, *The use of the C-eye system in communication and education of children*. Interdisciplinary Contexts of Special Pedagogy, No. 33, Poznań 2021. Pp. 81–91. Adam Mickiewicz University Press. ISSN 2300-391X. eISSN 2658-283X. DOI: <https://doi.org/10.14746/ikps.2021.33.00>

During working with children with communication disorders, they are more and more often accompanied by devices supporting the development of speech. One of them is the C-eye system, which is used especially in two areas – communication and education. This article is an introductory report on the research on the use of high technologies in working with children with developmental disorders, accompanied by deficits in the field of verbal speech. The described case study concerns a child with delayed speech development, without any additional health burden, in whom the etiology of communication disorders has not been determined despite careful diagnostics and many specialist consultations. The article was written on the basis of observations, an interview with the family and the recommendations provided, and presents the original path of therapeutic treatment with the use of the C-eye device, which can be used in work with preschool and early school children. Very important was the neurologopedic diagnosis and research conducted during the therapy, which allowed for the proper definition of therapeutic goals and showed its effectiveness, both in the communication, educational and social sphere.

**KEYWORDS:** child, speech, delayed speech development, C-eye system, communication, education

Education and therapy of the 21<sup>st</sup> century is a challenge for teachers, therapists, children and parents, among other factors due to the

increasing use of multimedia tools, new forms of online work or modern devices facilitating mutual communication and learning.

Using them to provide therapeutic services also enables a high degree of standardization of therapy, which makes it easier to interpret individual factors that may affect changes in behaviour (Pačalska, 2014: 246).

The use of technology applies to ordinary schools as well as schools for children with special needs; children within the developmental standard as well as children with problems in verbal communication with the environment.

The computer provides new possibilities for speech therapists, allows to intensify certain stages of work, it makes it easier and more attractive. (...) It can be used at all stages of therapeutic work (at the preparatory, proper and consolidating stage), during the therapy of various speech and language disorders, e.g. delayed speech development (Walencik-Topiłko, 2005: 1019-1027).

The more and more frequent presence of modern technologies in communication and education of children with dysfunctions, and their use by therapists and teachers, contributed to the writing of this article, which would be a proposal to use the C-eye system in education and communication.

This article is about a case study of a preschool boy, Adam, who does not communicate verbally due to delayed speech development. The boy started speech therapy at the age of 4 (in the kindergarten), and has been using the C-eye system for 2 years. From September, he is to go to a special school, where the purchase of the C-eye device is planned.

According to the authors of the methodological guide

(...) the C-eye system is a fully integrated system enabling the neurorehabilitation of people with neurological dysfunctions as well as supporting alternative audio-visual communication with the use of eye tracking technology (Kwiatkowska, Kunka, 2016: 7).

The anatomical structures required to work on the C-eye include: the eyeball, the oculomotor muscles, the optic tract and the cortical areas of visual analysis (fields acc. to Brodmann 17, 18, 19) (Kochanowicz, 2016: 75).

It can therefore be concluded that apart from the ability to see (with at least one eye), the element necessary to work with the device is at least the minimum ability to maintain attention and focus on the screen under which the eye tracker is located. Thanks to establishing human-interface contact, the user

(...) establishes eye contact with the displayed content, i.e. graphics, photos, words (Kwiatkowska, Kunka, 2016: 7).

A few years ago, the C-eye system was equipped with an additional module called *Eyefeel*, addressed to people with communication barriers. Due to its interactive nature, it is most often used by children to practice their eyesight, develop memory, thinking and communicating their needs. It is worth emphasizing that the device is extremely intuitive – it is very easy to adjust its parameters (volume, margin, selection time, cursor size, etc.) to the user's limitations. It provides a wide range of tasks supporting development of skills and shaping new skills. It is also an inestimable support in communicating the needs of its users. One of them is the above mentioned Adam.

The boy's medical records show that he is a child with no perinatal complications. Consultation with a rehabilitation doctor and a physiotherapist showed that the boy's motor development is normal. The family is undergoing genetic diagnostics. Adam has 3 siblings (2 brothers and a sister) with no verbal abnormalities. Laryngological and audiological causes of the lack of speech development were also excluded. The boy's EEG examination performed several times also showed no abnormalities. Magnetic resonance imaging showed no changes in the central nervous system (CNS). The boy's neurological opinion describes the etiology of delayed speech development as unexplained.

Based on an interview with his parents, it is known that Adam was babbling, but his speech stopped developing and he was not making progress. The boy's mother's account shows that the older the boy is, the more he is aware of his communication difficulties and it becomes more and more difficult for him to disguise his deficits. It happens that the fact of being misunderstood by the environment causes him to become frustrated and cry, which causes difficulties in relations with siblings and peers. The lack of progress in the development of verbal speech, educational difficulties and the initiation of preschool education prompted the family to conduct a speech therapy diagnosis, which showed speech development delay. The contemporary assessment of colours thus determined the boy's functioning at the level of a minor intellectual disability and described the child's development as inconsistent. The child was also diagnosed with astigmatism and was advised to wear glasses.

When Adam started working on the C-eye, his communication disorders concerned both active and passive speech – during the first meeting he made no attempts to communicate at all. During the following attempts, he could indistinctly repeat only a few short words (including his name), and the eye contact made was very brief. The abnormalities also concerned respiratory and phonation coordination. The boy expended the air from his lungs uneconomically and was unable to synchronize his breathing pauses with his attempts to transmit messages. This resulted in difficulties in dynamic breathing, which is characterized by a short breath taken through the mouth and a long exhalation during which the message is transmitted through speech. In Adam, phonation dysfunctions could also be observed – very often the child's voice was squeaky, resembling a scream. This was caused by an improper vocal adjustment (“glottal attack”) – hard glottal attack, during which

(...) there is a sudden closing of the vocal ligaments. This type of phonation uses a relatively large amount of air, which, flowing in a dynamic, sharp stream, destroys the voice organ (Minczakiewicz, 1997: 38).

The diagnostic test also revealed that Adam did not know the graphic notation of vowels – he was unable to name any of them, nor to point them at the therapist's request. There were also difficulties with naming and indicating shapes, animals and onomatopoeic words. Similar problems concerned colours – Adam named some of them but in English, not in Polish, e.g. red, blue. It was also troublesome for the boy to point out the differences between two pictures and to count on his fingers how old he is. It is these areas (breathing and phonation), along with the development of verbal communication, that are common points of speech therapy in the kindergarten and outside it. The first assessment of the patient on the C-eye device revealed problems with the concentration of visual attention and with the eye's fixation movements (The fixation movement is the ability to keep the eyesight on the presented visual stimulus). Difficulties with visual analysis and synthesis were also apparent. The range of vision was also limited, especially on the left side.

Due to the abnormalities identified during the first meeting, initially most of the work time with the C-eye system was devoted to improving the oculomotor muscles and extending the time of eye concentration on the presented object.

The first meeting was to familiarize the child and parents with the device, to show its applicability and to support Adam in the development of verbal speech. Adam's contact with the C-eye system began with the visual range exercises – due to its narrowing on the left side. From the very beginning, the trumpet attracted the child's special attention from the very beginning. Following him with his eyes and focusing his eyes on him, Adam heard the sound, and during the third meeting he began to imitate it (tu-tu-tu). During the first several therapeutic meetings, the work on the C-eye device also included Adam's family photos, which were displayed on the screen – viewing, pointing to them and describing them gave the child a lot of joy. They contained elements of space, objects, animals and people known and close to the child, which overcame his shyness to speak and distracted him from possible skirmishes. As a result of several meetings, an individual presentation was created on the C-eye device – an album of

photos. We used them to train attention and eyesight concentration, which are necessary for working with the C-eye system, and which caused Adaś a lot of problems at the same time.

The next step while working on the device, when Adam's visual attention was improved, was the introduction of Eyefeel and interactive animations, which, as recommended by the manufacturer

(...) serve therapeutic and educational purposes (Kunka, 2017: 14).

For this purpose, we used, among others, coloured boards. We started learning colours with two: green and red (we named each colour in Polish), which, due to its saturation, more often attracts the attention of device users. Adam's task was to fix his eyesight on the green field - then the computer began to count how long the child looks at a specific area and saturate the field with colour more and more. Adam was by far the most fascinated with this task, teaching him to count at the same time.

Consolidating the learning to count and distinguishing colours with the use of the C-eye system is possible by introducing the child to the educational animation module. It was the next step in working with Adam. An example of colour exercises that simultaneously develop the child's activity in nature may be, for example, consolidating colours while preparing a virtual salad of vegetables or fruit (thanks to which the child's vocabulary is also enriched), or selecting colours in the Colouring Book task, which is an activity necessary to fill the elements of a picture with different colours. Practicing the child's mathematical activity is possible in the Crayons exercise, which consists in sorting the crayons - the therapist can choose a characteristic feature (length, colour, thickness). The child's task is to line up the crayons and put them in the box, fixing his eyesight on each of them. An additional advantage of the exercise is the development of categorization skills,

(...) distinguishing spatial relations, distinguishing qualitative and quantitative features of a set of elements, counting the number of crayons and comparing the number of sets (Kunka, 2017: 24).

Each of these skills is extremely important in a child's early education and school learning.

As one of the main goals of working with Adam was to exercise attention and concentration as well as visual and auditory coordination, another element of the therapy was practicing nature activity (initially at the basic level). It should be emphasized that each of the exercises proposed by the C-eye system contains a gradation of difficulties, which is an undoubted advantage and is also used in school learning.

An additional difficulty was the deficiencies in naming and imitating animals, which were revealed by the diagnosis. In the Farm task, the goal is to take all the animals on the farm (chicken, cow, horse, dog) to their homes. The task turned out to be difficult for Adam due to his eyesight problems. He worked very well with large animals (cow and horse) whereas the small figures of a dog and a chicken caused him difficulties. The dynamics of the C-eye device's functions and the possibility of zooming the image was very helpful. Thanks to this, Adam was able to complete the training of visual functions. The task described above

(...) has many therapeutic and revalidation possibilities, which include: practicing visual functions on picture material, practicing spatial orientation as well as visual analysis and memory, acquiring the ability to recognize the relative position of objects in space, comparing objects by type as well as giving names and recounting sets (Kunka, 2017: 23–24).

The educational value related to the above exercise allowed Adam to assimilate, and then imitate the sounds made by animals, and gain knowledge about their needs and functioning in the world.

Due to the persistent problems with the visual range and focusing visual attention on small objects, the next activity in working with the C-eye system was the kinesiological eight. Adam knew the exercise but the computer eye tracking version made him curious. From the educational and therapeutic point of view, thanks to the support of the eye tracker, the therapist is able to track the child's eye movements,

which is not possible in traditional therapy. After adjusting the board and objects to the boy's possibilities and limitations, Adam moved a blue triangle of his choice (also a circle, square and an asterisk can be selected) along the eight-shaped track and he successfully completed the exercise. Exercising with the use of the C-eye system also turned out to be an inspiration for the training of breathing and phonation – as long as Adam followed the track, he was phoning certain sounds [a, e, i, o, u]. Thanks to this, he learned the next vowels, thus extending the expiratory phase. In addition, by means of non-verbal communication, but also more and more often verbally, he repeatedly tried to tell me that he was watching Formula 1 with his dad and that the eight reminded him of a car track. In this way, the exercises were not limited only to eye movements, but also short-term and long-term memory, aided the thinking process and prompted Adam to formulate thoughts and to convey them verbally.

After 2 years of therapy with the use of the C-eye system, the boy continues to develop active speech: he correctly recognizes and names vowels, repeats syllables and short words he has written on the screen. However, he still has difficulty repeating 3 or more syllable words. This is due to the persistent issues of articulation kinesthesia – Adaś does not always remember the correct positioning pattern of the articulation organs, necessary to utter a specific sound. The efficiency of the articulators is significantly reduced. Therefore, each class begins with a speech therapy massage, which is a compilation of various techniques of palpation acting on the orofacial sphere aimed at activating and increasing awareness in the orofacial area and preparing the articulation organs for speech. Because

(...) the patient's rehabilitation requires the application of basic principles that take into account the specificity of the disease and their dysfunctions, especially in the cognitive, emotional, motivational and social spheres (Regner, 2019: 9).

It is significant that with age Adam himself more and more often notices that his speech and voice are different from his peers. It should be noted that during the two years of speech therapy, the



quality of breathing and phonation improved; however, occasionally the difficulties reappear (especially in emotional moments). Nevertheless, the communication intention was maintained in the child all the time. It is also due to the C-eye system, and more precisely the communication module, which allowed Adam to communicate his needs and requests. Initially, Adam's work on communication was based on black and white pictograms – due to the lack of knowledge of the letters. They showed emotions, moods, but also presented food products, animals and activities. Each of the pictograms was first called by the therapist, and then viewed (with the eyes) by the child, pointed (with the square) and named (with words) by the child. Thanks to this, hand-eye activity and work on verbal communication were trained. With time, movement was also included in the exercises, i.e. while dividing the words into syllables, the child tapped the rhythm against the knee. Currently, Adam begins to learn letters on the device using, among other things, a virtual keyboard, with the help of which he constructs the first syllables and short words, which he then repeats. When conducting a dialogue, he often uses ready-made boards and Yes-No buttons with a colour and a thumb up-thumb down gesture.

Currently, work with the use of the C-eye system focuses on the use of the Neurorehabilitation module, in particular the development of linguistic functions and Adam's verbal activity. The most common way to do this is to understand the words read by the device, select the appropriate picture for them and then repeat. Similarly, when it comes to sound – Adam identifies the sound he heard, tries to repeat it and choose it to match the picture presented on the screen. The recognition and repetition of onomatopoeic words has improved – Adam distinguishes between the instruments and animals presented on the screen and is able to imitate them. The level of difficulty in counting and learning colours is also increasing all the time – now Adam can distinguish 6 colours, he can indicate and name them. In terms of counting, the child can count up to 10, however he does not know what number follows the previous one, when it is taken out of context and devoid of automatism. Recently,

training on the device has been extended to exercises of visual and spatial functions (based on the perception of objects, sizes, shapes, objects) and memory exercises. The stories that Adam wrote in the task of developing cause-and-effect thinking turn out to be the most interesting. Because the Patient's attitude to working with the C-eye device is extremely important, each meeting ends with a therapeutic game that not only consolidates the previously acquired skills, but also teaches logical thinking. The virtual tic-tac-toe game is very popular, and so is the game of discovering puzzles with the eyes – additionally, it is a pretext for the development of a dictionary of active speech and repetition of already known words.

Thanks to the possibilities of the device, modifications are made all the time to set parameters, which must be adapted to both the possibilities and limitations of the child. The user's field of view was initially narrowed on the left, which meant that most of the content was presented on the right. However, it was widened over time. Currently, Adam is working the entire width of the screen. The time of the eyes fixation was also adjusted to the child's abilities – this procedure was aimed at performing the entrusted task and arousing the child's sense of agency and increasing motivation to work. Initially, it was 1.2 seconds, and now it is 1.6 seconds and is constantly being extended.

Adam's motivation can be assessed at a very high level – he willingly comes to therapeutic classes, he is very active during them, he is open to learning about new tasks and increasing their level. It also happens more and more often that Adam begins to initiate actions on his own – he does it both verbally, making attempts to speak and supporting himself with non-verbal communication (mimics, gestures) which

(...) constitute as much as 55% of the information message (Kowalczyk, 2020).

Adam's teachers indicate that the boy's abstract thinking ability, ability to express needs and his responses to the situation have

improved. Functioning in the group, the tutors point out that Adam initiates peer contacts more often and more willingly. Their observations show that the boy is able to verbally express his basic requests and needs, which are understood by both children and kindergarten staff.

Summing up, it can be concluded that the key to communication progress is the child's sense of agency and the feeling of being understood better. An important issue that translates into the therapeutic success of the patient is also the cooperation of specialists, in this case a speech therapist from a kindergarten and a therapist working with the child outside of the kindergarten. Agreeing on common goals of therapy and a mutually complementary work plan gives the opportunity to provide real help, noticeable by the environment, but most of all perceptible by the patient. The support of doctors, physiotherapists and other specialists supporting the child in its development is also important. As the example described above shows, not only does the introduction of modern technologies to speech therapy broaden the child's interests, increase the attractiveness of the classes and results of education, but it also translates into tangible achievements of the child in the sphere of verbal communication, and thus its better social functioning.

## Bibliography

- Kochanowicz M. (2016). *Dziecko w śpiączce. Sens życia, sens troski*, Łódź.
- Kowalczyk M. (2020). *Mit Mehrabiana – jak to możliwe, że słowa to tylko 7% tego, co do nas mówią*, <https://medium.com/polish/mit-mehrabiana>.
- Kunka B. (2017). *AssisTech (Assistive Technology Systems). Instrukcja użytkownika Eye-feel*, Gdańsk.
- Kwiatkowska A., Kunka B. (2016). *Przewodnik metodyczny C-eye*, Gdańsk.
- Minczakiewicz E. (1997). *Mowa. Rozwój – zaburzenia – terapia*, Kraków.
- Pąchalska M. (2014). *Rehabilitacja neuropsychologiczna*, Łódź.
- Regner A. (2019). *Wybrane techniki manualne wspomagające terapię ustno-twarzową*, Wrocław.
- Walencik-Topiłko A. (2005). *Wykorzystanie programów komputerowych w profilaktyce, diagnozie i terapii logopedycznej*, in: *Podstawy neurologopedii. Podręcznik akademicki*, eds. T. Galkowski, E. Szelać, G. Jastrzębowska, Opole.





## Improving the process of auditory processing and speech decoding using the Neuroflow method in an 11-year-old CAPD patient

**ABSTRACT:** Izabela Ejsmunt-Wieczorek, *Improving the process of auditory processing and speech decoding using the Neuroflow method in an 11-year-old CAPD patient*. Interdisciplinary Contexts of Special Pedagogy, No. 33, Poznań 2021. Pp. 93–104. Adam Mickiewicz University Press. ISSN 2300-391X. eISSN 2658-283X. DOI: <https://doi.org/10.14746/ikps.2021.33.06>

Hearing disorders at the level of the central nervous system significantly affect the development of speech and language communication in children with CAPD. One of the methods aimed at improving the auditory functions, and thus the quality of speech understanding, is Active Auditory Training with the Neuroflow method. Its effectiveness will be discussed based on the example of a 10-year-old patient with hearing impairment.

**KEYWORDS:** hearing impairment, Central Auditory Processing Disorders, Neuroflow ATS, child speech, case study

Hearing is one of the 5 basic senses that is of great importance for a human being, because thanks to it we acquire speech and are able to understand it. A baby is born with a physical hearing that is sensitive to sound waves with frequencies around 16–20 000 Hz (Pruszewicz, 1992: 322). Hearing allows us to receive

and transmit speech sounds and then interpret them appropriately in the brain. All hearing disorders have a negative impact on the various stages of speech formation and on the overall development of a human being. Kazimiera Krakowiak emphasizes that speech disorders in children occur on two levels: speech perception (difficult perception of sounds leads to difficulties in understanding and transmitting speech) and control of the produced sounds (no possibility of correcting sounds, which causes grammatical and intonation irregularities, speech volume disturbance) (Krakowiak, 2006: 8–10). Hearing loss usually results in speech impediments, while deafness results in serious delays in learning grammar and lexical rules and even inhibition of language development (Muzyka-Furtak, 2011: 120–121). The aim of this article is to show the effectiveness of the therapy of improving the higher auditory functions by the Neuroflow Active Auditory Training method on the example of a 10-year-old patient with Central Auditory Processing Disorders.

### **Central Auditory Processing Disorder (CAPD)**

Due to the location of hearing damage, we can distinguish peripheral injuries of the following types: conductive, sensing or mixed, and central injuries, when the functioning of centers in the brain is disturbed. Due to the topic of the article, we will focus only on central lesions. Although global research on CAPD has been going on for several decades, despite the passage of time, a single, specific definition of this disorder has not been developed, as well as no clear diagnostic criteria and obligatory therapeutic guidelines have been proposed. Researchers are having difficulties with, for example, accurate decisions regarding the nervous processes accompanying this disorder, as well as, the indication of anatomical structures and determination of the degree of their involvement in the processing of sound information (Dajos-Krawczyńska et al., 2013: 9).

CAPD is most often defined as:

- the inability to detect, discriminate, and recognize and understand information received by the auditory route (R.W. Keith);
- difficulties in processing and understanding verbal and non-verbal stimuli, resulting from incorrect processing of these stimuli through the auditory pathway (M.H. Boone);
- inability to fully use the acoustic signal with proper reception in peripheral structures – the hearing organ does not cooperate with the brain (J. Katz);
- deficit in processing information that is specific to the auditory modality – difficulties may worsen in unfavorable acoustic conditions and due to problems in listening and understanding speech, in language development and learning (J. Jerger) (Dajos-Krawczyńska et al., 2013: 10).

World organizations have also made attempts to define the above disorders. According to the American Speech-Language Hearing Association (ASHA), central auditory processing disorders are the result of perceptual (neural) defects in the processing of auditory information in the central nervous system and the neurobiological activity underlying the formation of auditory electrophysiological potentials; the diagnosis of CAPD is possible if the dysfunction in processing the acoustic signal is not caused by cognitive factors or language difficulties, although they may coexist with CAPD (2005). In contrast, the American Academy of Audiology (AAA) points out that CAPD not only affects children, but also affects adults during the natural aging process or as a result of trauma (2010). On the other hand, the British Society of Audiology (BSA) believes that CAPDs are the result of impaired brain functioning, manifested by problems with recognition, discrimination, separation, segregation and localization of ambient sounds (2006). In a more recent definition from 2018 we read that CAPD is characterized by poor perception of speech and non-verbal sounds and has its origins in disorders of nervous function, which may include both afferent and efferent nerve pathways, as well as other nervous processing systems responsible for modulating the pathway auditory system through the CNS.

Hearing disorders researchers still use innovative research methods and put forward new hypotheses to explain the damage. It is possible that other, constitutive and unambiguous definitions will be developed soon, explaining all the nuances related to this disorder. It is an urgent and awaited need, because in the literature on the subject, we find disturbing data that prove that CAPD is diagnosed in even about 7% of school-age children, and is often (depending on the diagnosis center) confused with SLI, ADHD, specific reading and writing difficulties, and peripheral hearing loss (Majak, 2013: 162), which may coexist with CAPD. The causes of auditory processing disorders are also not fully known. They are usually classified in the literature into: congenital, acquired and secondary (Majak, 2013: 166).

Table 1. CAPD congenital, CAPD acquired, CAPD secondary

CAPD congenital	CAPD acquired	CAPD secondary
<ul style="list-style-type: none"> <li>- changes in the brain, great commissure and LP</li> <li>- cutting the great commissure</li> <li>- genetic factors</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- perinatal hypoxia</li> <li>- prematurity, low birth weight</li> <li>- mechanical injuries</li> <li>- poisoning with toxins, ototoxic drugs</li> <li>- neuroinfections and viral infections in the neonatal period</li> <li>- meningitis</li> <li>- toxoplasmosis</li> <li>- strokes</li> <li>- neurological injuries</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- too late or incorrect treatment of hearing loss</li> <li>- recurrent exudative otitis media</li> <li>- inadequate acoustic environment</li> <li>- excessive stimulation with auditory stimuli (television, computer, internet, telephone)</li> </ul>

Source: Walkowiak, 2020.

In addition, three clinical subprofiles are distinguished among children with CAPD, which allow the patient to be qualified to an appropriate therapeutic group and to apply therapy aimed at reducing specific deficits:

1. Hearing disorders at the phonological level – are associated with a deficit in decoding speech sounds, problems with differentiating and identifying phonemes, which results in diffi-



- culties in reading and writing; children with this profile may have, for example, speech impediments, poor lexical resources, problems with building complex sentences and longer statements.
2. Disturbances in auditory attention and hearing in noise – cause difficulties in understanding speech in acoustically unfavorable conditions, distortion of speech, attention deficit, disturbances in short-term auditory memory and limited selectivity of sounds.
  3. Auditory-visual integration disorders – most often manifest themselves in disorders in speech prosody, difficulties in reading, writing, drawing, dancing, finding oneself in time and space, etc. (Neuroflow, 2021).

## Diagnosis and therapy of CAPD

Standard speech therapy diagnosis of hearing disorders includes: determining the cause and time of hearing damage, the possibility of receiving speech and acoustic sounds, assessment of the benefits of hearing aids, the ability to read speech from the movement of the lips, control of listening to the phonation act, assessment of the quality of the voice, respiratory tract, articulation and speech prosody etc. (Kasperuk, 2016: 9–10). The diagnosis carried out by a certified Neuroflow ATS Provider consists of: a thorough interview on the child's development, data from speech therapy and psychological diagnosis, examination of the peripheral part of the auditory system using tonal audiometry, assessment of the central part of the auditory system based on a battery of Neuroflow psychoacoustic tests, allowing to test higher functions hearing, as well as discussing the test report with the parent / guardian of the child.

Various methods of language education are used in the rehabilitation of hearing and speech in children. According to ASHA and BSA indications, the basic element of CAPD therapy (along with other forms of shaping communication skills in children with

hearing impairment) should be auditory training adapted to the patient's deficits and difficulties. According to Teri James Bellis (2003), auditory training is one of the fundamental pillars in CAPD therapy, next to the modification of the acoustic environment and the use of assistive devices, as well as the use of compensation techniques and cognitive training. The aim of such training is to influence a specific hearing deficit, and the effect of auditory stimulation, causing neuroplastic changes in the brain, is to improve the perception of acoustic stimuli and the comfort of everyday life. Out of the many auditory trainings available in Polish institutions, for example: A. Tomatis method, Fred Warnke's method, Henryk Skarżyński method, FLF method, etc. The main goal of this method is to improve the higher auditory functions and, consequently, to improve the quality of communication and learning by auditory means. The advantage of Neuroflow training may also be the improvement of linguistic or cognitive skills, e.g. the ability to remember, reason or solve problems (Strenziok, Parasuraman, Clarke, 2014: 1027-1029).

The use of phonological exercises helps to expand language competences, strengthen sequential memory, improve auditory memory, differentiate speech sounds, improve articulation and prosody, and improve communication skills. On the other hand, working with texts such as fairy tales or short stories encourages the patient to listen carefully and remember, expand lexical and syntactic knowledge, and improve narrative and communication skills.

The great advantage of auditory training is the activity of both the little patient, who must focus his attention on the tasks, and the parent's involvement in home listening sessions as well as supporting and motivating the client. Training with the Neuroflow method also allows you to flexibly adjust the level of difficulty of tasks to the patient. If the child responds correctly to a given command, the system automatically makes the task more difficult, and in case of failure, it makes it a little easier. In this way, the existing nerve connections are strengthened and new ones are created in the central auditory system.

Neuroflow therapy is conducted via an internet platform (technical requirements are: functional computer equipment, stereo headphones, stable internet connection), usually lasts from 6 to 8 months and is divided into 2 or 3 stages. Each of the stages is preceded by a diagnosis, on the basis of which an individual exercise program is adjusted. Sessions take place in a therapeutic facility and last up to 50 minutes or at the patient's home, 2–3 times a week for 25 minutes.

## Case study

Hubert is an 11-year-old CAPD patient who has been attending speech therapy and EEG Biofeedback training for several years. He is brought up in a full family, is the second child, has an older brother without development deficits. During pregnancy, the mother was not ill and did not take any medications. The boy was born on time by caesarean section. He weighed 3200 g and scored 9 points on the Apgar scale, it is due to a general slight blue color of the body. The baby was mainly bottle fed and used a teat for a long time. In preschool age, the boy was often sick, including several times with otitis media, as well as infectious diseases: chickenpox and scarlet fever.

## Data from medical history and records

The interview with his mother showed that the boy was developing properly. He sat down, stood and walked on time. Also his speech did not raise any concerns, he uttered his first words in the first year of life, and simple sentences around the age of 2. The mother was concerned about the boy's behavior, who was hyperactive, impulsive and disobedient. He did not understand commands and longer statements, especially in an unfavorable, too noisy environment. The child also has attention and concentration disorders, hence school difficulties related to learning to read and write and memorize.

The speech therapist opinion shows that the boy has multiple dyslalia in terms of improper implementation of hissing and humming sounds and rotacism. He also has considerable difficulties with auditory and visual analysis and synthesis. The boy has significant phonemic hearing disorders, low level of visual and auditory memory, significant attention deficit disorders and disturbed command perception, which make speech therapy difficult and increase learning difficulties. In the opinion of the speech therapist, the boy should have been diagnosed with Central Auditory Processing Disorders.

On the other hand, the psychological study carried out using the Wechsler Scale for Children (WISC-R) shows that the boy's general cognitive predispositions are in the lower range of average results, against the background of significant developmental disharmony in the field of visual analysis and synthesis, arithmetic, and abstract reasoning. The study performed with the shortened IQ battery from the Stanford-Binet Scale confirmed increased attention and concentration disorders as well as significant psychomotor agitation, including hyperactivity, impulsiveness, noisy and excessive talkativeness. All these disorders result in difficulties in acquiring school knowledge and a slow pace of cognitive development.

### **Speech therapist's diagnosis**

For the purpose of the speech therapy, a SCAP form (Screening Checklist of Auditory Processing Disorders) was used. Based on the obtained results – over 50% of positive responses (10 out of 12 points), the speech therapist included the boy in the group at risk of Central Auditory Processing Disorders, which was determined by such symptoms as: short span of auditory attention, tendency to be distracted in the presence of sounds disruptive, problems with reproducing the order of events, lack of understanding of commands, difficulties with distinguishing speech sounds, speech disorders, etc.

## Neuroflow diagnosis

Due to the positive result of the screening test, the patient was referred for an in-depth, multi-stage CAPD diagnosis using the Neuroflow method.

The first stage ruled out the boy's hearing loss of a peripheral nature. The test result from the threshold tone audiometry was normal (up to 20 dB).

In turn, the second stage of diagnosis was based on psychoacoustic tests from a standardized battery of Neuroflow ATS tests (visual and auditory response test, adaptive verbal test of speech understanding in noise, adaptive speech comprehension in noise test, numerical test, tone sequence test of various heights, adaptive Noise Break Detection Test, Adaptive Pitch Differentiation Test). The result of this study was confirmed, among others, by the presence of symptoms of mixed auditory processing disorders in the boy, with a predominance of phonological deficit. The right ear turned out to be the dominant ear in the hearing test, which indicates the dominance of the left hemisphere of the brain in understanding speech.

## Neuroflow ATS therapy

Based on the results obtained, and with the consent of the patient's parents and the speech therapist, auditory training with the use of the Neuroflow method was introduced into the therapy. Hearing rehabilitation was carried out in several stages.

The first stage, which lasted about 4 months (meetings were held twice a week for 45 minutes in the therapist's office or at home), consisted of tasks aimed at: improving speech decoding in noise, improving auditory memory, improving the process of varying the pitch and listening comprehension.

The boy's task during the session was to listen to the sentences in noisy and repeat it aloud. Usually, the exercise performed by the

patient was grammatically correct, but often there were changes in the order of sentences or replacing words with synonyms.

The post-stage re-diagnosis showed that the boy had a significant improvement in the understanding of speech in noise and a slight improvement in auditory memory (the boy reproduced sequences up to 6 elements). Significant difficulties were still observed in the area of pitch differentiation.

In the second stage of therapy, which lasted almost 9 months, the main focus was on improving phonological functions, such as: differentiating the frequency of sounds, differentiating voiced and voiceless phonemes, performing operations on phonemes and improving listening comprehension. The exercises were mainly based on working with syllables. The syllables were administered to the over-ear headphones in an alternated order, so that the patient could mentally form the correct word and pronounce it aloud. Moreover, an additional task for the boy was to memorize nursery rhymes and songs. After the second stage of therapy and another rediagnosis, progress was made in the understanding of speech in noise, short-term auditory memory and the differentiation of slight changes in pitch in sentences. The following areas still required improvement: selection of auditory information and differentiation of changes in the frequency of sounds.

The last third stage of auditory training (lasting about 7 months) was devoted to: improving phonological functions (operations on phonemes, phonemic hearing exercises, rhyme-based exercises), improving auditory memory, improving listening comprehension and selecting auditory information. The exercises at this stage were mainly based on words that were given to the patient's left and right ear in a variable order, and the boy's task was to repeat them aloud in any order. The patient usually repeated up to 4 words. In addition, the boy's homework was to read his favorite texts aloud.

## Summary

Rehabilitation of a patient with a hearing deficit is extremely difficult and requires enormous patience and cooperation from all parties: from the child, his parents and the therapist himself. Early surdology diagnosis and thorough stimulation of auditory perception are also of great importance, so that the child can communicate effectively with the world through speech. The effectiveness of the therapeutic process is sometimes difficult to determine and depends on many factors, including from: causes and type of hearing impairment, patient's age, his level of intelligence, social conditions of the patient's family, motivation to exercise, frequency of meetings with the therapist, applied therapy methods, etc. The therapy plan must always be adapted to the individual needs of the child and modified during therapeutic work.

In the rehabilitation of hearing and speech, various methods of language education are used, e.g. auditory-verbal, verbal-tonal, simultaneous-sequential learning to read, logo-rhythmics, etc. The first methods used in speech therapy for a 10-year-old boy with CAPD, as well as the subsequent EEG training – Biofeedback did not bring the expected results, hence the speech therapist leading the child's therapy, in consultation with the parents, referred them to auditory training using the Neuroflow ATS method. The effect of several months of therapy was a significant improvement in speech understanding in noise and an improvement in auditory memory. In addition, the patient began to function much better in the home and school environment – he has no major problems with remembering and understanding longer commands, he is better at reading and writing by listening, he is able to focus his attention and concentrate on a given task longer. The phonological sphere of the language still requires improvement, so that the boy does not lose his successes and constantly develops his linguistic and communication skills. According to Andrzej Senderski:

(...) even healthy children often have problems with focusing and keeping attention to what they hear for a longer time – unfortunately, this is partly due to the challenges and burdens that the modern world and its information noise impose on the child. How effectively the brain processes auditory stimuli affects the ease of learning and communicating. There is no other way to master a given field than regular exercise with increasing levels of difficulty, but one that motivates, not depresses. This is how our auditory training program works (Neuroflow, 2021; Senderski, 2014: 78–80).

## Bibliography

- Bellis T.J. (2003). *Assessment and management of central auditory processing disorders in the educational setting. From science to practice*, New York: Delmar Thomson Learning.
- Dajos-Krawczyńska K. et al. (2013). *Diagnoza zaburzeń przetwarzania słuchowego – przegląd literatury*, „Nowa Audiofonologia”, 2 (5), pp. 9–14.
- Kasperuk J. (2016). *Wpływ niedostuchu na rozwój mowy werbalnej*, „Forum Logopedy”, 11, pp. 8–11.
- Krakowiak K. (2006). *Studia i szkice o wychowaniu dzieci z uszkodzeniami słuchu*, Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Majak J. (2013). *Trudności diagnostyczne w zaburzeniach przetwarzania słuchowego u dzieci*, „Otolaryngologia”, 12 (4), pp. 161–168.
- Muzyka-Furtak E. (2011). *Konstrukcje słowotwórcze a kategorie poznawcze dzieci niestyszących*, „Acta Universitatis Wratislaviensis”, vol. 22, pp. 117–132.
- Neuroflow (2021), <https://neuroflow.pl/dla-profesjonalistow/profile-kliniczne-pacjentow-z-apd> [dostęp: 8.07.2021].
- Pruszewicz A. (1992). *Foniatrya kliniczna*, Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.
- Senderski A. (2014). *Rozpoznawanie i postępowanie w zaburzeniach przetwarzania słuchowego u dzieci*, „Otolaryngologia”, 13 (2), pp. 77–81.
- Strenziok M., Parasuraman R., Clarke E. (2014). *Neurocognitive enhancement in older adults. Comparison of three cognitive training tasks to test a hypothesis of training transfer in brain connectivity*, „Neuroimage”, 85 (3), pp. 1027–1039.
- Walkowiak M. (2020). *Zaburzenia procesów przetwarzania słuchowego (APD) u dzieci*, Łódź: Moje Bambino.