



EDUKACJA ELEMENTARNA W TEORII I PRAKTYCE

ELEMENTARY
EDUCATION
IN THEORY & PRACTICE

*Profilaktyka logopedyczna
w teorii i praktyce*

*Speech Therapy Prevention
in Theory and Practice*

EETP

Vol. 21, 2026/2 No. **81**

Kwartalnik EETP e-ISSN 2353-7787

kwiecień – czerwiec / April – June

Wydawca Kwartalnika EETP

Uniwersytet Ignatianum w Krakowie
Wydział Pedagogiczny, Instytut Nauk o Wychowaniu
ul. Kopernika 26, 31-501 Kraków

Zespół redakcyjny

Redaktor naczelna: Barbara Surma (Uniwersytet Ignatianum w Krakowie, Polska)
Zastępca redaktor naczelnej: Dorota Zdybel (Uniwersytet Ignatianum w Krakowie, Polska)
Redaktor etyczny: Jarosław Kucharski (Uniwersytet Ignatianum w Krakowie, Polska)
Sekretarz: Renata Spryka-Chlipała (Uniwersytet Ignatianum w Krakowie, Polska)

Redaktorzy prowadzący

Anna Błasiak (Uniwersytet Ignatianum w Krakowie, Polska); Józefa Bałachowicz (Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej, Polska); Tomas Butvilas (General Jonas Žemaitis Military Academy of Lithuania, Litwa); Małgorzata Cackowska (Uniwersytet Gdański, Polska); Tamara Cierpiałowska (Uniwersytet Ignatianum w Krakowie, Polska); Maria Cinque (Università LUMSA di Roma, Włochy); Urszula Chęcińska (Uniwersytet Szczeciński, Polska); Jan Guncaga (Comenius University in Bratislava, Słowacja); Anna Królikowska (Uniwersytet Ignatianum w Krakowie, Polska); Zoya Lukashenia (Baranavichy State University, Białoruś); Natalia Machyńska (Ivan Franko National University of Lviv, Ukraina); Thu Ngo (Language and Literacy Education (The University of New South Wales, Sydney, Australia); Eugenia Maria Pasca (George Enescu National University of Arts iasi Romania, Rumunia); Isaak Papadopoulos (UNICaf Cyprus University, Cypr); Olena Protsenko (Borys Grinchenko Kyiv Metropolitan University, Kijów, Ukraina); Irmína Rostek (Uniwersytet Ignatianum w Krakowie, Polska); Iwona Sikorska (Uniwersytet Jagielloński, Polska); Martyna Szczotka (Uniwersytet Ignatianum w Krakowie, Polska); Katarzyna Szewczuk (Uniwersytet Ignatianum w Krakowie, Polska); Anna Ungeheuer-Gołąb (Uniwersytet Rzeszowski, Polska); Zuzanna Zbróg (Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach, Polska); Dorota Żołądź-Strzelczyk (Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, Polska)

Redaktor tematyczny numeru

Tamara Cierpiałowska (Uniwersytet Ignatianum w Krakowie, Polska)
Dorota Zdybel (Uniwersytet Ignatianum w Krakowie, Polska)

Redaktor statystyczny

Jolanta Staniek (Uniwersytet Ignatianum w Krakowie, Polska)

Rada Naukowa

prof. associato Gabriella Agrusti (Università LUMSA di Roma, Włochy), prof. PhDr. Ludmila Belasova, PhD (Prešovská univerzita, Słowacja), prof. asist. Varinthorn Boonying, PhD (Naresuan University, Tajlandia), prof. associato Maria Cinque (Università LUMSA di Roma, Włochy), dr hab. Jolanta Karbowniczek, prof. Akademii WSEI (Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji w Lublinie, Polska) prof. dr hab. Maria Kielar-Turska (Uniwersytet Ignatianum w Krakowie), prof. PhDr. Maria Kožuchova, CSc. (Univerzita Komenského v Bratislave, Słowacja), dr hab. Kinga Kuszak, prof. UAM (Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu), dr hab. Joanna Łukasik (Uniwersytet Rolniczy im. Hugona Kołłątaja w Krakowie), dr hab. Renata Michalak (Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu), dr hab. György Mikonya (Eötvös Loránd University, Budapeszt, Węgry), Sarah Scoble, President, European Consortium for Arts Therapies Education (University of Worcester, Wielka Brytania), doc. PhDr. Eva Šmelová, PhD (Univerzita Palackého v Olomouci, Czechy), prof. dr hab. Władysława Szulakiewicz (Uniwersytet Ignatianum w Krakowie, Polska); dr hab. Beata Topij-Stempińska, prof. UIK, (Uniwersytet Ignatianum w Krakowie, Polska), prof. associato Paola Trbalzini (Università LUMSA di Roma, Włochy), dr Laszlo Varga (University of West Hungary, Sopron, Węgry), PaedDr. Maria Vargova, PhD (Katoľická Univerzita v Ružomberku, Słowacja), prof. Henri Vieille-Grosjean (Université de Strasbourg, Francja), dr hab. Krystyna Zabawa, prof. AIK (Uniwersytet Ignatianum w Krakowie)

Redaktorzy językowi: Dariusz Piskulak (jęz. pol.);
Laura Bigaj, Ludmiła Hilton (jęz. ang.)

Skład: Piotr Druciarek

Projekt okładki: Lesław Sławiński – PHOTO DESIGN

Informacje dla Autorów i Recenzentów:
<https://czasopisma.ignatianum.edu.pl/index.php/eetp>

e-ISSN 2353-7787

Deklaracja: Czasopismo dostępne tylko online.
Lista recenzentów – 2025 dostępna:
<https://czasopisma.ignatianum.edu.pl/eetp/reviewers/2025>

System antyplagiatowy: weryfikacja artykułów
w systemie iThenticate.com

SPIS TREŚCI

CONTENTS

- 7 TAMARA CIERPIAŁOWSKA
Wprowadzenie
- 11 TAMARA CIERPIAŁOWSKA
Introduction

ARTYKUŁY TEMATYCZNE THEMATIC ARTICLES

- 17 KATARZYNA ITA BIEŃKOWSKA
Stymulowanie rozwoju funkcji słuchowych jako podstawowy obszar profilaktyki logopedycznej prowadzonej w żłobku
Stimulating the Development of Auditory Functions as a Key Area of Speech Therapy Prevention in Nurseries
- 33 AGNIESZKA ZALEWSKA-MELER
Profilaktyka logopedyczna w działaniach nauczyciela edukacji przedszkolnej – między zaburzeniami a potencjałem rozwojowym dziecka
Speech Therapy Prevention in the Activities of a Preschool Education Teacher – Between Disorders and the Child's Developmental Potential
- 45 BARBARA KUROWSKA
Wspieranie dzieci w wieku przedszkolnym z grupy ryzyka dysleksji w rozwoju psychomotorycznym jako czynnik wczesnej profilaktyki trudności w nauce czytania i pisania
Supporting Preschool-Aged Children at Risk for Dyslexia in Their Psychomotor Development as a Factor in the Early Prevention of Reading and Writing Difficulties

- 57 BARBARA CYGAN
Zaburzenia integracji sensorycznej jako czynnik ryzyka zaburzeń mowy – analiza literatury przedmiotu
Sensory Integration Disorders as a Risk Factor for Speech Disorders – Analysis of the Literature on the Subject
- 71 EWA GACKA
Profilaktyka zaburzeń rozwoju mowy dzieci z krwawieniami okołodokomorowymi
Prevention of Speech Development Disorders in Children with Periventricular Hemorrhage
- 83 AGNIESZKA JEDLIŃSKA
DOROTA LIPIEC
Percepcja słuchowa i profilaktyka zaburzeń słuchu u dzieci
Auditory Perception and Prevention of Hearing Disorders in Children
- 97 MARIA FAŚCISZEWSKA
Badanie przesiewowe dzieci w wieku przedszkolnym (2;0–5;11) pod kątem ryzyka utrzymania się jąkania – praktyczne zastosowanie LogoTestu 4
Screening of Preschool Children (2;0–5;11) for the Risk of Persistent Stuttering – Practical Application of LogoTest 4
- 113 DANUTA KĄDZIOŁKA
Rola miniscreeningu barier komunikacyjnych w profilaktyce logopedycznej uczniów neuro różnorodnych w szkole
The Role of a Communication Barriers Miniscreening Tool in Speech-Language Preventive Practice for Neurodiverse Students in School Settings
- 125 MARZENA SZUREK
ADHD a zaburzenia komunikacji – standardy wczesnej diagnostyki, profilaktyki i interwencji logopedycznej
ADHD and Communication Disorders: Standards for Early Diagnosis, Prevention and Speech Therapy Intervention
- 139 ANNA MICHALCZYK
Ewolucja standardów opieki i terapii jąkania w perspektywie profilaktycznej – przegląd historyczno-systemowy
The Evolution of Stuttering Care and Therapy Standards From a Preventive Perspective – a Historical and Systemic Review

- 151 KAROLINA KANTYKA-DZIWIŚ
Trzeciorzędowa profilaktyka logopedyczna w pracy z dzieckiem dwujęzycznym
w wieku przedszkolnym – możliwości i ograniczenia
Tertiary Speech Therapy Prevention in Working With Bilingual Preschool
Children – Possibilities and Limitations
- 167 ALEKSANDRA ŚLUSARCZYK
Możliwość zastosowania logorytmiki w profilaktyce logopedycznej w opiniach
małopolskich logopedów
Use of Logorhythmics in Speech Therapy Prevention: Perspectives of Speech
Therapists in Southern Poland

Tamara Cierpiałowska

<https://orcid.org/0000-0002-5167-2128>

e-mail: tamara.cierpialowska@ignatianum.edu.pl

Uniwersytet Ignatianum w Krakowie, Polska

Wprowadzenie

Współczesne ujęcia rozwoju człowieka coraz wyraźniej sytuują kompetencję komunikacyjną i językową w centrum procesów poznawczych, społecznych i kulturowych. Język pełni bowiem funkcję nie tylko narzędzia przekazu informacji, lecz także medium organizującego doświadczenie, umożliwiającego uczestnictwo w relacjach społecznych oraz konstruowanie znaczeń i tożsamości (Bruner, 2006; Tomasello, 2003). W tym sensie rozwój mowy i języka stanowi jeden z kluczowych wymiarów rozwoju jednostki, a jego zakłócenia mogą prowadzić do konsekwencji wykraczających poza sferę komunikacji.

W kontekście tych zależności logopedia jawi się jako dyscyplina o wyraźnie interdyscyplinarnym, a w odniesieniu do złożonych zjawisk komunikacyjnych także transdyscyplinarnym charakterze, sytuująca się na styku nauk o języku, pedagogiki, psychologii rozwojowej i medycyny (Kurkowski i Grabias, 2024; Michalik i Przebinda, 2020). Tradycyjnie logopedia koncentrowała się przede wszystkim na diagnozie i terapii zaburzeń mowy, jednak współczesne podejścia coraz mocniej akcentują znaczenie działań podejmowanych wcześniej – zanim trudności komunikacyjne utrwalały się lub zaczęły wpływać na funkcjonowanie dziecka w rodzinie, przedszkolu, szkole i grupie rówieśniczej. W takim ujęciu profilaktyka logopedyczna nie jest jedynie dodatkiem do terapii, lecz ważnym obszarem praktyki specjalistycznej, nastawionym na wspieranie rozwoju komunikacji, wczesne rozpoznawanie sygnałów ryzyka oraz tworzenie środowiska sprzyjającego rozwojowi mowy i języka.

Jak podkreśla Węsierska (2012), profilaktyka ta ma charakter wielopoziomowy i systemowy, ponieważ obejmuje zarówno działania powszechne, kierowane do szerokich grup odbiorców, jak i działania adresowane do osób szczególnie narażonych na

trudności komunikacyjne lub już ich doświadczających. Klasyczny podział wyróżnia profilaktykę pierwotną, wtórną i trzeciorzędową, jednak granice między tymi poziomami nie zawsze są ostre i zależą od kontekstu społecznego, instytucjonalnego oraz indywidualnych potrzeb jednostki.

Profilaktyka pierwotna odnosi się do działań o charakterze powszechnym, których istotą jest tworzenie warunków sprzyjających rozwojowi językowemu oraz upowszechnianie wiedzy na temat jego prawidłowego przebiegu. Obejmuje ona w szczególności rodziców i opiekunów, którzy odgrywają kluczową rolę w kształtowaniu środowiska językowego (Kaczorowska-Bray i Milewski, 2016). W tym kontekście coraz większe znaczenie przypisuje się jakości interakcji dorosły–dziecko, responsywności komunikacyjnej oraz tworzeniu bogatego, stymulującego środowiska językowego. Współczesne badania wskazują ponadto, że działania profilaktyczne mogą i powinny obejmować bardzo wczesne etapy życia, w tym okres prenatalny i perinatalny, co wiąże się z potrzebą integrowania wiedzy logopedycznej z edukacją zdrowotną i wsparciem rodziny. Należy przy tym pamiętać, że beneficjentami profilaktyki pierwotnej mogą być osoby w każdym wieku, także seniorzy.

Profilaktyka wtórna koncentruje się na wczesnym wykrywaniu nieprawidłowości w rozwoju mowy i języka. Jej kluczowym elementem są badania przesiewowe, które pozwalają na identyfikację dzieci i dorosłych wymagających pogłębionej diagnozy oraz wsparcia. Znaczenie wczesnej interwencji podkreślane jest w licznych badaniach, które wskazują, że szybkie podjęcie działań terapeutycznych istotnie zwiększa ich efektywność oraz ogranicza ryzyko wtórnych trudności, m.in. w obszarze uczenia się, funkcjonowania społecznego czy dobrostanu psychicznego (Paul i Norbury, 2012). Jednocześnie pojawia się pytanie o dostępność i systemowość takich działań w praktyce edukacyjnej i ochrony zdrowia.

Profilaktyka trzeciorzędowa obejmuje działania podejmowane wobec osób z rozpoznanymi zaburzeniami komunikacji, a ich celem jest nie tylko usprawnianie funkcji językowych, lecz także zapobieganie dalszym konsekwencjom trudności. W tym ujęciu profilaktyka spleta się z terapią, tworząc kontinuum oddziaływań wspierających rozwój i jakość życia jednostki. Szczególnego znaczenia nabiera tu perspektywa funkcjonalna, uwzględniająca realne potrzeby komunikacyjne osoby oraz jej funkcjonowanie w środowisku społecznym.

Tak rozumiana profilaktyka logopedyczna wykracza poza ramy indywidualnej pracy specjalisty i nabiera charakteru zadania społecznego. Jej skuteczność zależy bowiem od współdziałania wielu podmiotów – od rodziny, instytucji ochrony zdrowia, przez środowiska edukacyjne, po system wsparcia społecznego i przestrzeń medialną. W dobie cyfryzacji i rosnącej roli mediów społecznościowych pojawia się dodatkowo pytanie o jakość i wiarygodność rozpowszechnianych treści dotyczących rozwoju mowy oraz o ich wpływ na praktyki wychowawcze i edukacyjne.

Dlatego profilaktyka logopedyczna wymaga dziś ponownego namysłu. Nie chodzi już wyłącznie o pytanie, czy należy zapobiegać trudnościom komunikacyjnym, ale o to, jak robić to systemowo, odpowiedzialnie i z udziałem różnych środowisk: rodziny, placówek edukacyjnych, ochrony zdrowia, pomocy społecznej oraz mediów. Nadal otwarte pozostają pytania o dostępność badań przesiewowych, jakość edukacji rodziców, przygotowanie nauczycieli i specjalistów oraz o granice między rzetelną popularyzacją wiedzy a uproszczeniami obecnymi w przestrzeni medialnej.

Oddawany do rąk Czytelników numer poświęcony jest profilaktyce logopedycznej rozumianej szeroko – jako obszar działań edukacyjnych, diagnostycznych, terapeutycznych i społecznych. Interesuje nas, jakie działania o charakterze profilaktyki pierwotnej, wtórnej i trzeciorzędowej są obecnie realizowane oraz jakie podmioty uczestniczą w ich wdrażaniu.

Mamy nadzieję, że zgromadzone w niniejszym numerze artykuły będą stanowiły wkład w rozwój refleksji nad profilaktyką logopedyczną oraz inspirację do dalszych badań i działań praktycznych. Zapraszamy do lektury.

Bibliografia

- Bruner, J. (2006). *Kultura edukacji* (T. Brzostowska-Tereszkiewicz, tłum.). Universitas.
- Kaczorowska-Bray, K. i Milewski, S. (red.). (2016). *Wczesna interwencja logopedyczna*. Harmonia Universalis.
- Kurkowski, M. i Grabias, S. (red.). (2012). *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy*. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Michalik, M. i Przebinda, E. (2020). Inter- i transdyscyplinarność w opisie niemowności oraz niemówienia. W: I. Więcek-Poborczyk i J. Żulewska-Wrzosek (red.), *Interdyscyplinarność w logopedii – konieczność czy nadmiar?* (s. 15–27). Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej.
- Paul, R. i Norbury, C. (2012). *Language disorders from infancy through adolescence: Listening, speaking, reading, writing, and communicating* (wyd. 4). Elsevier.
- Tomasello, M. (2003). *Constructing a language: A usage-based theory of language acquisition*. Harvard University Press.
- Węsierska, K. (2012). Profilaktyka logopedyczna w ujęciu systemowym. W: K. Węsierska (red.), *Profilaktyka logopedyczna w praktyce edukacyjnej* (s. 25–47). Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.

Tamara Cierpiałowska

<https://orcid.org/0000-0002-5167-2128>

e-mail: tamara.cierpialowska@ignatianum.edu.pl

Ignatianum University in Cracow, Poland

Introduction

Contemporary approaches to human development increasingly place communicative and linguistic competence at the center of cognitive, social, and cultural processes. Language serves not only as a tool for transmitting information but also as a medium for organizing experience, enabling participation in social relationships and the construction of meaning and identity (Bruner, 2006; Tomasello, 2003). In this sense, speech and language development constitutes one of the key dimensions of individual development, and disruptions in its development can lead to consequences beyond the sphere of communication.

In the context of these interdependencies, speech therapy appears as a clearly interdisciplinary discipline, and in the case of complex communication phenomena, also transdisciplinary, situated at the intersection of linguistic sciences, pedagogy, developmental psychology, and medicine (Kurkowski & Grabias, 2012; Michalik & Przebinda, 2020). Traditionally, speech therapy has focused primarily on the diagnosis and treatment of speech disorders, but contemporary approaches increasingly emphasize the importance of early intervention – before communication difficulties become established or begin to impact a child’s functioning within the family, preschool, school, and peer group. In this approach, preventative speech therapy is not merely an adjunct to therapy, but an important area of specialized practice, focused on supporting communication development, early recognition of risk signals, and creating an environment conducive to speech and language development.

As Węsierska (2012) emphasizes, this prevention is multi-level and systemic, encompassing both general interventions targeted at broad audiences and those specifically targeted at individuals particularly vulnerable to or already experiencing communication difficulties. The classic division distinguishes primary, secondary, and tertiary

prevention, but the boundaries between these levels are not always clear-cut and depend on the social and institutional context and the individual's individual needs.

Primary prevention refers to universal interventions aimed at creating conditions conducive to language development and disseminating knowledge about its proper course. It particularly encompasses parents and guardians, who play a key role in shaping the language environment (Kaczorowska-Bray & Milewski, 2016). In this context, increasing importance is being placed on the quality of adult-child interactions, communicative responsiveness, and the creation of a rich, stimulating language environment. Contemporary research also indicates that preventive measures can and should cover the very early stages of life, including the prenatal and perinatal periods, which requires integrating speech therapy knowledge with health education and family support. It is important to remember that primary prevention can benefit people of all ages, including seniors.

Secondary prevention focuses on the early detection of speech and language developmental disorders. A key element is screening, which allows for the identification of children and adults requiring in-depth assessment and support. The importance of early intervention is emphasized in numerous studies, which indicate that prompt therapeutic intervention significantly increases its effectiveness and reduces the risk of secondary difficulties, including those related to learning, social functioning, and mental well-being (Paul & Norbury, 2012). At the same time, questions arise about the availability and systematic nature of such interventions in educational and health-care practice.

Tertiary prevention encompasses interventions for individuals with diagnosed communication disorders, aimed not only at improving language functions but also at preventing further consequences of the difficulties. In this approach, prevention intertwines with therapy, creating a continuum of interventions that support the individual's development and quality of life. A functional perspective, taking into account the individual's actual communication needs and their functioning in the social environment, is particularly important here. Speech therapy prevention, understood in this way, transcends the individual work of a specialist and takes on the character of a social task. Its effectiveness depends on the cooperation of many entities – from families, healthcare institutions, educational communities, the social support system, and the media landscape. In the age of digitalization and the growing role of social media, additional questions arise about the quality and credibility of disseminated content regarding speech development and its impact on educational and parenting practices.

Therefore, speech therapy prevention requires a rethink today. It is no longer simply a question of whether communication difficulties should be prevented, but rather how to do it systematically, responsibly, and with the participation of various groups:

family, educational institutions, healthcare, social services, and the media. Questions remain about the availability of screening tests, the quality of parental education, the preparation of teachers and specialists, and the boundaries between reliable knowledge dissemination and the simplifications present in the media landscape.

This issue is dedicated to speech therapy prevention, broadly defined – as an area of educational, diagnostic, therapeutic, and social activities. We are interested in what primary, secondary, and tertiary prevention activities are currently being implemented and which entities are participating in their implementation.

We hope that the articles collected in this issue will contribute to the development of reflection on speech therapy prevention and inspire further research and practical action. We invite you to read.

References

- Bruner, J. (2006). *Kultura edukacji* (T. Brzostowska-Tereszkiewicz, Trans.). Universitas.
- Kaczorowska-Bray, K., & Milewski, S. (Eds.). (2016). *Wczesna interwencja logopedyczna*. Harmonia Universalis.
- Kurkowski, M., & Grabias, S. (Eds.). (2012). *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy*. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Michalik, M., & Przebinda, E. (2020). Inter- i transdyscyplinarność w opisie niemowności oraz niemówienia. In I. Więcek-Poborczyk & J. Żulewska-Wrzosek (Eds.), *Interdyscyplinarność w logopedii – konieczność czy nadmiar?* (pp. 15–27). Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej.
- Paul, R., & Norbury, C. (2012). *Language disorders from infancy through adolescence: Listening, speaking, reading, writing, and communicating* (4th ed.). Elsevier.
- Tomasello, M. (2003). *Constructing a language: A usage-based theory of language acquisition*. Harvard University Press.
- Węsierska, K. (2012). Profilaktyka logopedyczna w ujęciu systemowym. In K. Węsierska (Ed.), *Profilaktyka logopedyczna w praktyce edukacyjnej* (pp. 25–47). Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.

ARTYKUŁY TEMATYCZNE

•
THEMATIC ARTICLES



Katarzyna Ita Bieńkowska

<https://orcid.org/0000-0002-9325-0388>

e-mail: katarzynabienkowska@aps.edu.pl

Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej, Polska

Stymulowanie rozwoju funkcji słuchowych jako podstawowy obszar profilaktyki logopedycznej prowadzonej w żłobku

Stimulating the Development of Auditory Functions as a Key Area of Speech Therapy Prevention in Nurseries

KEYWORDS ABSTRAKT

auditory functions,
speech development,
nursery, speech
therapy prevention,
auditory-verbal
education, nursery
carer

This article aims to reflect on the development of auditory functions and the currently recognised need for their deliberate stimulation in hearing children up to the age of three. The development of auditory functions is most rapid between birth and age 3 and is closely linked to language acquisition. Consequently, the study focuses on basic speech and language therapy prevention through auditory-verbal education provided in childcare settings. The article presents a preliminary assessment of nursery care in this area and identifies activities aimed at developing auditory skills within the framework of nursery education. A diagnostic survey method was used in the pilot study. Data were collected using a questionnaire administered to carers employed in 12 state-run nurseries in the Podkarpackie Province (Poland). The survey was designed to identify initial needs related to group preventive activities in nursery settings. The findings indicate a need to update both knowledge and practice regarding the use of auditory-verbal education in the daily routine of working with nursery-age children. This includes activities such as conversation, reading aloud, and music-making. The final section offers practical recommendations and identifies key areas where support for children's auditory and verbal development is advisable, including preventive measures to be implemented in childcare settings.

SŁOWA KLUCZE **ABSTRAKT**

funkcje słuchowe,
rozwój mowy,
żłobek, profilaktyka
logopedyczna,
wychowanie
słuchowo-werbalne,
opiekun w żłobku

Celem niniejszego artykułu jest refleksja nad rozwojem funkcji słuchowych oraz zauważaną współcześnie koniecznością ich świadomej stymulacji u słyszących dzieci do trzeciego roku życia. Rozwój funkcji słuchowych u dzieci przebiega najintensywniej w okresie od urodzenia do trzeciego roku życia i obligatoryjnie koreluje z procesem nabywania mowy. W związku z tym problematyka badawcza skoncentrowana jest wokół podstawowej profilaktyki logopedycznej związanej z wychowaniem słuchowo-werbalnym prowadzonym w placówkach opiekuńczych. Ocenia wstępnie stan opieki żłobkowej w tym zakresie i wskazuje działania mające na celu kształcenie umiejętności słuchowych w ramach opieki żłobkowej. Do badań pilotażowych wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego. Rozpoznaniu wstępnych potrzeb w zakresie profilaktyki grupowej w żłobku posłużyła ankieta przeprowadzona wśród opiekunek z 13 placówek państwowych województwa podkarpackiego (Polska). Wyniki badań wskazały na konieczność aktualizacji wiedzy i praktyki w zakresie stosowania wychowania słuchowo-werbalnego (w tym rozmowy, czytania dzieciom, muzykowania) w codziennej rutynie pracy z dziećmi w wieku żłobkowym. W ostatniej części ujęto konkretne wskazówki i określono obszary, w których zaleca się wsparcie rozwoju słuchowo-werbalnego dzieci, obejmujące działania profilaktyczne w placówkach opieki nad dziećmi.

Wstęp

Rozwój funkcji słuchowych (nazywanych także umiejętnościami słuchowymi) u dzieci przebiega najintensywniej w okresie od urodzenia do trzeciego roku życia i obligatoryjnie koreluje z procesem nabywania mowy (ASHA, 2005; Kurkowski, 2013). Akwizycja języka u przeważającej części słyszących, neurotypowych dzieci jest procesem naturalnym, samoistnym i uwarunkowanym wrodzonymi predyspozycjami neurobiologicznymi oraz stymulacją środowiskową (Porayski-Pomsta, 2023). Badania dotyczące rozwoju mowy dziecka odbywają się w kilku zasadniczych nurtach – behawiorystycznym, generatywnym, społeczno-interakcyjnym i kognitywnym, które w różny sposób operacjonalizują proces nabywania mowy przez dziecko. Wspólnym punktem wszystkich nurtów jest uznanie znaczenia kontaktu werbalnego z osobami dorosłymi, których obecność w tym procesie jest niezbędna, choć rozumiana w różny sposób – jako wzór do naśladowania kodu językowego, źródło kontaktu ze strumieniem mowy czy aktywne dopasowywanie stylu mówienia do poziomu rozumienia dziecka i budowanie pola uwagi (Chomsky, 2005; Tomasello, 2002; Bremer, 2013; Kuszak, 2016). W perspektywie ewolucyjnej sprawny układ słuchowy odgrywał kluczową rolę, w pierwszej kolejności warunkując przetrwanie poprzez szybkie

reagowanie na bodźce akustyczne otoczenia, a następnie stając się neurobiologicznym podłożem rozwoju mowy niezbędnej do funkcjonowania społecznego, pierwotnie poprzez kontakt z fonicznym strumieniem mowy (Porayski-Pomsta, 2023). Obecnie obserwuje się:

1. Przewagę bodźców wzrokowych w środowisku rozwojowym dziecka, począwszy od najwcześniejszych etapów ontogenezy, co prowadzi do dominacji stymulacji wizualnej w kształtowaniu funkcji poznawczych (Spitzer, 2013; Young, 2018; Cieszyńska-Rożek, 2019; Rowicka, 2023).
2. Relacyjny deficyt kontaktów zauważany w życiu społecznym – środowisku rodzinnym, edukacyjnym – może prowadzić do depriwacji rozwoju funkcji słuchowych i mowy poprzez ograniczenie naturalnych bodźców stymulujących ich rozwój, w tym rozmowy, obserwacji i podsłuchiwania komunikacji innych, śpiewania, samodzielnego czytania czy słuchania czytanego tekstu (Lindsay i Docrell, 2012; Bienkowska, 2012; Cieszyńska-Rożek, 2019; Law i in., 2017).

W pedagogice specjalnej termin „wychowanie słuchowo-werbalne” dotychczas był używany w odniesieniu do populacji dzieci z uszkodzeniem słuchu (Csányi, 1994; Krakowiak, 2012). Jednak aktualny kontekst cywilizacyjny, w tym nadmierna ekspozycja na bodźce wzrokowe, uzasadnia rozszerzenie tego podejścia na populację dzieci rozwijających się typowo jako element szeroko rozumianej profilaktyki zakłóceń rozwoju mowy i zaburzeń komunikacji werbalnej o podłożu funkcjonalnie słuchowym. Obejmuje ona przede wszystkim planowane działania obejmujące intencjonalne stymulowanie rozwoju funkcji (umiejętności) słuchowych rozumianych jako elementy procesu percepcji dźwięków, ich różnicowania, przetwarzania i wzajemnych powiązań. Zalicza się do nich m.in.: recepcję (odbiór), rozróżnianie (dyskryminowanie), lokalizację i wyodrębnianie dźwięków (słuch mowny), semantyzację i pamięć słuchową (Kurkowski, 2013).

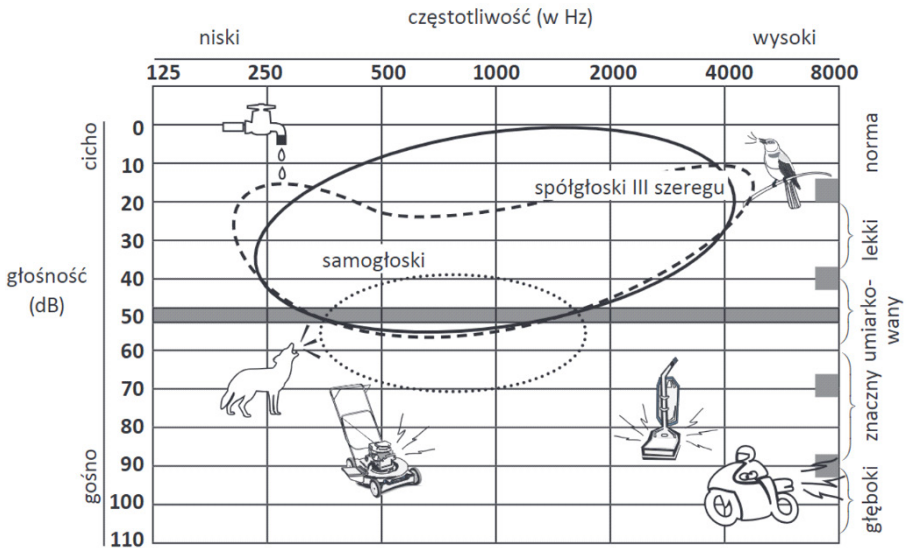
Odpowiedzialność za wszechstronny rozwój dziecka, w tym rozwój funkcji słuchowych i mowy, w przypadku dzieci uczęszczających do żłobków spoczywa na wiedzy, umiejętnościach opiekunów i rozwiązaniach prawnych i organizacyjnych przyjętych w placówkach (Podgórska-Jachnik, 2009; Jegier, 2020; Jegier i Mikler-Chwastek, 2024; MRPiPS, 2025; Rozporządzenie..., 2024). Złożoność tego zagadnienia skłania do pogłębionej refleksji oraz podjęcia naukowo-implikacyjnych rozważań nad koniecznością poszukiwania adekwatnych rozwiązań w omawianym obszarze.

Rozwój funkcji słuchowych u dzieci

Prawidłowo funkcjonujący układ słuchowy umożliwia przede wszystkim słyszenie – recepcję dźwięków rozumianą jako mimowolną zdolność odbioru i przetwarzania

fal dźwiękowych przez układ słuchowy. Efektem działania słuchu fizjologicznego jest powstawanie wrażeń słuchowych, za których odbiór odpowiadają niższe piętra drogi słuchowej w mózgu. Dźwięki odbierane przez zmysł słuchu pozwalają na rozwój pierwszej, najważniejszej funkcji – słuchania (uwagi słuchowej), czyli świadomej, aktywnej zdolności odbioru i przetwarzania fal dźwiękowych poprzez selekcję informacji dźwiękowych w celu nadania im sensu. Funkcja ta doskonali się z wiekiem pod wpływem liczby i jakości bodźców dźwiękowych docierających do otoczenia w zakresie częstotliwości 20–20 000 Hz, które stymulują układ słuchowy. Jednak szczególne znaczenie dla rozwoju komunikacji werbalnej ma słuchanie – celowe koncentrowanie się na dźwiękach w zakresie 250–ok. 6000 Hz, odpowiadającym tzw. polu słuchowemu mowy (ryc. 1). Anatomiczne lub fizjologiczne ograniczenia w zakresie słyszenia – uszkodzenie słuchu – mogą być przyczyną opóźnienia lub zaburzenia rozwoju mowy u małych dzieci i wymagają podjęcia specjalistycznego postępowania audiologiczno-surdologicznego (Bieńkowska, 2022).

Ryc. 1. Klasyczny audiogram ilustrujący zakres pola słuchowego



Legenda: --- orientacyjne pole mowy, ... orientacyjne pole intonacji, ■ minimalna głośność instrumentów zabawkowych, □ - stopień uszkodzenia słuchu

Źródło: rycina własna, Bieńkowska, 2012, s. 32.

Neurony drogi słuchowej i ośrodki korowe są plastyczne (szczególnie do 18. miesiąca życia), a ich rozrost i zachodzące w nich zmiany są aktywowane zarówno genetycznie, jak i przez interakcję ze środowiskiem. Trzy kluczowe aspekty, które wpływają na kształtowanie się funkcji neuronów drogi słuchowej oraz pól korowych odpowiedzialnych za rozwój mowy to:

- a) anatomia i funkcjonowanie wielopiętrowego i złożonego układu słuchowego (od małżowiny usznej aż do ośrodków korowych w płatach skroniowych),
- b) wpływ doświadczenia słuchowego na kształtowanie się pól asocjacyjnych,
- c) zakłócenia w przewodzeniu sygnału dźwiękowego związane z różnego rodzaju uszkodzeniami słuchu (Sharma i in., 2005; Kral, 2013).

Słyszenie i słuchanie dźwięków otoczenia, muzycznych i mowy warunkują sekwencyjne kształtowanie kolejnych precyzyjnych umiejętności słuchowych (tab. 1). Część z nich dojrzewa w pełni w ciągu pierwszych trzech lat życia, natomiast pozostałe są w tym okresie inicjowane i ulegają doskonaleniu w późniejszych okresach ontogenezy.

Tab. 1. Werbalne i niewerbalne umiejętności słuchowe, które w pełni lub częściowo rozwijają się w pierwszych trzech latach życia

Funkcje słuchowe/typ aktywności		Definicja
SŁYSZENIE BIERNE		Mimowolna zdolność odbioru i przetwarzania fal dźwiękowych przez układ słuchowy
SŁYSZENIE AKTYWNE	Rozpoznawanie dźwięków	Umiejętność odróżniania dźwięków otoczenia, muzycznych, mowy (taki sam – inny), obejmuje m.in. słuch fonemowy i prozodyczny
	Różnicowanie dźwięków (dyskryminacja)	Dopasowanie słyszanego dźwięku do wzorców zapisanych w pamięci (znany – nieznan)
	Rozróżnianie dźwięków mowy	Odróżnianie dźwięków na podstawie cech akustycznych: natężenia, częstotliwości i długości
	Lokalizacja dźwięku	Określanie miejsca i odległości źródła dźwięku w przestrzeni
	Analiza słuchowa	Umiejętność dekodowania i rozkładania dźwięków na elementy składowe
	Selektywność dźwiękowa	Wyodrębnianie sygnału dźwiękowego na tle hałasu
	Organizacja czasowa	Określenie kolejności dźwięków
	Pamięć słuchowa	Zapamiętywanie i odtwarzanie bodźców słuchowych (werbalnych i niewerbalnych)

Funkcje słuchowe/typ aktywności		Definicja
SŁYSZENIE AKTYWNE	Synteza słuchowa	Integracja dźwięków w czasie – składanie dźwięków w całość (przeciwieństwo analizy)
	Semantyzacja	Nadawanie znaczenia bodźcom słuchowym, łączenie dźwięków z pojęciami

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Gilmore, 1999; ASHA, 2005; Kurkowski, 2002, 2013, przy porządkowaniu danych i wstępnej redakcji użyto Perplexity)

U słyszących dzieci stymulacja układu słuchowego przebiega w sposób naturalny poprzez zanurzenie w środowisku słuchowym – bogatym w dźwięki natury, muzyczne i przede wszystkim mowy. Ich odbiór wpływa na zachodzące procesy neurobiologiczne: migrację, agregację, wzrost aksonów, obumieranie neuronów i tworzenie się połączeń międzysynaptycznych oraz reorganizację synaps w układzie słuchowym (Flexer, 2011; Chen i Yuan, 2015). Badania wskazują na zależność pomiędzy doświadczeniem słuchowym a tworzeniem się synaps i liczbą połączeń między neuronami, a tym samym wzrost potencjału analitycznego w zakresie mowy u dzieci (Kornas-Biela, 2003; Kurkowski, 2013). Ponadto istnieje korelacja pomiędzy rozwojem neuronalnym a występowaniem okresów krytycznych dla rozwoju połączeń synaptycznych, np. w pierwotnej korze słuchowej następuje gwałtowny rozwój połączeń synaptycznych w 4. miesiącu życia, a maksymalna ich gęstość występuje w 7. i 8. miesiącu życia (Sharma i in., 2005). U słyszących dzieci drzewa dendrytowe rozrastają się w ciągu kilku pierwszych lat życia pod wpływem doświadczeń związanych z percepcją dźwięków. Proces ten jest najbardziej intensywny pomiędzy 2. a 4. r. życia dziecka. Następnie około 6. r. życia następuje kolejny etap reorganizacji słyszenia, a liczba dendrytów i połączeń synaptycznych w tym wieku zmniejsza się na rzecz ich specjalizacji i skuteczności (Nicolay-Pirmolin, 2003; Kaczmarzyk i Kopeć, 2012).

Krytyczny okres rozwoju funkcji słuchowych i mowy przypadający na wiek żłobkowy jest determinowany w porównywalnym stopniu przez czynniki endogenne (wiek dziecka) oraz egzogenne, w szczególności przez zakres i jakość stymulacji środowiskowej obejmującej dźwięki otoczenia, muzyki i mowy. W konsekwencji tradycyjne ogniwa wychowania słuchowo-werbalnego, takie jak rozmowa z dziećmi, czytanie na głos i śpiewanie należy uznać za niezastąpione, codzienne, powtarzalne elementy profilaktyki logopedycznej w programach opieki żłobkowej.

Badania pilotażowe

W marcu 2026 przeprowadzono ankietowe pilotażowe badanie sprawdzające, w jakim zakresie najbardziej oczywiste ogniwa wychowania słuchowo-werbalnego – rozmowa, czytanie i muzykowanie – są stosowane w codziennej rutynie opiekuńczej w grupach żłobkowych. W szczególności zapytano o częstotliwość czytania dzieciom na głos, długość „sesji czytelniczej”, rodzaj indywidualnej lub grupowej interakcji czytelniczej oraz form wychowania muzycznego i muzyczno-werbalnego podejmowanego z dziećmi. Ankiety przesłano na platformie Teams do 50 osób, które uczestniczyły w szkoleniu dla opiekunek żłobkowych. Odpowiedzi udzieliło 37 kobiet zatrudnionych w 13 z 14 funkcjonujących publicznych placówek z dwóch miast południowo-wschodniej Polski. Placówki te szacunkowo obsługują co najmniej 1500 dzieci. Większość respondentek (ponad 75%) była w wieku powyżej 31 lat, a ich staż pracy zawodowej wynosił ponad 5 lat. Respondentki sprawowały opiekę nad grupami dzieci: poniżej pierwszego roku życia – 5%, w drugim roku życia – 27%, w trzecim roku życia – 22% (tab. 1).

Tab. 2. Dane epidemiologiczne i dotyczące zakresu wykorzystania wychowania słuchowego uzyskane w badaniu pilotażowym

Staż pracy opiekunek	0–5	6–10	11–15	>15
N (%)	8 (22)	17 (46)	9 (24)	3 (8)
Wiek opiekunek (w latach)	20–30	31–40	41–50	więcej
N (%)	2 (5)	17 (46)	16 (43)	2 (5)
Wiek dzieci w grupie (w mies.)	6–12	13–24	25–36	grupa mieszana
N (%)	2 (5)	10 (27)	22 (22)	3 (8)
Liczba godzin, które dzieci spędzają dziennie w żłobku	5–6	7	>8	inny
N (%)	0	1 (3)	30 (81)	6 (16)
Rozmowy z dziećmi w grupie				
Częstotliwość	bardzo często	często	przeciętnie	rzadko
N (%)	37 (100)	0	0	0

Czytanie na głos dzieciom					
Częstotliwość	codziennie	dwa razy dziennie	kilka razy w tygodniu	rzadko	
N (%)	15	4	17	1	
Długość	ok. 5 min	ok. 10 min.	ok. 20 min.	inne	
N (%)	17	20	0	0	
Rodzaj interakcji	indywidualnie	grupa chętnych	wszyscy obecni	inne	
N (%)	4 (9)	13 (28)	30 (64)	0	
Muzykowanie w grupie					
Słuchanie nagrań	codziennie	kilka razy w tygodniu	okazjonalnie	brak	
N (%)	30 (81)	2 (6)	3 (8)	2 (5)	
Formy muzykowania (wybór kilku)	granie na zabawkowych instrumentach muzycznych	<i>a capella</i> śpiewanie piosenek	śpiewanie z nagrany podkładem	zajęcia z osobą, która gra na instrumencie muzycznym	logorytmika
N	24	32	15	3	23

Źródło: opracowanie własne – do wstępnego porządkowania danych i wstępnej redakcji użyto Perplexity.

Z analizy odpowiedzi uzyskanych w badaniu ankietowym wynika, że 84% dzieci pozostających pod opieką respondentów spędza w żłobku istotną część dnia – co najmniej 7 godz. Wyniki wskazały na dominację różnego rodzaju zajęć rytmizujących i muzycznych przy mniejszym, choć regularnym zaangażowaniu w codzienne czytanie. Najpopularniejszą aktywnością stymulującą rozwój funkcji słuchowych jest słuchanie muzyki, śpiewanie piosenek *a capella* pod przewodnictwem opiekuna oraz granie na zabawkowych instrumentach przez dzieci. Bardzo rzadko opiekunowie bawią się z dziećmi w zabawy rytmiczno-ruchowe (typu tradycyjne: *Stary niedźwiedź mocno śpi* czy *Rolnik siał w dolinie* itp.). Czytanie na głos jest podejmowane najczęściej codziennie lub co najmniej kilka razy w tygodniu (5–10 min), najczęściej w całej grupie dzieci. Respondenci wskazali, że w ok. 30% badanych żłobków prowadzone są dwa razy w tygodniu grupowe, profilaktyczne zajęcia logopedyczne (10–15 min). Niewiele dzieci ma kontakt z instrumentami – tylko w jednym żłobku regularnie odbywają się zajęcia muzyczne (gra na gitarze). W odpowiedziach opiekunek dotyczących

zaangażowania w wychowanie słuchowo-werbalne przeważały wskazania: „robię to, co mogę, tak często, jak się da” (70%), „robię to zawsze” (27%). Należy podkreślić, że ponad 80% kobiet miało problemy z głosem (w tym połowa w okresie przeziębień). Pilotażowe badania własne, choć ograniczone zasięgiem i liczebnością badanej grupy, dostarczyły wstępnych danych wskazujących na częściowe ograniczenie tradycyjnych ogniw wychowania słuchowo-werbalnego w wychowaniu żłobkowym.

Wspieranie rozwoju funkcji słuchowych dzieci w wieku żłobkowym – wnioski i implikacje praktyczne

Wychowanie słuchowo-werbalne, rozumiane jako najważniejszy element profilaktyki zaburzeń komunikacji, prowadzone jest na trzech poziomach: w rodzinie, następnie w instytucjach opiekuńczo-edukacyjnych oraz w ramach wyspecjalizowanej terapii logopedycznej (ryc. 2).

Ryc. 2. Wsparcie rozwoju funkcji słuchowych i mowy na trzech poziomach profilaktyki w okresie żłobkowym



Źródło: opracowanie własne.

Opiekun w żłobku jest jedną z pierwszych osób, które obok rodziców uważnie i systematycznie obserwują rozwój dziecka. Z tego względu istotne jest, aby posiadał kompetencje pozwalające na dokonanie wstępnej, orientacyjnej oceny rozwoju funkcji słuchowych. Wczesna identyfikacja ewentualnych nieprawidłowości ma kluczowe znaczenie dla podjęcia odpowiednich działań diagnostycznych, leczniczych i terapeutycznych. W celu ułatwienia obserwacji i rozpoznawania potencjalnych opóźnień lub zaburzeń w rozwoju umiejętności słuchowych poniżej zamieszczono zestawienie minimalnych umiejętności słuchowych, jakie dziecko powinno osiągnąć do trzeciego roku życia (tab. 2).

Tab. 3. Karta obserwacji umiejętności słuchowych dziecka w żłobku

Umiejętność słuchowa	Ocena reakcji (jest/nie ma)
Reakcja na dźwięki otoczenia i muzykę	Reaguje na głośne, niskie dźwięki z odległości co najmniej 1 m
	Reaguje na muzykę z mocnym rytmem Zwraca uwagę na muzykę w pomieszczeniu i na zewnątrz
	Reaguje na dźwięki otoczenia w pomieszczeniu i na zewnątrz
	Reaguje na muzykę ruchem, tańcem lub klaskaniem
	Lokalizuje źródło dźwięku, odwracając głowę
Rozpoznawanie głosów i mowy	Rozpoznaje głosy znanych osób – opiekunów, innych dzieci
	Przysłuchuje się rozmowom innych przez ok. 1 minutę
	Słucha ze skupieniem czytanego tekstu przez min. 1 minutę
	Reaguje na swoje imię z odległości 3 m
	Uważnie słucha własnego głosu i głosów innych
Rozumienie	Pokazuje gesty na słyszane słowa (np. „pa, pa”, „cii”, „nie”, „nie ma”)
	Kojarzy dźwięk z obiektem/wydarzeniem (np. dzwonek – drzwi, lub brzdęk talerzy – posiłek)
	Rozpoznaje 10 wyrazów dźwiękonaśladowczych Rozumie pojedyncze słowa i proste zdania
	Reaguje na polecenia (np. „pokaż oko”, „nie dotykaj”, „podejdź tutaj”)
	Rozróżnia znaczenie zdań na podstawie słów kluczowych
	Rozróżnia podobne słowa w sekwencjach np. „Kot pije mleko – kot pije wodę”

Umiejętność słuchowa	Ocena reakcji (jest/nie ma)
Zabawa instrumentami	Bawi się zabawkami dźwiękowymi i instrumentami (cymbalki, grzechotki) Interesuje się dźwiękami instrumentów muzycznych
Wokalizacja i naśladowictwo mowy	Lubi bawić się głosem i naśladować (np. „A ram sam sam”)
	Naśladuje dźwięki otoczenia (np. odgłosy zwierząt)
	Naśladuje szept (np. w czasie zabawy w głuchy telefon)
	Mówi pojedyncze zrozumiałe słowa
	Mówi proste, zrozumiałe zdania
	Powtarza rymowanki (np. „Lata osa koło nosa”)
	Śpiewa krótkie piosenki lub ich fragmenty – niekoniecznie w pełni poprawnie

Źródło: opracowanie własne.

W przypadku uzyskania dwóch odpowiedzi negatywnych wskazana jest konsultacja z logopedą lub audiofonologiem w celu oceny rozwoju funkcji słuchowych. Należy również uwzględnić reakcję nadmierną (hiperintensywność – np. zatykanie uszu, wokalizacje o charakterze pisków), jak i ograniczoną lub całkowity brak reakcji na dźwięki.

Zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa ustawa regulująca funkcjonowanie instytucji opieki nad dziećmi do lat trzech nakłada obowiązek zapewnienia opieki i warunków wspierających rozwój dziecka (MRPiPS, 2025; Rozporządzenie..., 2024). Podkreślane jest znaczenie oddziaływań profilaktycznych w obszarze rozwoju komunikacyjnego i społeczno-emocjonalnego dzieci (Jegier i Mikler-Chwastek, 2024). Pomimo istniejących regulacji obserwuje się niewystarczające uwzględnienie w codziennych czynnościach opiekuńczych aktywności wspierających rozwój słuchowo-werbalny dzieci w wieku żłobkowym. W związku z powyższym zaleca się, aby oddziaływania profilaktyczne skupiały się głównie na kształtowaniu umiejętności słuchowych poprzez intensyfikację lub implementację do codziennej rutyny opiekuńczo-żłobkowej następujących aktywności:

- a) Stwarzanie sytuacji do „minisesji komunikacyjnych” – rozmowy dorosłego z dzieckiem lub grupą dzieci, np. na tematy dotyczące codziennych czynności i zabaw, doświadczeń, pogody, emocji, jadłospisu itp.

- b) Modelowanie sytuacji zachęcających dzieci do wchodzenia w sytuacje komunikacyjne (werbalne i niewerbalne) pomiędzy sobą.
- c) Zwracanie uwagi na dźwięki otoczenia w sali i w czasie spacerów, np. poszukiwanie źródła dźwięków, rozpoznawanie dźwięków, przysłuchiwanie się ptakom, szumowi wiatru, częste pytanie dzieci: „posłuchaj, co/kogo słyszysz?”.
- d) Naśladowanie dźwięków otoczenia, np. zwierząt – „jak ryczy lew?”.
- e) Codzienne czytanie lub opowiadanie z modulacją głosu, np. obrazków, otoczenia, relacjonowanie wydarzeń – ok. 10 min (także w zmiennych warunkach akustycznych np. na placu zabaw).
- f) Wielokrotne powtarzanie krótkich wierszyków, np. „Lata osa koło nosa”, „Idzie kominiarz po drabinie”.
- g) Powtarzanie tekstów czytanych lub słuchanych z nagrania co najmniej kilkakrotnie.
- h) Zwolnienie tempa mowy oraz mówienie głośno i wyraźnie (bez podnoszenia wysokości głosu).
- i) Śpiewanie *a cappella* wielokrotnie powtarzalnych tych samych 2–3 piosenek.
- j) Śpiewanie piosenek ilustrowanych ruchem ciała lub/i gestem oraz mimiką, np. „Jedzie pociąg z daleka”.
- k) Zabawy rytmiczno-ruchowe – powtarzalne wielokrotnie tych samych 3–4 zabaw (wprowadzanie nowych po utrwaleniu i wysyceniu tymi samymi).
- l) Codzienne słuchanie muzyki 1–2 minuty bez ruchu (słuchanie jako czynność).
- m) Słuchowe zabawy pobudzająco-wyciszające:
 - z autokontrolą głosu np. głośne „aaaa” – cisza, śpiewanie głośno – cicho, mówienie szeptem;
 - słuchowo-ruchowe niewerbalne, typu – jest dźwięk/jest ruch – nie ma dźwięku/nie ma ruchu;
 - słuchowo- ruchowe werbalne, typu „Muchy latają – pajak idzie”, „Idzie lisek koło drogi”;
 - rytmiczno-ruchowe, np. „A ram sam sam”, „Głowa, ramiona – kolana, pięty”.
- n) Muzykowanie z instrumentami zabawkowymi, w tym: samodzielna zabawa, naśladowanie opiekuna, np. wybijanie prostego rytmu szybko – wolno, rozpoznawanie słuchowe instrumentów.
- o) Muzykowanie z instrumentami – jak najczęstszy kontakt z muzyką graną na żywo.
- p) Zapewnienie jak najlepszych warunków akustycznych do słuchania (wyciszenie sal, korytarzy, jadalni).
- q) W dalszej kolejności wykorzystanie nagrań (konieczne są dobrej jakości nagrania i sprzęt je odtwarzający).

- r) Stworzenie przestrzeni do regularnej komunikacji w triadzie dziecko – rodzic – opiekun żłobkowy poprzez montaż tablic sprzyjających rozmowie na korytarzu (np. jadalnia, tablica emocji), przekazywanie tekstów piosenek itp.

Opisane powyżej wskazówki stymulują rozwój umiejętności słuchowych oraz wspierają rozwój kompetencji językowych i społecznych. Ich stosowanie nie wymaga specjalistycznej wiedzy niezbędnej do prowadzenia terapii logopedycznej – koniecznej w przypadku zakłóceń lub zaburzeń w procesie nabywania mowy (por. np. Bińkowska, 2012; Emiluta-Roza, 2024).

Podsumowanie

Rozwój funkcji słuchowych u dzieci to ewolucyjnie naturalny proces, automatycznie przebiegający pod wpływem stymulacji środowiskowej. Natomiast zmiany cywilizacyjne związane z dominacją bodźców wzrokowych nad słuchowymi oraz endogenne i egzogenne czynniki utrudniające słyszenie i słuchanie wymagają podejmowania świadomych interakcyjnych działań profilaktycznych na różnych poziomach. Ogromna odpowiedzialność w tym zakresie spoczywa nie tylko na rodzinach dzieci, lecz także na opiekunach żłobkowych. Poruszony problem skłania do podejmowania szerszych refleksji i naukowych rozważań nad rozwojem funkcji słuchowych w grupie dzieci do trzeciego roku życia.

Bibliografia

- ASHA. (2005). *(Central) auditory processing disorders (Technical report)*. American Speech-Language-Hearing Association.
- Bińkowska, K.I. (2012). *Jak dzieci uczą się mówić*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Bińkowska, K.I. (2022). *Holistyczna koncepcja wspierania procesu nabywania mowy przez dzieci z uszkodzeniem słuchu w mikrosystemie rodzinnym – „Podróż do Mowy”*. Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej.
- Bremer, J. (red.). (2013). *Przewodnik po kognitywistyce*. Wydawnictwo WAM.
- Chen, Z. i Yuan, W. (2015). Central plasticity and dysfunction elicited by aural deprivation in the critical period. *Frontiers in Neural Circuits*, 2, 9–26. <https://doi.org/10.3389/fncir.2015.00026>
- Chomsky, N. (2005). *O naturze i języku* (J. Lang, tłum.). Axis.
- Cieszyńska-Rożek, J. (2019). *Wpływ wysokich technologii na rozwój poznawczy dzieci w wieku niemowlęcym i poniemowlęcym*. Centrum Metody Krakowskiej.
- Csányi, Y. (1994). *Słuchowo-werbalne wychowanie dzieci z uszkodzonym narządem słuchu. Model węgierski* (B. Szymańska, tłum.). Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.

- Emiluta-Roza, D. (2024). *Całościowe badanie logopedyczne z materiałem obrazkowym*. Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej.
- Flexer, C. (2011). Cochlear implants and neuroplasticity: Linking auditory exposure and practice. *Cochlear Implants International*, 12(1), 19–21. <https://doi.org/10.1179/146701011X13001035752255>
- Gilmor, T.M. (1999). The efficacy of the Tomatis Method for children with learning and communication disorders: A meta-analysis. *International Journal of Listening*, 13, 12–23. <https://doi.org/10.1080/10904018.1999.10499024>
- Jegier, A. (2020). Opiekun w żłobku – zadania, odpowiedzialność i oczekiwane kompetencje. *Kultura i Wychowanie*, 2/18, 9–20. https://doi.org/10.25312/2083-2923.18/2020_01aj
- Jegier, A. i Mikler-Chwastek, A. (2024). *Wzorcowy żłobek. Dobre praktyki w organizacji placówki opieki nad dziećmi do lat trzech*. Wydawnictwo Rozwój. <https://sowa.aps.edu.pl/document/239420>
- Kaczmarzyk, M. i Kopeć, D. (2012). Ewolucja biologiczna a procesy uczenia się i nauczania. W: G. Mazurkiewicz (red.) *Jakość edukacji. Różne perspektywy* (s. 203–214). Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Kornas-Biela, D. (2003). Okres prenatalny. W: B. Harwas-Napierała i J. Trempała (red.), *Psychologia rozwoju człowieka* (t. 2). Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Krakowiak, K. (2012). *Dar języka: Podręcznik metodyki wychowania językowego dzieci i młodzieży z uszkodzeniami narządu słuchu*. Wydawnictwo KUL.
- Kral, A. (2013). Auditory critical periods: a review from system's perspective. *Neuroscience*, 247, 117–133.
- Kurkowski, Z.M. (2002). Rozwój funkcji słuchowych u małego dziecka. *Audiofonologia*, 21, 25–38.
- Kurkowski, Z.M. (2013). *Audiogenne uwarunkowania zaburzeń komunikacji językowej*. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Kuszak, K. (2016). Małe dziecko w środowisku dorosłych: O budowaniu pozytywnej więzi z opiekunem. W: H. Krauze-Sikorska, K. Kuszak, G. Rura i K. Sadowska. *Dziecko do lat trzech w systemie opieki i edukacji. Źródła wsparcia i zagrożeń* (s. 71–94). Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza.
- Law, J., Charlton, J. i Asmussen, K. (2017). *Language as a child well-being indicator*. Early Intervention Foundation.
- Lindsay, G. i Dockrell, J.E. (2012). *The relationship between speech, language and communication needs (SLCN) and behavioural, emotional, and social difficulties*. Department for Education.
- Nicolay-Pirmolin, M. (2003). Auditory perception in the child. *Acta Oto-Rhino-Laryngologica Belgica*, 57, 237–241.
- MRPiPS. (2025). *Podręcznik dla gmin do standardów opieki nad dziećmi do lat 3*. Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej. <https://www.gov.pl/attachment/901807bb-eea9-40a4-ad42-026a73e9a220>
- Podgórska-Jachnik, D. (2009). Uzasadnienie potrzeby wczesnych oddziaływań wspomagających rozwój dziecka jako jednego z głównych kierunków rozwoju współczesnej pedagogiki specjalnej. *Niepełnosprawność*, 1, 91–102.

- Porayski-Pomsta, J. (2023). *Nasze dziecko mówi. Rozważania o rozwoju mowy dziecka*. Harmonia Universalis.
- Rowicka, M. (2023). Brzdąc w sieci 3.0 – dlaczego dzieci w wieku przedszkolnym w Polsce nadużywają urządzeń ekranowych – perspektywa rodzica. Informacje o projekcie badawczym. *Psychologia Wychowawcza*, 27, 117–121. <https://doi.org/10.5604/01.3001.0054.0914>
- Rozporządzenie w sprawie standardów opieki sprawowanej nad dziećmi w wieku do lat 3. (2024). Dz. U. 2024, poz. 1882. <https://www.gov.pl/web/rodzina/standardy-opieki-nad-dziecmi-w-wieku-do-lat-3-obowiazujace-od-1-stycznia-2026-r>
- Sharma, A., Dorman, M.F. i Kral, A. (2005). The influence of a sensitivity period on central auditory development in children with unilateral and bilateral cochlear implants. *Hearing Research*, 203(1–3), 134–143. <https://doi.org/10.1016/j.heares.2004.12.010>
- Spitzer, M. (2013). *Cyfrowa demencja. W jaki sposób pozbawiamy rozumu siebie i swoje dzieci* (A. Lipiński, tłum.). Wydawnictwo Dobra Literatura.
- Tomasello, M. (2002). *Kulturowe źródła ludzkiego poznawania*. (M. Rączaszek-Leonardi, tłum.). Państwowy Instytut Wydawniczy.
- Young, K.S. (2018). *Nowoczesne technologie a nasze dzieci: poradnik dla rodziców. Co każdy rodzic powinien wiedzieć na temat korzystania przez dziecko z nowoczesnych technologii* (M. Jastrzębski, tłum.). Fundacja Dolce Vita.

Przy porządkowaniu danych, wstępnej redakcji tabel 1–3 oraz opracowaniu bibliografii zgodnie z wytycznymi APA 7 wykorzystano Perplexity. <https://www.perplexity.ai/computer/tasks/cf5d464b-4064-4a37-9f2e-3bf34bed71e0>



Agnieszka Zalewska-Meler

<http://orcid.org/0000-0003-1924-2790>

e-mail: agnieszka.zalewska-meler@upsl.edu.pl

Uniwersytet Pomorski w Słupsku, Polska

Profilaktyka logopedyczna w działaniach nauczyciela edukacji przedszkolnej – między zaburzeniami a potencjałem rozwojowym dziecka

Speech Therapy Prevention in the Activities of a Preschool Education Teacher – Between Disorders and the Child's Developmental Potential

KEYWORDS ABSTRACT

prevention, speech therapy prevention, concepts of speech therapy, speech therapy, speech therapy care, speech therapy prevention of a preschool child, the role and workshop of a preschool education teacher

The aim of this article is to reflect on the development of speech therapy prevention in preschool. The problem is related to the role of the contemporary preschool teacher in speech therapy prevention in educational practice. The article is a theoretical review. The first part analyzes the concept of speech therapy prevention from a traditional, remedial, and a modern, developmental perspective, where an attempt was made to indicate which status is most desirable in the activities of education teachers and what is the reason for it. The attention drawn to the person of the preschool education teacher resulted from an interpretative gap in this area, i.e. a focus on speech therapy prevention activities with the participation of a speech therapist or an early childhood education teacher. Referring to speech therapy prevention understood as giving opportunities and possibilities for the harmonious development of the child by supporting the development of his speech and strengthening communication competences, the conclusions indicate: building and developing speech therapy prevention in kindergarten in the developmental approach, using various tools to assess the child's speech development for screening diagnosis and planning further support in the child's daily functioning, continuous work of teachers work workshop and creating social capital of child support based on the cooperation of teachers, parents and preschool speech therapists.

SŁOWA KLUCZE ABSTRAKT

profilaktyka,
profilaktyka
logopedyczna,
konceptje
profilaktyki
logopedycznej,
opieka
logopedyczna,
profilaktyka
logopedyczna
dziecka
przedszkolnego,
rola i warsztat pracy
nauczyciela edukacji
przedszkolnej

Celem artykułu jest refleksja nad kierunkami rozwoju profilaktyki logopedycznej w przedszkolu. Problem związany z pytaniem dotyczącym roli współczesnego nauczyciela przedszkola w działaniach profilaktyki logopedycznej w praktyce edukacyjnej. Artykuł ma charakter teoretyczno-przeglądowy. W części pierwszej przedmiotem analiz było pojęcie profilaktyki logopedycznej w ujęciu tradycyjnym, naprawczym i nowoczesnym, rozwojowym. Starano się wskazać, który jej status jest najbardziej pożądany w działaniach nauczycieli edukacji i czym jest to podyktowane. Zwrócenie uwagi na osobę nauczyciela edukacji przedszkolnej wynikało z luki interpretacyjnej w tym obszarze, czyli koncentracji na działaniach profilaktyki logopedycznej z udziałem logopedy lub nauczyciela edukacji wczesnoszkolnej. Odnosząc się do profilaktyki logopedycznej rozumianej jako dawanie szans i możliwości harmonijnego rozwoju dziecka poprzez wspieranie rozwoju jego mowy oraz wzmacnianie kompetencji komunikacyjnych, we wnioskach wskazano budowanie i rozwijanie profilaktyki logopedycznej w przedszkolu w podejściu rozwojowym, stosowanie zróżnicowanych narzędzi oceny rozwoju mowy dziecka dla diagnozy przesiewowej oraz planowania dalszego wsparcia w codziennym funkcjonowaniu dziecka, ustawicznej pracy nauczycieli nad warsztatem pracy oraz tworzenie kapitału społecznego wsparcia dziecka na bazie współpracy nauczycieli, rodziców i logopedów przedszkolnych.

Wstęp

Profilaktyka logopedyczna nie jest domeną wyłącznie specjalistów. Prowadzenie zajęć z dzieckiem w wieku od 3 do 6 lat wymaga ustawicznego udoskonalania warsztatu pracy. Pośród funkcji związanych z rolą zawodową nauczyciela edukacji przedszkolnej jest rola profilaktyczna, w której działania służące zapobieganiu określonym sytuacjom i stanom dotyczą wielu obszarów, w tym również i mowy dziecka. Pojawienie się działań profilaktycznych w kluczu kompetencyjnym nauczycieli wczesnego etapu edukacji dziecka jest ważne dla monitorowania rozwoju dziecka. Nasuwa się jednakże pytanie: jak w przestrzeni edukacyjnej to pojęcie jest rozumiane i jaką rolę przypisuje się nauczycielom edukacji przedszkolnej w tym zakresie? Odniesienie do nauczycieli wynika z często podkreślanej potrzeby ich współpracy nie tylko z rodzicami, ale i specjalistami, gdzie istotne jest oddziaływanie w zbieżnym kierunku. Celem prezentowanego tekstu jest zatem zwrócenie uwagi na zmiany kierunków profilaktyki logopedycznej, potencjał działań profilaktycznych w podejściu rozwojowym, gdzie profilaktyka zespolona z aktywnościami na rzecz harmonijnego rozwoju dziecka jest integralną częścią pracy przedszkola.

Status profilaktyki i profilaktyki logopedycznej w praktyce edukacyjnej czasu minionego

Dla porządku rozważań warto nadmienić, że pojęcie profilaktyki pierwotnie pojawiło się w obszarze medycyny w związku z działaniami mającymi na celu wczesne wykrycie i leczenie chorób. Nośny rdzeń znaczeniowy tego pojęcia, czyli zapobieganie występowaniu niekorzystnych zjawisk, stał się podstawą jego wykorzystania w obszarach pozamedycznych (Mateusiak i Gwozdecka-Wolniaszek, 2013, s. 173). W opracowaniach tego pojęcia w obszarze pedagogiki można znaleźć, że profilaktyka to ogół oddziaływań zapobiegających powstawaniu i utrwalaniu niepożądanych zjawisk w rozwoju i zachowaniu (Okoń, 2001, s. 316) poprzez usuwanie ich przyczyn, eliminowanie czynników ryzyka oraz obniżanie prawdopodobieństwa występowania zaburzeń i dysfunkcji (Kupisiewicz, 2014, s. 285). Poziomy działań profilaktycznych, określane mianem profilaktyki pierwszorzędowej, drugorzędowej i trzeciorzędowej, mają długoletnią tradycję, tzn. zostały wyodrębnione i upowszechnione za sprawą medycyny zapobiegawczej oraz medycyny wieku rozwojowego (Heszen-Niejodek i Sęk, 2020, s. 290). Pojawienie się w połowie lat 90. XX wieku krytyki wyróżnionych rodzajów profilaktyki (głównie za sprawą płynnych granic między drugim i trzecim jej poziomem, wątpliwości lokowania leczenia w obszarze działań zapobiegawczych) dało impuls do modyfikacji jej poziomów. W nowym podziale w propozycji P. Mrzaka i R. Haggerty'ego (1994, s. 29–36) profilaktyka ulega podziałowi według kryterium oceny ryzyka powstawania problemów adresatów działań profilaktycznych, stąd też wyróżniono działania profilaktyczne o charakterze uniwersalnym, selektywnym i wskazującym. W nowych poziomach profilaktyki pojawiają się nie tylko działania o charakterze naprawczym, ale i uprzedzającym. Uprzedzać oznacza tu zapobiegać zaburzeniom, deficytom przed ich pojawieniem się, co zakłada działanie oparte na obserwacji potencjalnych problemów, umocowanych w danym kontekście (Ostaszewski, 2025, s. 118–119).

Przywołane poziomy różnicowania działań profilaktycznych znalazły odzwierciedlenie również w koncepcjach profilaktyki logopedycznej, w których pobrzmiewają przemiany paradygmatyczne logopedii jako nauki. Patrząc wstecz, lata 70. XX wieku to czas, gdy pojęcie profilaktyki logopedycznej było rzadkie. Jego pojawianie się wiązało się zazwyczaj z prezentacją wad wymowy we wczesnym lub średnim dzieciństwie. Genowefa Demel (1979, s. 21), adresując rozważania do rodziców i nauczycieli, podkreślała, że profilaktyka logopedyczna powinna polegać na upowszechnianiu poprawnych wzorów mówienia, tworzeniu życzliwej atmosfery dla rozwoju mowy oraz wczesnym wykrywaniu pojawiających się zaburzeń. Zabierając głos w sprawie minimum logopedycznego dla nauczycieli przedszkola, autorka uważa ćwiczenie mowy w układzie fonetycznym, ćwiczenia oddechowe, ćwiczenia z zakresu usprawniania

artykulacji, położenia oraz ruchów narządów artykulacyjnych oraz ćwiczenia rytmizujące i słuchu fonematycznego za priorytet w kierowaniu rozwojem mowy, jak i zabezpieczeniu przed występowaniem wad i deficytów (Demel, 1983, s. 5). Realizację tych zadań Demel wiąże także z pojęciem kultury żywego słowa, czyli sztuką mówienia, tj. posługiwaniem się mową w kategoriach poprawnej fonacji, melodii mowy, tempa, dykcji oraz poprawności leksykalnej i gramatycznej (Demel, 1987, s. 62).

W podobnym tonie wypowiada się Irena Styczek (1981, s. 180), która technikę wymowy lokuje w obszarze kultury słowa. Mimo szerokiej prezentacji wad wymowy w autorskim podręczniku logopedii pojęcie profilaktyki logopedycznej tam nie występuje. Profilaktyka logopedyczna, utożsamiana z zapobieganiem wadom wymowy u dzieci w okresie rozwoju mowy poprzez zestawy ćwiczeń ortofonicznych, pojawia się w opracowaniu Elżbiety Sachajskiej (1992, s. 5–6). Ćwiczenia ortofoniczne, czyli zestawy ćwiczeń wymowy w tekstach językowych, wpisane zostają w działania kierowane do wszystkich dzieci przedszkolnych. Ich systematyczna realizacja i dostosowanie do wieku dziecka miały sprzyjać nabywaniu umiejętności poprawnej wymowy, a następnie jej wykorzystywaniu w mowie spontanicznej (Sachajska, 1992, s. 9). Mimo nadal wąskiego pojmowania profilaktyki logopedycznej – związanego z doskonaleniem umiejętności wyraźnego mówienia – działaniem sprzyjającym zapobieganiu wadom i deficytom było tworzenie i wykorzystywanie naturalnych sytuacji sprzyjających nawiązywaniu komunikacji werbalnej dziecka z otoczeniem (Sachajska, 1992, s. 11). Zwrócenie uwagi na sposób użycia języka w kontekście działań profilaktycznych było przykładem przebijania się jej nowych znaczeń poza utrwalone tradycją propozycje i rozwiązywania praktyczne.

Profilaktyka logopedyczna w kluczu aktywności na rzecz pomyślnego rozwoju oraz partnerstwa edukacyjnego

Nowe postrzeżenie profilaktyki logopedycznej wynika ze zmian w rodzimej logopedii ostatnich 25 lat. Faktem stało się odejście od zajmowania się wyłącznie zaburzeniami mowy oraz zwrócenie uwagi na zaburzenia w komunikacji językowej u ludzi w każdym wieku. Adresatem działań profilaktycznych nie są współcześnie wyłącznie dzieci, gdyż deficyty i zaburzenia mowy mogą pojawiać się w okresach życia, które niekoniecznie są związane z procesem rozwoju mowy. Profilaktyka logopedyczna wpisana w szeroki nurt oddziaływań wymaga – jak podkreśla to Elżbieta Minczakiewicz (2001, s. 4) – postrzegania jej na tle całościowego rozwoju człowieka (od poczęcia aż do śmierci), gdyż uwarunkowania pomyślnego rozwoju mają naturę wiązkową. Patrząc wstecz, propozycja opieki logopedycznej Bronisława Roślawskiego, do którego nawiązuje cytowana autorka, miała skłonić do refleksji w „szarej rzeczywistości

przepelnionej pracą terapeutyczną” (1993, s. 3). Sprzężenie profilaktyki logopedycznej z defensywnym znaczeniem profilaktyki, łączonym z zapobieganiem wadom wymowy w przedziale wiekowym od 3. do 10. roku życia, ugruntowywało zachowawczy charakter podejmowanych działań. W początkach lat 90. krytyczne odniesienie do dotychczasowego kierunku profilaktyki logopedycznej znalazło ugruntowanie w koncepcji Krystyny Błachnio. W przekonaniu tej autorki nie powinna być ona ograniczona wyłącznie do starań o wyraźną artykulację. Ćwiczenia ortofoniczne w przedszkolach są zasadne dla rozwoju mowy dziecka, ale nie w pełni wystarczające dla potrzeb profilaktyki (Błachnio, 1995, s. 22). W nowym kształcie profilaktyki logopedycznej znaczące stało się tzw. użycie języka, czyli przekierowanie uwagi na akt komunikacji językowej. Za istotne uznano systemowe działania obejmujące kulturę żywego słowa, stymulację rozwoju mowy, określanie niekorzystnych zmian, gdyż wczesne dostrzeżenie ich przyczyn i objawów daje możliwość uruchomienia kompleksowych działań zaradczych (Błachnio, 1992, s. 64–65; 1995, s. 22–23). Użycie języka nie jest tu związane wyłącznie z dziećmi w okresie przedszkolnym czy młodszym szkolnym, lecz ze wszystkimi okresami życia człowieka, w których dochodzi do zmian ilościowych i jakościowych mowy. Profilaktyka logopedyczna to również całość form, metod i zasad postępowania związanych z upowszechnianiem wiedzy logopedycznej w środowisku życia, w tym kształtowania świadomości działań profilaktycznych wpisanych w opiekę logopedyczną w okresie prenatalnym oraz pozostałe fazy rozwoju człowieka (Błachnio, 2003, s. 185–186).

Opierając się na ujęciu Błachnio, wielopoziomowe ujęcie profilaktyki logopedycznej w ujęciu środowiskowym zaproponowała Bożena Dittfeld. Jej realizację związane z trzema poziomami, tj: pracą z dzieckiem zdrowym, dzieckiem szczególnego ryzyka, dzieckiem ze zdiagnozowanymi zaburzeniami rozwoju mowy (Dittfeld, 2004, s. 15). Mając na uwadze działania w przedszkolu, autorka zwraca uwagę na mało eksponowany w strukturze profilaktyki aspekt stymulacji mowy, wczesnej diagnozy mowy oraz zróżnicowanych zakresów współpracy w układzie: rodzic – nauczyciel – logopeda. Pierwszy z obszarów działań łączy ze stymulacją mowy wszystkich dzieci, realizowaną równoległe z kształceniem językowym (Dittfeld, 2004, s. 15–16). Zabawy i ćwiczenia stymulacji językowej stanowią szerszą wersję ćwiczeń ortofonicznych (Dittfeld, 2009, s. 54). Drugi z poziomów zakłada zwiększoną możliwość działań nauczyciela ze specjalistą. Istotna jest tu organizacja warunków dla prowadzenia terapii indywidualnych, wymiana informacji o postępach dziecka, wykorzystanie wyników diagnoz pedagogicznych w działaniach logopedów. Trzeci z obszarów to podejmowanie działań prologopedycznych związanych z promocją profilaktyki w środowisku życia dziecka, w tym podnoszenie świadomości logopedycznej rodziców (Dittfeld, 2009, s. 27–33).

Zwolenniczką wielokierunkowych działań profilaktycznych jest Katarzyna Węsierska. Bazując na poziomach profilaktyki WHO, w działaniach profilaktyki

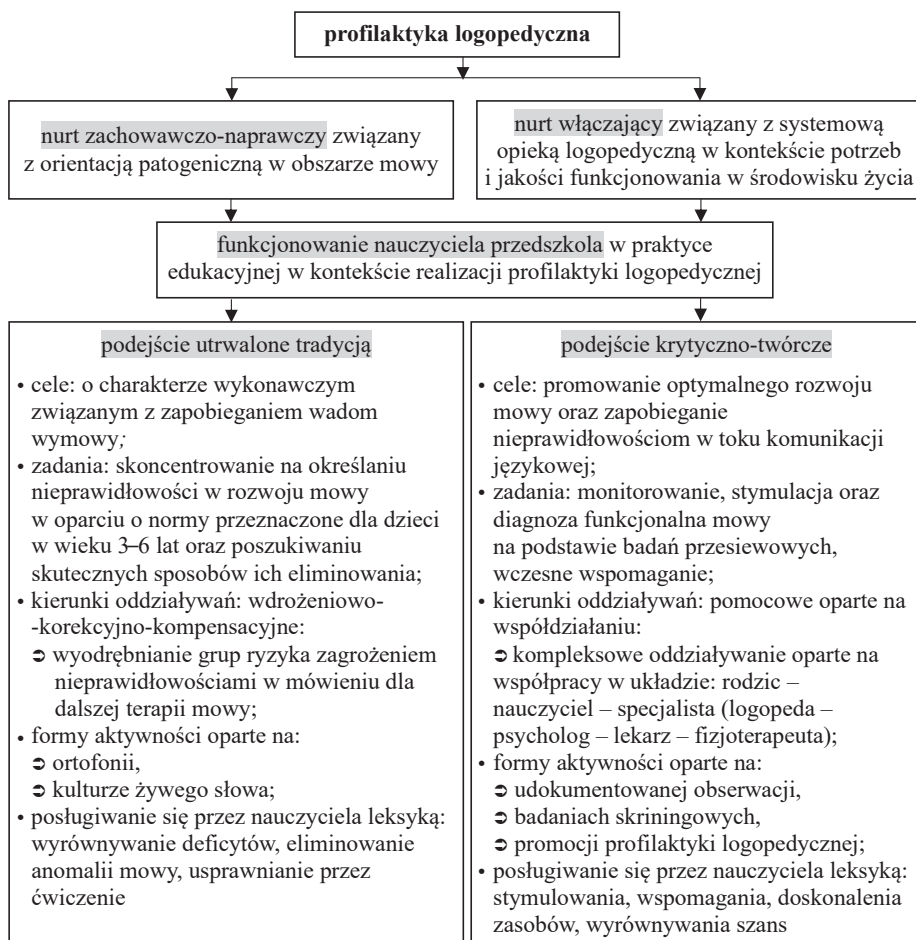
logopedycznej pierwszorzędowej autorka lokuje promocję rozwoju mowy, skuteczne komunikowanie się, które odnosi do całej populacji dzieci, młodzieży i osób dorosłych. Działania na tym poziomie wiąże także z upowszechnianiem wiedzy logopedycznej poprzez pedagogizację oraz współpracę środowiskową (Węsierska, 2012, s. 26–27). Profilaktykę logopedyczną drugorzędową autorka wiąże z wczesną identyfikacją problemów rozwoju mowy oraz zaburzeń komunikacyjnych, umożliwiającą szybką interwencję logopedyczną. Cenne w tym obszarze jest wskazanie na badania przesiewowe, pozwalające na ocenę czynników ryzyka i podjęcie dalszych decyzji w zakresie terapii mowy (Węsierska, 2012, s. 38–39). Działania prewencyjne wobec osób, u których problem w komunikacji został już zdiagnozowany, autorka wskazuje jako profilaktykę trzeciorzędową, co tym samym wpisane zostają w obszar działań interwencyjnych (Węsierska, 2012, s. 27).

Wiązanie profilaktyki logopedycznej z zachowywaniem zdrowotnego *status quo* pojawia się w ujęciu Ewy Skorek. W obszarach działań profilaktycznych działania związane z eliminowaniem czynników ryzyka zaburzeń mowy nie stanowią już jądra tego procesu. Profilaktyka służy utrzymaniu i wykorzystaniu zasobów wspomagających rozwój mowy, co wpisuje się w jakość indywidualnego funkcjonowania na każdym etapie jego życia człowieka (Skorek, 2023, s. 188).

Rola nauczyciela edukacji przedszkolnej w działaniach na rzecz profilaktyki logopedycznej – pytania i próba odpowiedzi

Częścią zarysowanych podejść związanych z profilaktyką logopedyczną są działania nauczycieli. Zwrócenie uwagi na nauczyciela edukacji przedszkolnej wynika nie tylko z przypisanej mu roli profilaktyka, ale potencjalnej sprawczej mocy pracy przedszkola w systemie edukacji dziecka. Przedszkole jest istotnym miejscem doznań i przeżyć językowych dziecka, gdzie odnotowuje się znaczący wzrost jego kompetencji komunikacyjnych (Węsierska, 2007, s. 8). Na tle przedstawionych obszarów profilaktyki logopedycznej obraz podejmowanych przez nauczycieli działań wpisuje się moim zdaniem w odmienne kategorie praktyki edukacyjnej (schemat 1).

Schemat 1. Postać nauczyciela na tle zmieniającego się modelu profilaktyki logopedycznej



Źródło: opracowanie własne.

Tradycyjnie ujmowana profilaktyka logopedyczna sytuuje nauczyciela edukacji przedszkolnej w obszarze czynności opisywanych technicznymi instrukcjami typu: jak wywołać pożądaną zmianę i jak ją utrwalić. Postać nauczyciela zostaje zredukowana do roli strażnika poprawnej wymowy, co wpisuje się w instrumentalny charakter działań. Ograniczanie się do ćwiczenia poprawnego wybrzmiewania, korygowanie niewłaściwych funkcji, utrwalanie prawidłowych wzorców określa czynnościowy, techniczny sposób oddziaływania nauczyciela. Pojęcie profilaktyki logopedycznej, będącej zazwyczaj w obszarze leksyki wykluczonej (Klus-Stańska, 2018, s. 54), nie pozwala

myśleć teorią o praktyce, czyli postrzegać ją w sieci powiązań obszarów rozwoju dziecka stanowiących harmonijną całość oraz czynników rzutujących na kształtowanie i rozwój kompetencji komunikacyjnych dziecka w układzie interakcyjno-społecznym. Koncentracja na zmniejszaniu czynników ryzyka stabilizuje pozycję profilaktyki osadzonej w paradygmacie nastawionym na działania doraźne i naprawcze. Odejście od defensywnego charakteru działań profilaktycznych oznacza zwrot ku działaniom zmierzającym do wzmacniania potencjałów dziecka, gdzie ważniejsze od korygowania artykulacji jest wspieranie naturalnego rozwoju mowy poprzez tworzenie sytuacji komunikacyjnych, rozwijanie umiejętności dialogowych oraz kształtowanie prawidłowych nawyków językowych.

Tworzeniu przestrzeni sprzyjającej komunikacji dziecka przedszkolnego powinno towarzyszyć uwzględnianie indywidualnego tempa rozwoju dziecka oraz opieranie się na zabawie, która jest podstawową płaszczyzną doświadczania i działania dziecka w tym okresie. Stała obecność tych elementów w praktyce edukacyjnej sprzyja w moim przekonaniu monitorowaniu rozwoju dziecka (oraz funkcji z nią sprzężonych) oraz daje możliwość wczesnej identyfikacji nieprawidłowości. Warto zwrócić uwagę, że nie każda nieprawidłowość związana z mową dziecka przedszkolnego jest równoznaczna z występowaniem wady wymowy. Istotne w tym zakresie jest stosowanie przesiewowych badań mowy (Maćko, 2021, s. 62–65), które są podstawą wczesnej interwencji (wpisującej się w profilaktykę trzeciorzędową). Analizując narzędzia, jakimi może posłużyć się nauczyciel edukacji przedszkolnej, prowadząc diagnozę pedagogiczną (przesiewową), wyodrębnić można: Test do badań przesiewowych dla dzieci (Węsierska i Michalak-Widera, 2012), 100-wyrazowy test do badania artykulacji (Krajna, Bryndał, 1999 i Krajna, 2013), Dialogowy test artykulacji – DTA (Majewska-Tworek, 2001). Ponadto do wczesnej oceny rozwoju mowy wykorzystać można również narzędzie niebędące testem, a określane jako: Badanie przesiewowe do wykrywania zaburzeń rozwoju mowy u dzieci dwu-, cztero- i sześciolletnich (Emiluta-Roży i in., 2004), jak i narzędzia o węższym zakresie w postaci kwestionariuszy obrazkowych. W katalogu narzędzi służących przesiewowym badaniom mowy dziecka przedszkolnego nie może zabraknąć kwestionariuszy obserwacyjnych stworzonych przez nauczycieli, które jak żadne inne narzędzia dają wgląd w mowę dziecka w warunkach naturalnych. Dokumentowanie mowy dziecka towarzyszącej codziennej aktywności (w relacjach z rówieśnikami, osobami dorosłymi w sytuacjach spontanicznych i zadaniowych) wpisuje się w profilaktykę logopedyczną, ale jest stałym elementem diagnozy funkcjonalnej dziecka przedszkolnego. W badaniach dotyczących oddziaływań profilaktycznych w okresie formowania się mowy dziecka w wieku 3–6 lat coraz częściej podkreśla się zasadność partnerstwa edukacyjnego (Kielar-Turska, 2015, Majchrzyk-Mikuła i Grabarczyk, 2019; Grzesiak-Witek i Pająk, 2025). Osią profilaktyki logopedycznej w takim podejściu są działania dotyczące rozwoju mowy

dziecka w kategoriach współpracy, gdzie nauczyciel, rodzice i specjaliści tworzą kapitał społecznego wsparcia dla pomyślnego rozwoju dziecka.

Podsumowując rozważania, mam wrażenie, że w zagadnieniu profilaktyki logopedycznej określanie miejsca oraz zadań nauczyciela edukacji przedszkolnej jest niedoszacowane i niedopowiedziane. Aktywne zaangażowanie się nauczyciela w działania profilaktyczne wymaga szerokiej świadomości logopedycznej oraz myślenia w kategoriach troski o dobro i potencjał rozwojowy dziecka. Budowanie warsztatu logopedycznych działań profilaktycznych musi zatem być konsekwencją nowej jakości percepcji profilaktyki w kanonie troski o rozwój dziecka, wynikających zarówno z poszukiwań nowych rozwiązań, jak i refleksyjnego odniesienia do tradycji.

Wnioski

1. Wyznacznikiem roli nauczyciela w zakresie profilaktyki logopedycznej jest praca nad świadomością nauczycieli, gdzie istnieje potrzeba wiążkowego ujmowania wiedzy w tym zakresie, zwłaszcza że efekty kształcenia nie są lokowane wyłącznie w obszarze logopedii (ale również w pedagogice przedszkolnej, wczesnoszkolnej, psychologii rozwojowej oraz wychowawczej i klinicznej).
2. W profilaktyce logopedycznej w podejściu rozwojowym wykorzystywane przez nauczycieli edukacji przedszkolnej kwestionariusze i testy mają charakter screeningowy, tj. nie zastępują badania logopedycznego, lecz powinny stanowić stały element diagnozy przedszkolnej oraz kart indywidualnych dziecka, co czyni czytelnymi działania w zakresie stymulacji i prewencji w obszarze mowy dziecka.
3. Konieczne dla zmiany statusu profilaktyki logopedycznej w przedszkolu jest zaangażowanie nauczycieli w działania na rzecz doskonalenia warsztatu pracy, w których doświadczenie jest tylko jedną z jego składowych. Kluczowe jest postrzeganie rozwoju mowy jako części całościowego rozwoju dziecka, nie zaś traktowanie go wyłącznie w kategoriach problemów dziecka w artykulacji.
4. Zmiana postrzegania profilaktyki logopedycznej w działaniach edukacyjnych wymaga traktowania jej jako stałego elementu praktyki edukacyjnej, zaś kategorią organizującą myślenie nauczycieli edukacji przedszkolnej powinny być współpraca, kontekstowość i kompleksowość działań.

Bibliografia

- Błachnio, K. (1992). *Vademecum logopedyczne*. Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Błachnio, K. (1995). System nowoczesnej profilaktyki logopedycznej. *Logopedia*, 22, 21–31.
- Błachnio, K. (2003). *Vademecum logopedyczne. Dla studentów pedagogiki*. Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Demel, G. (1979). *Wady wymowy. Profilaktyka i korekcja*. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.
- Demel, G. (1983). *Minimum logopedyczne nauczyciela przedszkola*. Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- Demel, G. (1987). *Elementy logopedii*. Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- Dittfeld, B. (2004). *Spróbujmy mówić razem. Program profilaktyki logopedycznej (dla przedszkoli, klas kształcenia zintegrowanego i integracyjnego)*. Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Dittfeld, B. (2009). Profilaktyka logopedyczna. *Wychowanie w Przedszkolu*, 5, 54–56.
- Emiluta-Rozya, D., Mierzejewska, H. i Atys, P. (2004). *Badania przesiewowe do wykrywania zaburzeń rozwoju mowy u dzieci dwu-, cztero- i sześciolletnich*. Akademia Pedagogiki Specjalnej.
- Grzesiak-Witek, D. i Pająk, K. (2025). Oddziaływania profilaktyczne w okresie kształtowania się mowy przedszkolaków. Raport z badań. *Edukacja Elementarna w Teorii i Praktyce*, 20(77), 75–90.
- Heszen-Niejodek, I. i Sęk, H. (2020). *Psychologia zdrowia*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Hublej, J., Copeman, J. i Woodak, J. (2025). *Promocja zdrowia* (M. Żuchowski i B. Woynarowska, tłum.). Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Kielar-Turska, M. (2015). Testy sprawności językowych i komunikacyjnych w diagnozie logopedycznej. W: S. Milewski i K. Kaczorowska-Bray (red.), *Metodologia badań logopedycznych z perspektywy teorii i praktyki* (s. 213–227). Harmonia Universalis.
- Klus-Stańska, D. (2018). *Paradygmaty dydaktyki. Myśleć teorią o praktyce*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Krajna, E. (2013). *100-wyrazowy test artykulacyjny*. Wydawnictwo Komlogo.
- Krajna, E. i Bryndal M. (1999). 100-wyrazowy test artykulacyjny. Analiza słuchowa i próba normalizacji testu. *Audiofonologia*, 14, 138–174.
- Kupisiewicz, M. (2014). *Słownik pedagogiki specjalnej*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Maćko, N. (2021). Przesiewowe badania logopedyczne w przedszkolu i szkole. W: A. Domagała i U. Mirecka (red.), *Logopedia przedszkolna i wczesnoszkolna. Diagnozowanie i terapia zaburzeń mowy* (t. 2, s. 59–75). Harmonia Universalis.
- Majchrzyk-Mikuła, J. i Grabarczyk, B. (2019). Profilaktyka logopedyczna w praktyce nauczyciela edukacji wczesnoszkolnej. *Roczniki Pedagogiczne*, 11(47), 105–117.
- Majewska-Tworek, A. (2001). *Rozwój sprawności artykulacyjnej dziecka w wieku przedszkolnym. Dialogowy test artykulacji. Podręcznik*. Wydawnictwo Fundacji „Orator”.
- Mateusiak, I. i Gwozdecka-Wolniaszek, E. (2013). O zachowaniach zdrowotnych przez pryzmat współczesności. W: M. Górnik-Durose (red.), *Kultura współczesna a zdrowie. Aspekty psychologiczne* (s. 155–184). Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

- Minczakiewicz, E. (2001). Profilaktyka logopedyczna w aspekcie zdrowia psychicznego i potrzeb społecznych człowieka. *Lider*, 5, 3–6.
- Mrazek, P.J. i Haggerty, R.J. (1994). *Reducing the risk for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*. National Academies Press.
- Okoń, W. (2001). *Nowy słownik pedagogiczny*. Wydawnictwo Akademickie Żak.
- Ostaszewski, K. (2025). Edukacja zdrowotna w profilaktyce chorób i zachowań ryzykownych dla zdrowia. W: B. Woynarowska (red.), *Edukacja zdrowotna. Podstawy teoretyczne, metodyka, praktyka* (s. 112–119). Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Rocławski, B. (1993). Przedmowa. W: B. Rocławski (red.), *Opieka logopedyczna od poczęcia* (s. 3–4). Uniwersytet Gdański.
- Sachajska, E. (1992). *Uczymy poprawnej wymowy. Metodyka postępowania ortofonicznego z dziećmi w wieku przedszkolnym*. Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- Skorek, E. (2023). *Profilaktyka w logopedii. Wybrane zagadnienia*. Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Stecko, E. (2002). *Zaburzenia mowy u dzieci. Wczesne rozpoznawanie i postępowanie logopedyczne*. Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego.
- Styczek, I. (1981). *Logopedia*. Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Szymańska, J. (2012). *Programy profilaktyczne. Podstawy profesjonalnej psychoprofilaktyki*. Ośrodek Rozwoju Edukacji.
- Węsierska, K. (2007). Profilaktyka logopedyczna w edukacji przedszkolnej – rola nauczyciela. *Wychowanie na co Dzień*, 6, 8–11.
- Węsierska, K. (2012). Profilaktyka w ujęciu systemowym. W: K. Węsierska (red.), *Profilaktyka logopedyczna w praktyce edukacyjnej* (t. 1, s. 25–47). Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Węsierska, K. (2013). *Opieka logopedyczna w przedszkolu. Profilaktyka – diagnoza – terapia*. Wydawnictwo Edukacyjne „Akapit”.
- Węsierska, K. i Michalak-Widera, A. (2012). *Test do badań przesiewowych dla dzieci*. Studio Wydawnicze Unikat.



Barbara Kurowska

<https://orcid.org/0000-0003-4798-4417>

e-mail: bkurowska@uafm.edu.pl

Uniwersytet Andrzeja Frycza Modrzewskiego w Krakowie, Polska

Wspieranie dzieci w wieku przedszkolnym z grupy ryzyka dysleksji w rozwoju psychomotorycznym jako czynnik wczesnej profilaktyki trudności w nauce czytania i pisania

Supporting Preschool-Aged Children at Risk for Dyslexia in Their Psychomotor Development as a Factor in the Early Prevention of Reading and Writing Difficulties

KEYWORDS

risk of dyslexia, speech-language therapy prevention, psychomotor development, preschool education, readiness for reading and writing

ABSTRACT

The aim of this article is to highlight the importance of psychomotor development and the role of educational and speech-language interventions in the context of early prevention of reading and writing difficulties among preschool children at risk for dyslexia. The analysis focuses on the relationships between the level of psychomotor and language function development and the child's readiness for school, as well as the importance of early diagnosis and pedagogical observation. The issues addressed are expressed in the following questions: what symptoms of dyslexia risk can be identified during preschool education, and how can the actions of teachers and specialists support the child's development and mitigate educational difficulties? The discussion focuses on three areas. The first covers the characteristics of psychomotor development as the foundation for acquiring school skills. The second concerns the symptoms of dyslexia risk and the importance of early diagnosis. The third presents approaches to interventions that support the development of perceptual-motor and language functions. In conclusion, it is emphasized that early identification of difficulties and integrated pedagogical and speech-language

therapy interventions help compensate for potential deficits, and the practical dimension of preventive measures in preschool education is highlighted.

SŁOWA KLUCZE ABSTRAKT

ryzyko dysleksji,
profilaktyka
logopedyczna,
rozwój
psychomotoryczny,
edukacja
przedszkolna,
gotowość do nauki
czytania i pisania

Celem artykułu jest ukazanie znaczenia rozwoju psychomotorycznego oraz oddziaływań pedagogicznych i logopedycznych w kontekście wczesnej profilaktyki trudności w nauce czytania i pisania u dzieci w wieku przedszkolnym z grupy ryzyka dysleksji. Przedmiotem analizy uczyniono zależności między poziomem rozwoju funkcji psychomotorycznych i językowych a gotowością dziecka do podjęcia nauki szkolnej, a także znaczenie wczesnej diagnozy i obserwacji pedagogicznych. Podjęta problematyka wyraża się w pytaniach: jakie symptomy ryzyka dysleksji mogą być identyfikowane na etapie edukacji przedszkolnej oraz w jaki sposób działania nauczycieli i specjalistów mogą wspierać rozwój dziecka i ograniczać trudności edukacyjne? Rozważania koncentrują się wokół trzech obszarów. Pierwszy obejmuje charakterystykę rozwoju psychomotorycznego jako fundamentu nabywania umiejętności szkolnych. Drugi dotyczy symptomów ryzyka dysleksji oraz znaczenia wczesnej diagnozy. Trzeci przedstawia kierunki oddziaływań wspierających rozwój funkcji percepcyjno-motorycznych i językowych. W konkluzji podkreślono, że wczesna identyfikacja trudności oraz zintegrowane działania pedagogiczne i logopedyczne sprzyjają wyrównywaniu ewentualnych deficytów oraz zaakcentowano praktyczny wymiar działań profilaktycznych w edukacji przedszkolnej.

Wstęp

Stymulowanie rozwoju dziecka oraz wczesne rozpoznawanie trudności w jego funkcjonowaniu w różnych obszarach stanowią jedno z kluczowych zadań nauczycieli i specjalistów pracujących w przedszkolu. Wspieranie indywidualnego potencjału dziecka, a także identyfikowanie pierwszych oznak nieprawidłowości powinno obejmować zarówno sferę fizyczną, jak i psychiczną jego rozwoju (Gacka, 2014). Należy podkreślić, że rozwój poznawczy pozostaje w ścisłej zależności z rozwojem funkcji motorycznych. Opóźnienia w zakresie motoryki, choć mogą mieć różne nasilenie, niemal zawsze wpływają na kształtowanie się funkcji poznawczych (Cieszyńska-Rożek i Korendo, 2017).

Trudności w nauce czytania i pisania należą do najczęściej diagnozowanych problemów edukacyjnych w początkowych etapach kształcenia. Współczesne podejścia teoretyczne (np. Grabowska i Rymarczyk, 2004; Reid i Wearmouth, 2008; Bogdanowicz,

2017; Sochacka, 2017) podkreślają złożony, wieloczynnikowy charakter tych umiejętności, obejmujący zarówno uwarunkowania neurobiologiczne, jak i środowiskowe. Jednocześnie coraz wyraźniej akcentują znaczenie wczesnej profilaktyki, której kluczowym obszarem jest edukacja przedszkolna. Symptomy ryzyka dysleksji można zaobserwować już u dzieci w wieku przedszkolnym, co stwarza możliwość podjęcia działań profilaktycznych przed rozpoczęciem przez nie nauki szkolnej. Szczególne znaczenie w tym zakresie mają oddziaływania logopedyczne, które koncentrują się nie tylko na kształtowaniu prawidłowej artykulacji dziecka, ale również na stymulowaniu szeroko rozumianych kompetencji językowych i komunikacyjnych, funkcji ruchowych oraz poznawczych. Należy podkreślić również istotną rolę nauczycieli wychowania przedszkolnego, którzy poprzez celowo planowaną i realizowaną pracę wychowawczo-dydaktyczną, wspieraną rzetelnie prowadzonymi obserwacjami pedagogicznymi oraz znajomością norm rozwojowych, **mogliby i powinni** identyfikować dzieci zagrożone trudnościami w nauce czytania i pisanie oraz zapewniać im adekwatne wsparcie, ograniczające nasilenie tych problemów.

Celem artykułu jest ukazanie znaczenia wsparcia pedagogicznego i logopedycznego jako istotnych elementów wczesnej profilaktyki trudności w nauce czytania i pisanie u dzieci w wieku przedszkolnym należących do grupy ryzyka dysleksji, a także przedstawienie propozycji działań wspierających ten proces. Podjęcie tej problematyki wynika z faktu, że osiągnięcie sukcesów edukacyjnych jest ściśle powiązane z poziomem gotowości szkolnej, która stanowi fundament dalszej edukacji dziecka i obejmuje m.in. rozwój językowy oraz dojrzałość sensomotoryczną (Motyka, 2020).

Rozwój psychomotoryczny jako fundament nabywania podstawowych umiejętności szkolnych

Psychomotoryka odnosi się do ogółu zjawisk i procesów psychicznych, które towarzyszą realizacji czynności ruchowych przez człowieka (Drabik, 2021). Bardzo często rozumiana jest jako integracja funkcji percepcyjnych i motorycznych, obejmująca zdolność do odbierania, przetwarzania i organizowania informacji napływających ze wszystkich zmysłów (słuchu, wzroku, dotyku, smaku oraz kinestezji) w celu wywołania adekwatnej reakcji ruchowej lub behawioralnej (Bogdanowicz, 2000; Ochman, 2025). Funkcje psychomotoryczne stanowią złożony układ procesów obejmujących pobieranie, przetwarzanie i selekcjonowanie informacji, a także ich porównywanie, abstrahowanie i integrowanie. Procesy te przebiegają w odniesieniu do posiadanej wiedzy o świecie (Skałbani i Lewandowska-Kidoń, 2022).

Prawidłowy rozwój dziecka rozumiany jest często jako harmonijne kształtowanie się procesów intelektualnych, psychicznych oraz orientacyjno-poznawczych w ścisłym

powiązaniu z rozwojem fizycznym i motorycznym. Przebiega etapowo, przy czym poszczególne fazy pozostają ze sobą ściśle powiązane (Ochman, 2025). Rozwój psychomotoryczny może przebiegać w różnym tempie oraz z różnym stopniem zgodności poszczególnych funkcji. Obserwacje rozwoju dzieci od okresu niemowlęcego po wiek przedszkolny pozwalają dostrzec wyraźny związek między osiąganiem kolejnych etapów lokomocji i sprawności manualnej a tempem rozwoju mowy (Cieszyńska-Rożek, 2013).

Rozwój psychomotoryczny stanowi nierozzerwalną jedność procesów psychicznych i motorycznych. Oznacza to, że wszelkie opóźnienia w rozwoju ruchowym mogą wpływać na funkcjonowanie poznawcze i językowe dziecka. Zależność ta jest szczególnie widoczna w okresie wczesnego i średniego dzieciństwa, kiedy rozwój odbywa się zgodnie z określonymi prawidłowościami.

Stopień, w jakim dziecko w wieku przedszkolnym realizuje zadania rozwojowe, wyznacza poziom jego przygotowania do nauki czytania i pisanie na etapie szkolnym (Brzezińska i Nerło, 2003). Oznacza to, że im większe trudności występują u dziecka w obrębie funkcji psychomotorycznych, tym istnieje większe ryzyko pojawienia się problemów w nabywaniu tych umiejętności. Wynika to z faktu, że w trakcie realizacji czytania i pisanie mamy do czynienia z aktywizacją złożonego układu funkcji psychicznych, tworzonego przez szereg dyspozycji cząstkowych, do których należą:

- percepcja wzrokowa, warunkująca rozpoznawanie i różnicowanie zawartych w piśmie cech wizualnych, takich jak kształt, wielkość, kolor, położenie, elementy diakrytyczne;
- percepcja słuchowa, czyli zdolność do rozpoznawania i różnicowania prozodycznych i dystynktywnych cech dźwięków mowy;
- funkcje somatosensoryczne rozumiane jako czucie somatyczne wrażeń zmysłowych;
- funkcje motoryczne, czyli wykonywane w trakcie czytania i pisanie precyzyjne ruchy oczu, dłoni i narządów artykulacyjnych;
- funkcje językowe obejmujące złożony układ kompetencji językowej i komunikacyjnej, rozpatrywanych w fonologicznym, syntaktycznym, semantycznym, morfologicznym, ortograficznym i pragmatycznym aspekcie języka;
- pamięć i uwaga będące mechanizmami kodowania, przechowywania i odtwarzania informacji;
- integracja funkcjonalna, czyli mechanizm koordynacji i łączenia bodźców dobiegających z różnych zmysłów;
- regulacyjne mechanizmy emocjonalno-motywacyjne wpływające na przebieg wykonywanych czynności (Górniewicz, 2017).

Pierwsze oznaki zaburzeń rozwoju psychomotorycznego najczęściej ujawniają się w nieprawidłowym funkcjonowaniu ruchowym dziecka. Do typowych symptomów należą m.in. obniżona sprawność motoryczna, przejawiająca się m.in. nieporadnością

ruchową, trudnościami z naprzemiennością i sekwencyjnością ruchów, dyspraksją. W zakresie motoryki małej obserwuje się trudności z prawidłowym chwytem, nieprawidłową pracą nadgarstka podczas precyzyjnych czynności grafomotorycznych, takich jak rysowanie czy pierwsze próby pisania, a także zaburzenia praksi oralnej oraz organizacji działań, rozumianej jako brak umiejętności planowania i wykonywania sekwencji czynności (Cieszyńska-Rożek i Korendo, 2017).

Istotnym sygnałem mogą być również trudności w zakresie koordynacji wzrokowo-ruchowej oraz orientacji czasowo-przestrzennej, które ujawniają się szczególnie w sytuacjach wymagających współdziałania percepcji i ruchu (Nowak i in., 2009).

Powyższe zależności wskazują, że poziom rozwoju psychomotorycznego dziecka stanowi istotny czynnik warunkujący jego gotowość do nauki czytania i pisania.

Ryzyko dysleksji u dzieci w wieku przedszkolnym – kontekst edukacyjny

W kontekście przedstawionych zależności szczególnego znaczenia nabiera problematyka ryzyka dysleksji. Termin ten odnosi się do dzieci młodszych, „wykazujących wybiórcze zaburzenia w rozwoju psychoruchowym, które mogą warunkować wystąpienie specyficznych trudności w czytaniu i pisaniu” (Bogdanowicz, 2002, s. 43). Prawdopodobieństwo wystąpienia ryzyka dysleksji wzrasta również u dzieci obciążonych genetycznie oraz urodzonych w wyniku nieprawidłowego przebiegu ciąży i porodu. Do przyczyn ryzyka dysleksji Jagoda Cieszyńska-Rożek (2013) zalicza ponadto tzw. przyczyny jatrogenne, wynikające z nieprawidłowego postępowania terapeutycznego. Wśród nich wymienia wadliwe metody nauczania, takie jak głoskowanie, literowanie czy odwoływanie się do nagłosu wyrazu podczas poznawania liter, równomierne ćwiczenie sprawności obu rąk oraz zbyt wczesną naukę języka obcego, zanim dziecko opanuje podstawy podsystemu fonetyczno-fonologicznego języka ojczystego.

Według Marty Bogdanowicz (1999, 2002) symptomy ryzyka dysleksji można przyporządkować do wieku dziecka oraz obszarów jego funkcjonowania.

U dzieci w wieku 3–5 lat obejmują one przede wszystkim obniżoną sprawność motoryki dużej (trudności w bieganiu, utrzymaniu równowagi, niechęć do zabaw ruchowych) oraz małej (problemy z czynnościami samoobsługowymi i manipulacyjnymi). Widoczne są także trudności w koordynacji wzrokowo-ruchowej (np. niechęć do rysowania, nieprawidłowy chwyt), zaburzenia percepcji i pamięci wzrokowej, opóźniony rozwój mowy (ubogie słownictwo, błędy artykulacyjne, trudności w zapamiętywaniu tekstów) oraz problemy z lateralizacją i orientacją w schemacie ciała i przestrzeni.

U dzieci w wieku 6–7 lat obok utrzymywania się części wcześniej wymienionych trudności obserwuje się ich większe nasilenie oraz pojawienie się nowych. Dotyczą one

przede wszystkim sprawności manualnej i koordynacji wzrokowo-ruchowej (trudności w odwzorowywaniu wzorów, nieprawidłowy chwyt, zaburzenia kierunku pisania), funkcji językowych (problemy z analizą i syntezą fonemową i sylabową oraz budowaniem wypowiedzi), a także percepcji wzrokowej (trudności w różnicowaniu liter o podobnym kształcie). Na początku nauki szkolnej ujawniają się również trudności w czytaniu i pisaniu, takie jak wolne tempo czytania, głoskowanie bez syntezy, błędy w zapisie czy pismo lustrzane.

W kontekście powyższych trudności Jagoda Cieszyńska-Rożek (2013) podkreśla, że u wielu dzieci w wieku przedszkolnym, u których proces kształtowania się systemu językowego nie został jeszcze w pełni zakończony, mogą wystąpić trudności w nabywaniu języka pisanego. Autorka wskazuje, że nabywanie systemu językowego opiera się na sekwencyjnym i linearnym przetwarzaniu informacji, za które odpowiada przede wszystkim lewa półkula mózgu. Umiejętności czytania i pisania stanowią natomiast najwyższy poziom przetwarzania danych językowych, wymagający pełnej integracji funkcji językowych i poznawczych. W związku z tym wszelkie opóźnienia lub nieprawidłowości w rozwoju systemu językowego dziecka w wieku przedszkolnym mogą znacząco rzutować na późniejsze trudności w opanowywaniu przez nie kompetencji szkolnych, zwłaszcza w zakresie czytania i pisania.

Z tego względu wczesne rozpoznanie wymienionych wyżej objawów umożliwi podjęcie działań profilaktycznych, które mogą istotnie wpłynąć na dalszy przebieg rozwoju oraz proces uczenia się dziecka. Posiadanie przez nauczycieli i specjalistów wiedzy na temat tych symptomów oraz nierozpatrywanie ich wyłącznie w kategoriach przejściowych trudności rozwojowych może przyczynić się do ograniczenia ryzyka niepowodzeń szkolnych – dysharmonie rozwojowe nie ulegają bowiem samoistnemu wyrównaniu, lecz mają tendencję do pogłębiania się (Bogdanowicz, 2002, s. 9).

W tym kontekście warunkiem skutecznej profilaktyki jest odpowiednia stymulacja funkcji psychicznych – percepcyjnych, motorycznych i językowych, stanowiących podstawę procesu czytania i pisania. Biorąc pod uwagę, że u dzieci z grupy ryzyka dysleksji rozwój tych funkcji może być opóźniony, działania wspierające są szczególnie istotne przed rozpoczęciem nauki szkolnej, czyli na etapie edukacji przedszkolnej (Brzezińska i Nerło, 2003). Powinny one być realizowane nie tylko przez logopedę, lecz także przez nauczyciela wychowania przedszkolnego w ramach codziennej pracy wychowawczo-dydaktycznej.

Pedagogiczne i logopedyczne wsparcie dzieci z grupy ryzyka dysleksji w profilaktyce trudności w nauce czytania i pisanania

Diagnoza poziomu rozwoju funkcji psychomotorycznych stanowi jeden z kluczowych elementów wspierania rozwoju dziecka z grupy ryzyka dysleksji oraz jego przyszłych osiągnięć edukacyjnych. Umożliwia identyfikację potencjalnych trudności w nauce czytania i pisanania oraz planowanie adekwatnych działań stymulujących obszary wymagające wsparcia.

Diagnoza ta mogłaby być prowadzona przez specjalistów zatrudnianych w przedszkolu, zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz.U. 2017, poz. 1591), które obejmują w szczególności rozpoznawanie indywidualnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych oraz możliwości psychofizycznych dzieci. Celem tych działań jest określenie mocnych stron, predyspozycji, zainteresowań i uzdolnień dzieci, a także przyczyn ich niepowodzeń edukacyjnych, prowadzenie badań diagnostycznych w celu rozpoznawania trudności w uczeniu się oraz monitorowania efektów oddziaływań terapeutycznych.

Jednocześnie wstępna ocena poziomu rozwoju funkcji psychomotorycznych może być dokonywana przez nauczyciela wychowania przedszkolnego w toku prowadzonych obserwacji pedagogicznych (Skałbania i Lewandowska-Kidoń, 2022). Warunkiem ich rzetelności jest jednak znajomość norm rozwojowych oraz umiejętność interpretacji zachowań dziecka w odniesieniu do poszczególnych obszarów funkcjonowania.

W tym kontekście istotne znaczenie ma też jakość narzędzi diagnostycznych. Analiza arkuszy obserwacji cech rozwojowych dziecka 3-, 4- i 5-letniego oraz kart obserwacji proponowanych przez niektóre wydawnictwa edukacyjne (np. MAC Edukacja; WSiP, Nowa Era) wskazuje, że nie zawsze adekwatnie przyporządkowują one umiejętności do wieku dziecka oraz odpowiadających im funkcji rozwojowych. Z tego względu zasadne wydaje się tworzenie przez nauczycieli wychowania przedszkolnego własnych arkuszy obserwacji, opartych na psychologii rozwojowej i uwzględniających umiejętności typowe (oczekiwane rozwojowo) dla poszczególnych etapów rozwoju dziecka. Ukierunkowaniu obserwacji służących identyfikowaniu ewentualnych opóźnień rozwojowych u dzieci w wieku przedszkolnym może służyć też Skala ryzyka dysleksji opracowana przez Martę Bogdanowicz (Skałbania i Lewandowska-Kidoń, 2022).

Istotnym elementem pracy nauczyciela jest również diagnoza przedszkolna, czyli ocena gotowości szkolnej dzieci sześciolatków. Nie powinna ona mieć charakteru wyłącznie formalnego, lecz stanowić wieloaspektową analizę rozwoju dziecka w sferze

fizycznej, emocjonalnej, społecznej i poznawczej. Szczególne znaczenie ma tu ocena sposobu wykonywania zadań, a nie jedynie ich efektu końcowego. W odniesieniu do sprawności manualnej należy np. uwzględniać napięcie mięśniowe w ręce piszącej, kierunek kreślenia, ułożenie kartki oraz obecność synkinestji.

Wnioski z diagnozy powinny stanowić podstawę planowania działań wspierających, dostosowanych do indywidualnych potrzeb dziecka. Przykładowo w odniesieniu do oceny dominacji stronnej oraz identyfikacji dzieci leworęcznych lub z lateralizacją skrzyżowaną zasadne jest stosowanie ukierunkowanych i celowych oddziaływań. Dzieci leworęczne powinny być obejmowane dodatkowymi ćwiczeniami rozwijającymi sprawność manualną, natomiast w przypadku dzieci z lateralizacją skrzyżowaną wskazane jest wprowadzanie ćwiczeń kształtujących linearność, czyli umiejętność porządkowania elementów w sposób linearny, zgodnie z kierunkiem przyjętym w naszej kulturze – od lewej strony kartki do prawej (Kurowska, 2011).

W codziennej pracy z dzieckiem z grupy ryzyka dysleksji nauczyciele i specjaliści powinni również kierować się poniższymi zasadami.

W pracy terapeutycznej logopeda musi pamiętać, że prawidłowy rozwój mowy dziecka jest uzależniony od doświadczeń słuchowych, wzrokowych oraz motorycznych, zwłaszcza manualnych, i stanowi istotny warunek biologiczny umożliwiający przyszlą naukę czytania i pisanie. System językowy tworzy strukturalne podstawy tych umiejętności, a jednocześnie stanowi system informacji słuchowych (mowa) i wzrokowych (pismo) uporządkowanych linearnie i relacyjnie. Wymaga to diagnozowania funkcji poznawczych przetwarzanych w strukturach lewej półkuli mózgu oraz prowadzenia stymulacji uwzględniającej ćwiczenia sekwencji, szeregów, relacji i analogii (Cieszyńska-Rożek i Korendo, 2017).

Istotne znaczenie dla procesu nabywania języka mówionego i pisanego ma również wczesne kształtowanie prawidłowego chwytu narzędzia pisarskiego. W wieku przedszkolnym, szczególnie około czwartego roku życia, kiedy utrwała się dominacja ręki, jest to okres kluczowy dla wspomaganie tej umiejętności. Podstawę tego procesu stanowi manipulowanie przedmiotami, kontrolowanie ruchów ręki oraz doskonalenie sprawności palców i precyzji ruchów. Ważne są ćwiczenia usprawniające ruchy w obrębie łokcia, nadgarstka i palców, takie jak wrzucanie przedmiotów do pojemników, malowanie palcami, a także czynności wymagające precyzji, np. rysowanie, wycinanie czy nawlekanie koralików (Jastrząb, 2005; Gruszczyk-Kolczyńska i Zielińska, 2011; Chmura, 2022).

Ćwiczenia rozwijające sprawność manualną pełnią również funkcję regulacyjną, przyczyniając się do obniżania nadmiernego napięcia mięśniowego, usprawniania koordynacji wzrokowo-ruchowej oraz utrwalania prawidłowego kierunku percepcji i działania – od lewej strony kartki do prawej. Powinny być one stałym elementem

codziennej pracy nauczycieli i specjalistów (Kurowska, 2011; Klim-Klimaszewska, 2015).

Równie istotne są ćwiczenia percepcji słuchowej i wzrokowej (Skibska, 2010). Stymulacja analizatora wzrokowego wpływa na rozwój pozostałych funkcji poznawczych. Intensywny proces tworzenia połączeń synaptycznych między komórkami nerwowymi, przypadający na okres między 2. a 4. rokiem życia, osiąga poziom zbliżony do obserwowanego u osób dorosłych. Z tego względu okres ten uznaje się za szczególnie sprzyjający ukierunkowanej stymulacji wzrokowej. Jest ona niezbędna u wszystkich dzieci, ponieważ aktywne spostrzeganie wzrokowe, obok percepcji słuchowej, stanowi podstawowy etap rozwoju procesów poznawczych, w tym inteligencji i języka (Cieszyńska-Rożek i Korendo, 2017). Poziom analizy i syntezy wzrokowej wyznacza tempo nabywania umiejętności czytania i pisania, dlatego istnieje potrzeba stymulowania percepcji wzrokowej już od początku okresu przedszkolnego

Oddziaływania ukierunkowane na rozwój percepcji wzrokowej powinny obejmować doskonalenie zdolności rozpoznawania, porównywania i różnicowania bodźców wzrokowych, rozwijanie pamięci wzrokowej oraz koncentracji uwagi na materiale wizualnym. Istotne jest także usprawnianie koordynacji wzrokowo-ruchowej, przechodzenie od spostrzegania globalnego do analitycznego, kształtowanie umiejętności ujmowania relacji między całością a jej elementami składowymi oraz rozwijanie analizy i syntezy wzrokowej (Cieszyńska i Korendo, 2023). W realizacji tych ćwiczeń ważne jest odpowiednie przygotowanie materiału, tak aby motywował dziecko do aktywnego spostrzegania. W początkowym etapie wykorzystuje się ilustracje kolorowe, następnie czarno-białe, a w dalszej kolejności materiały o charakterze symbolicznym. Istotne jest także stosowanie zarówno materiału tematycznego, jak i atematycznego. Ilustracje tematyczne powinny być układane samodzielnie, a atematyczne z wykorzystaniem wzoru pozostającego w polu widzenia.

Istotą prawidłowego rozwoju mowy oraz opanowania umiejętności czytania i pisanie ze słuchu są prawidłowo rozwinięty słuch fonetyczno-fonemowy i świadomość fonologiczna (Snowling i Hulme, 2012). Umożliwiają one identyfikację i różnicowanie głosek oraz kształtowanie prawidłowych wzorców kinestetyczno-ruchowych. Na tej bazie rozwijają się świadome operacje analizy i syntezy słuchowej, stanowiące fundament procesów czytania i pisanie. Warunkuje to opanowanie umiejętności wyodrębniania wyrazów w zdaniach, sylab i głosek w wyrazach, odróżnianie głosek o zbliżonych cechach, syntezę głosek według wymaganej kolejności, odpowiednie przyporządkowanie znaczeń słowom i zdaniom. Ćwiczenia percepcji słuchowej należy rozpoczynać od materiału nielingwistycznego, stopniowo przechodząc do analizy i syntezy na materiale językowym. Od czwartego roku życia należy doskonalić u dzieci umiejętność różnicowania głosek opozycyjnych w wyrazach, natomiast u 5–6-letnich rozwijać świadomość metajęzykową.

Nie można również pomijać ćwiczeń pamięci symultanicznej i sekwencyjnej. Te pierwsze są zawsze wstępnym etapem wszystkich ćwiczeń zapamiętywania i obejmują jednoczesne spostrzeganie i zapamiętywanie materiału, najczęściej w postaci ilustracji należących do różnych kategorii.

Pamięć sekwencyjna natomiast odnosi się do sposobu przetwarzania i przechowywania informacji charakterystycznego dla lewej półkuli mózgu, odpowiedzialnej za ujmowanie relacji między elementami. Polega ona na zapamiętywaniu materiału w sposób uporządkowany, krok po kroku, z uwzględnieniem linearności następujących po sobie elementów. Odgrywa kluczową rolę w rozwoju języka – umożliwia zapamiętywanie kolejności czynności niewykonywanych automatycznie – układu głosek w wyrazach, wyrazów w zdaniach oraz zdań w dłuższych wypowiedziach. Ćwiczenia rozwijające tę funkcję obejmują m.in. zapamiętywanie sekwencji ilustracji, dźwięków, gestów towarzyszących piosenkom oraz krótkich rymowanek (Cieszyńska i Korendo, 2023).

Wnioski i rekomendacje

Zaburzenia w zakresie motoryki dużej, sprawności manualnej, praktyki oralnej, spostrzegania wzrokowego, percepcji słuchowej, lateralizacji, kompetencji językowych, funkcji poznawczych związanych z kategoryzacją i myśleniem symbolicznym oraz pamięci sekwencyjnej i symultanicznej powinny być rozpoznawane u dzieci już na etapie edukacji przedszkolnej (Cieszyńska, 2001). Funkcji tych nie można analizować w oderwaniu od siebie, ponieważ pozostają we wzajemnych zależnościach. Jakość rozwoju poznawczego i społecznego dziecka zależy od harmonijnego kształtowania się wszystkich jego możliwości psychicznych i fizycznych, dlatego nie jest możliwe ocenianie jednej sfery bez uwzględnienia pozostałych – przykładowo spostrzegania wzrokowego nie można właściwie ocenić bez odniesienia do rozwoju motorycznego i słuchowego (Cieszyńska-Rożek, 2013).

Skuteczna profilaktyka trudności w nauce czytania i pisania wymaga podejścia całościowego, uwzględniającego indywidualne możliwości dziecka oraz jego aktualny poziom rozwoju. Zadania niedostosowane do możliwości rozwojowych, zarówno zbyt łatwe, jak i nadmiernie trudne nie spełniają funkcji stymulacyjnej i nie sprzyjają efektywnemu uczeniu się.

W przypadku zaobserwowania trudności niezbędne jest przeprowadzenie rzetelnej diagnozy obejmującej kluczowe funkcje poznawcze, w tym percepcję, rozwój mowy, pamięć oraz myślenie. Stanowi ona podstawę do planowania adekwatnych oddziaływań wspierających. Należy również podkreślić, że dziecko w wieku przedszkolnym rozwija swoje umiejętności przede wszystkim poprzez własną aktywność, co powinno być uwzględniane w procesie edukacyjnym i terapeutycznym.

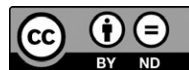
Świadomość nauczycieli i specjalistów w zakresie uwarunkowań rozwoju psychomotorycznego oraz symptomów ryzyka dysleksji stanowi istotny warunek wczesnego podejmowania działań profilaktycznych i wspierających. Wczesna identyfikacja trudności w obszarze funkcji psychomotorycznych i językowych umożliwia planowanie adekwatnych oddziaływań ukierunkowanych na rozwój kompetencji niezbędnych do opanowania umiejętności czytania i pisania.

Ze względu na zróżnicowany przebieg rozwoju dzieci w wieku przedszkolnym oraz indywidualne tempo kształtowania się poszczególnych funkcji szczególnego znaczenia nabiera też wiedza dotycząca gotowości szkolnej oraz jakości startu edukacyjnego. Stanowi ona podstawę do podejmowania trafnych decyzji diagnostycznych i terapeutycznych sprzyjających wyrównywaniu deficytów rozwojowych oraz wspieraniu harmonijnego rozwoju dziecka (Kopik, 2007, s. 11).

Bibliografia

- Bogdanowicz, M. (1999). Specyficzne trudności w czytaniu i pisaniu – dysleksja rozwojowa. W: T. Gałkowski i G. Jastrzębowska (red), *Logopedia. Pytania i odpowiedzi* (s. 815–859). Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego.
- Bogdanowicz, M. (2000). *Integracja percepcyjno-motoryczna. Teoria – diagnoza – terapia*. Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej.
- Bogdanowicz, M. (2002). *Ryzyko dysleksji. Problem i diagnozowanie*. Wydawnictwo Harmonia.
- Bogdanowicz, M. (2017). Zaburzenia komunikacji pisemnej – autorska propozycja patomechanizmu dysleksji. W: A. Domagała i U. Mirecka (red.), *Zaburzenia komunikacji pisemnej* (s. 44–85). Harmonia Universalis.
- Brzezińska, A. i Nerło, M. (2003). Ocena ryzyka dysleksji u dzieci w wieku przedszkolnym. Wyniki badań pilotażowych. *Forum Oświatowe*, 29(2), 49–68.
- Chmura, J. (2022). *Jak rozpocząć pracę terapeutyczną z małym dzieckiem?* Impuls.
- Cieszyńska, J. (2001). *Nauka czytania krok po kroku. Jak przeciwdziałać dysleksji*. Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej.
- Cieszyńska-Rożek, J. (2013). *Metoda Krakowska wobec zaburzeń rozwoju dzieci. Z perspektywy fenomenologii, neurobiologii i językoznawstwa*. Wydawnictwo Centrum Metody Krakowskiej.
- Cieszyńska, J. i Korendo, M. (2023). *Wczesna interwencja terapeutyczna. Stymulacja rozwoju dziecka. Od noworodka do 6. roku życia*. Wydawnictwo Edukacyjne.
- Cieszyńska-Rożek, J. i Korendo, M. (2017). Jak neurobiologia wyjaśnia trudności w nauce czytania i pisania. W: A. Domagała i U. Mirecka (red.), *Zaburzenia komunikacji pisemnej* (s. 166–211). Harmonia Universalis.
- Drabik, L. (red.). (2021). *Słownik języka polskiego PWN*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Gacka, E. (2014). Przedszkole miejscem diagnozy zaburzeń komunikacji językowej dziecka. *Edukacja Elementarna w Teorii i Praktyce*, 9(33), 139–152. <https://czasopisma.ignatianum.edu.pl/eetp/article/view/240>

- Górniewicz, E. (2017). Trudności w czytaniu i pisaniu w kontekście różnych paradygmatów badawczych. W: A. Domała i U. Mirecka (red.), *Zaburzenia komunikacji pisemnej* (s. 133–165). Harmonia Universalis.
- Grabowska, A. i Rymarczyk K. (red.). (2004). *Dysleksja. Od badań mózgu do praktyki*. Instytut Biologii Doświadczalnej im. M. Nenckiego PAN.
- Gruszczyk-Kolczyńska, E. i Zielińska, E. (2011). *Nauczycielska diagnoza gotowości do podjęcia nauki w szkole*. Wydawnictwo Bliziej Przedszkola.
- Jastrząb, J., (2005). *Usprawnianie funkcji percepcyjno-motorycznych dzieci dyslektycznych*. Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej Ministerstwa Edukacji Narodowej.
- Klim-Klimaszewska, A. (2015). *Praca z dzieckiem ryzyka dysleksji i dysgrafii na zajęciach terapeutycznych w przedszkolu*. Wydawnictwo Erica.
- Kopik, A. (2007). *Sześciolatki w Polsce. Raport 2006. Diagnoza badanych sfer rozwoju*. Wydawnictwo TEKST.
- Kurowska, B. (2011). *Ryzyko dysleksji u dzieci w wieku przedszkolnym*. Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego.
- Motyka, M. (2020). Kompetencja językowa a odruchy pierwotne u dziecka w wieku przedszkolnym, *Forum Oświatowe*, 32(64), 165–179. <https://doi.org/10.34862/fo.2020.2.8>
- Nowak, A., Romanowska-Tołłoczko, A. i Bartusiak, I. (2009). *Nieprawidłowości w rozwoju ruchowym dzieci jako wczesne objawy zakłóceń psychomotorycznych*. <https://www.sportpedagogy.org.ua/html/journal/2009-09/09noaspd.pdf>
- Ochman, A. (2025). Terapia psychomotoryczna jako źródło radości i sposób kształtowania poczucia własnej wartości dzieci ze specjalnymi potrzebami rozwojowymi i edukacyjnymi. W: J. Siewiora (red.), *Doświadczenie radości i smutku przez młodzież w przestrzeni edukacyjnej* (s. 211–230). Wydawnictwo «Scriptum».
- Reid, G. i Wearmouth, J. (red.). (2008). *Dysleksja. Teoria i praktyka* (H. Kostyło i P. Kostyło, tłum.). Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (2017). Dz.U. 2017, poz. 1591. <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20170001591>
- Skalbania, B. i Lewandowska-Kidoń, T. (2022). *Terapia pedagogiczna w teorii i działaniu. Wybrane zagadnienia*. Impuls.
- Skibska, J. (2010). Raport z badań – zaburzenia funkcji podstawowych percepcji wzrokowej i słuchowej, motoryki, lateralizacji oraz orientacji przestrzennej uczniów klas pierwszych. W: A. Stankowski (red), *Antropotechnika, kultúrotechnika a socjotechnika v špeciálnej pedagogike* (s. 109–133). Wydawnictwo VERBUM.
- Snowling, M.J. i Hulme, Ch. (2012). Interventions for children's language and literacy difficulties. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 47(1), 27–34. <https://doi.org/10.1111/j.1460-6984.2011.00081.x>
- Sochacka, K. (2017). Umiejętność czytania – symptomatologia trudności. W: A. Domała i U. Mirecka (red.), *Zaburzenia komunikacji pisemnej* (s. 270–288). Harmonia Universalis.



Barbara Cygan

<https://orcid.org/0000-0002-7956-3230>

e-mail: barbara.cygan@uken.krakow.pl

Uniwersytet Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie, Polska

Zaburzenia integracji sensorycznej jako czynnik ryzyka zaburzeń mowy – analiza literatury przedmiotu

Sensory Integration Disorders as a Risk Factor for Speech Disorders – Analysis of the Literature on the Subject

KEYWORDS ABSTRACT

sensory integration,
sensory processing,
speech development,
speech disorders,
communication

The aim of this article is to critically examine empirical evidence on the relationship between sensory processing disorders and speech and language development in children, and to assess whether sensory integration (SI) impairments may function as risk factors for speech disorders. The review includes classical theoretical frameworks (Ayres, 1972, 1979), correlational and intervention studies, systematic reviews, and recent empirical research involving children with various neurodevelopmental diagnoses. The available evidence suggests a relatively consistent association between sensory processing deficits and an increased risk of communication difficulties, which may precede or cooccur with speech disorders. However, a direct causal relationship has not been conclusively established, and the methodological quality of the evidence remains heterogeneous.

SŁOWA KLUCZE ABSTRAKT

integracja
sensoryczna,
komunikacja,
zaburzenia mowy

Celem artykułu jest krytyczna analiza dowodów empirycznych dotyczących związku pomiędzy zaburzeniami przetwarzania sensorycznego a rozwojem mowy i języka u dzieci oraz ocena, czy zaburzenia integracji sensorycznej (SI) mogą pełnić funkcję czynników ryzyka zaburzeń mowy. Analiza obejmuje klasyczne koncepcje (Ayres, 1972, 1979), badania korelacyjne i interwencyjne, systematyczne przeglądy

oraz nowsze badania empiryczne dotyczące dzieci z różnymi diagnozami neurorozwojowymi. Zgromadzone dane wskazują na względnie spójny związek pomiędzy deficytami przetwarzania sensorycznego a podwyższonym ryzykiem trudności komunikacyjnych, które mogą poprzedzać lub współwystępować z zaburzeniami mowy. Jednocześnie podkreśla się, że związek przyczynowo-skutkowy nie został jednoznacznie potwierdzony, a jakość dostępnych dowodów jest zróżnicowana metodologicznie.

Wprowadzenie

Integracja sensoryczna odnosi się do neurorozwojowego procesu odbioru, modulacji i organizacji informacji sensorycznych płynących z ciała i środowiska tak, aby mogły one zostać efektywnie wykorzystane do planowania i realizacji zachowań adaptacyjnych. Obejmuje ona współdziałanie wielu systemów zmysłowych: wzrokowego, słuchowego, dotykowego, proprioceptywnego i przedsionkowego oraz ich integrację z procesami motorycznymi i poznawczymi. Ponieważ rozwój mowy i języka jest procesem złożonym, prawidłowa integracja bodźców zmysłowych warunkuje m.in. percepcję dźwięków mowy, planowanie ruchów artykulacyjnych oraz regulację napięcia i uwagi. Zaburzenia w tym zakresie, określane jako dysfunkcje integracji sensorycznej, mogą istotnie wpływać na funkcjonowanie dziecka, w tym na tempo i jakość rozwoju mowy. Badania wskazują, że u wielu dzieci z zaburzeniami mowy – w porównaniu z dziećmi rozwijającymi się typowo – często występują trudności w funkcjonowaniu układów przedsionkowego, proprioceptywnego i dotykowego (Tung i in., 2013).

Celem artykułu jest zatem przedstawienie i uporządkowanie współczesnych koncepcji teoretycznych oraz wyników badań empirycznych dotyczących powiązań między zaburzeniami integracji sensorycznej a opóźnionym lub nieprawidłowym rozwojem mowy.

Teoretyczne mechanizmy powiązań zaburzeń integracji sensorycznej z mową

Pojęcie integracji sensorycznej (SI) zostało sformułowane i rozwinięte przez A. Jean Ayres (1972) i odnosi się do neurorozwojowego procesu odbioru, modulacji oraz organizacji informacji sensorycznych pochodzących z różnych systemów zmysłowych. Proces ten umożliwia jednostce adekwatne reagowanie na wymagania środowiska oraz stanowi podstawę rozwoju funkcji wyższych, w tym motoryki, poznania i komunikacji. Integracja sensoryczna ma charakter przetwarzania multimodalnego i wspiera kształtowanie spójnych reprezentacji percepcyjnych w ośrodkowym układzie

nerwowym, co pozwala na efektywną organizację informacji sensorycznych. U części dzieci obserwuje się klinicznie istotne trudności w regulacji reakcji na bodźce sensoryczne, które zakłócają codzienne funkcjonowanie, proces uczenia się oraz rozwój mowy (Ben-Sasson i in., 2019). Procesy integracji sensorycznej i przetwarzania językowego angażują bowiem częściowo wspólne struktury mózgowie, w tym pień mózgu, mózdzek, układ limbiczny oraz korę asocjacyjną. Struktury te odpowiadają m.in. za modulację bodźców, regulację uwagi, pamięć roboczą oraz planowanie sekwencji ruchowych. Badania neuroobrazowe wskazują, że nieprawidłowości w funkcjonowaniu tych obszarów mogą wpływać zarówno na motoryczną kontrolę mowy, jak i na percepcję dźwięków mowy (Hickok i Poeppel, 2007; Leonard, 2014). Jednocześnie podkreśla się, że systemy przetwarzania sensorycznego odgrywają istotną rolę w procesie przyswajania języka, a zaburzenia modulacji bodźców sensorycznych – przejawiające się nadreaktywnością lub podreaktywnością – mogą negatywnie wpływać na jego przebieg (Taal i in., 2013).

Współczesne podejścia teoretyczne, takie jak model dynamicznych systemów oraz interakcyjno-sensoryczne podejście do rozwoju mowy podkreślają, że język jest emergentnym wynikiem interakcji między procesami motorycznymi, sensorycznymi i poznawczymi. Model dynamicznych systemów, zaproponowany przez Esther Thelen i Lindę Smith (1994), zakłada, że rozwój człowieka – w tym rozwój mowy – jest wynikiem interakcji wielu współdziałających systemów. Według tego podejścia żadne zachowanie nie jest sterowane przez jeden ośrodek mózgowy, lecz powstaje w wyniku koordynacji układów: sensorycznego, motorycznego, poznawczego i emocjonalnego. W kontekście mowy oznacza to, że integracja sensoryczna wpływa na zdolność dziecka do planowania i wykonywania precyzyjnych ruchów artykulacyjnych, regulacji oddechu i fonacji, a także percepcji dźwięków mowy. Deficyty w integracji sensorycznej mogą zaburzać ten złożony system, prowadząc do trudności w płynności i precyzji wypowiedzi. Model ten tłumaczy również, dlaczego rozwój językowy nie przebiega liniowo. Dzieje się tak, bowiem postępy i regresy są naturalną konsekwencją reorganizacji systemu w odpowiedzi na nowe doświadczenia sensoryczne.

W ostatnich latach coraz większe znaczenie zyskuje interakcyjno-sensoryczne podejście, które integruje elementy teorii rozwoju społecznego oraz integracji sensorycznej. W tym ujęciu mowa nie jest traktowana jedynie jako wytwór funkcji poznawczych, lecz jako rezultat dynamicznej interakcji między doświadczeniami zmysłowymi dziecka a jego relacjami z otoczeniem społecznym (Ayres, 2015; Trevarthen i Aitken, 2001). W ujęciu tym rozwój języka jest procesem zakorzenionym w relacji z drugim człowiekiem. Według Michaela Tomasello (2014) dziecko nabywa kompetencji językowych w wyniku uczestnictwa we wspólnych działaniach komunikacyjnych, które pozwalają mu odkrywać intencje i znaczenia społeczne. Mowa rozwija się zatem w kontekście emocjonalnego i poznawczego współdziałania w przestrzeni

tw. intersubiektywności (Trevarthen i Aitken, 2001). Przykładem tego są wspólne zabawy ruchowe i rytmiczne – kołysanie, klaskanie, taniec czy śpiew – które dostarczają bodźców przedsiorkowych i słuchowych, jednocześnie wzmacniając więź emocjonalną i rozwijając kompetencje komunikacyjne. Dziecko w sposób naturalny łączy więc percepcję zmysłową z ekspresją językową. Z kolei Jagoda Cieszyńska i Marta Korendo (2013) podkreślają, że fundamentem komunikacji są pierwsze interakcje, w jakie wchodzi dziecko. Są nimi: kontakt wzrokowy, wspólne spoglądanie na przedmiot czy reagowanie na ekspresję dorosłego. Dzięki nim uczy się ono, że dźwięki, gesty i słowa służą wymianie informacji oraz budowaniu relacji. Ważna jest jednak nie ilość, lecz jakość stymulacji, jej rytm, przewidywalność i emocjonalne bezpieczeństwo. Dorośli poprzez uważne reagowanie, dostrajanie się do sygnałów dziecka i modelowanie komunikacji stwarzają warunki do naturalnego rozwoju mowy. Brak takich doświadczeń może skutkować opóźnieniami w rozwoju języka i komunikacji.

Należy podkreślić, że środowisko rozwojowe dziecka jest wskazywane w literaturze jako jeden z istotnych czynników współwystępujących z kształtowaniem procesów integracji sensorycznej oraz rozwojem kompetencji komunikacyjnych. Zakłada się, że dostęp do zróżnicowanych i adekwatnych bodźców sensorycznych, możliwość eksploracji otoczenia, aktywności ruchowej oraz uczestnictwa w interakcjach społecznych może sprzyjać rozwojowi mowy, przy czym zależności te mają charakter wieloczynnikowy i nie zawsze pozwalają na jednoznaczne wnioskowanie przyczynowo-skutkowe (Ayres, 1972; Iverson i Thelen, 1999; Kuhl, 2007).

Zaburzenia integracji sensorycznej a rozwój mowy

Zaburzenia mowy obejmują szerokie spektrum problemów: opóźnienia rozwoju mowy, zaburzenia artykulacji, dyszartrię, zaburzenia fonologiczne, zaburzenia płynności (jąkanie) i szerokie zaburzenia językowe (Liang i in., 2023). Zaburzenia rozwoju mowy i komunikacji są najczęściej tylko objawem bardziej złożonych trudności rozwojowych i jako pierwsze najczęściej wzbudzają niepokój rodziców (Kazanowska, 2016). Dlatego jeśli przyjmiemy, że zaburzenia integracji sensorycznej są też jednym z czynników ryzyka zaburzeń mowy, to wczesna interwencja ukierunkowana na poprawę przetwarzania sensorycznego powinna zmniejszać ryzyko ich rozwoju (Oh i in., 2024).

Nabywanie języka wymaga integracji informacji pochodzących z różnych modalności sensorycznych, w tym słuchowej, wzrokowej oraz kinestetycznej, co przejawia się m.in. w umiejętności naśladowania ruchów ust, obserwacji modelu mowy oraz funkcjonowaniu sprzężenia słuchowo-motorycznego. W literaturze wskazuje się, że trudności w łączeniu sygnałów z różnych kanałów sensorycznych mogą współwystępować z problemami w zakresie artykulacji, mapowania wzorców fonetycznych,

percepcji mowy oraz zapamiętywania sekwencji fonologicznych, przy czym zależności te nie mają charakteru jednoznacznie przyczynowego (Case-Smith i in., 2015). W procesie rozwoju mowy istotną rolę przypisuje się prawidłowej kontroli napięcia mięśniowego, koordynacji oraz precyzji ruchów narządów artykulacyjnych. Produkcja dźwięków mowy wymaga bowiem skoordynowanego działania układu oddechowego, fonacyjnego i artykulacyjnego, obejmującego m.in. ruchy warg, języka, podniebienia i krtani (Kazanowska, 2016). Funkcjonowanie tych mechanizmów jest uzależnione od informacji proprioceptywnych i przedsionkowych, które dostarczają danych o położeniu, napięciu i dynamice ruchu. Zaburzenia przetwarzania bodźców sensorycznych w obrębie tych układów mogą być powiązane z obniżoną precyzją motoryki narządów artykulacyjnych, w tym trudnościami w zakresie kontroli pozycji języka czy koordynacji oddechowej, co potencjalnie sprzyja występowaniu zaburzeń artykulacji oraz płynności mowy (Maas i in., 2008; Tung i in., 2013).

W rozwoju mowy istotną rolę przypisuje się prawidłowemu funkcjonowaniu układu dotykowego, który uczestniczy w odbiorze bodźców z powierzchni narządów artykulacyjnych, dostarczając informacji o ich położeniu, kontakcie i ruchu. W literaturze podkreśla się, że w zakresie percepcji dotykowej relatywnie wcześniej dojrzewają obszary twarzy, w szczególności wargi oraz jama ustna, co sprzyja rozwojowi czynności oralnych i artykulacyjnych (Kazanowska, 2016). Wskazuje się, że trudności w wykonywaniu sekwencji drobnych, celowych i zautomatyzowanych ruchów mogą współwystępować z ograniczoną świadomością ułożenia warg i języka, co potencjalnie utrudnia prawidłową realizację artykulacyjną. Zależności te nie mają jednak charakteru jednoznacznie przyczynowego, lecz należy je rozpatrywać w kontekście szerszego funkcjonowania sensoryczno-motorycznego dziecka, obejmującego m.in. planowanie ruchu oraz integrację bodźców (Kazanowska, 2016). W obrębie obszaru ustno-twarzowego mogą występować objawy nadreaktywności dotykowej, które bywają powiązane z ograniczeniem eksploracyjnych zachowań oralnych, takich jak próbowanie pokarmów, a także z obniżoną świadomością ułożenia języka i warg podczas artykulacji. Z kolei podreaktywność dotykowa może manifestować się zmniejszoną kinestezją artykulatorów oraz trudnościami w planowaniu i realizacji sekwencji ruchowych niezbędnych do precyzyjnej produkcji dźwięków mowy, co znajduje odzwierciedlenie w badaniach nad rozwojem prakcji oralnej (Mandelbaum i in., 2006; Passarello i in., 2022). Ograniczone doświadczenia oralne w tym obszarze mogą wpływać na jakość treningu motorycznego narządów artykulacyjnych, który jest istotnym elementem kształtowania precyzyjnej artykulacji. W tym ujęciu trudności w zakresie przetwarzania bodźców sensorycznych mogą stanowić dodatkowy czynnik utrudniający prawidłowy przebieg procesów poznawczych, w tym nabywanie języka, przy czym mechanizmy tych zależności pozostają przedmiotem dalszych badań empirycznych (Jodzis, 2013; Kazanowska, 2016; Mandelbaum i in., 2006; Passarello i in., 2022).

Właściwie funkcjonujący zmysł słuchu również odgrywa istotną rolę w procesie nabywania mowy i komunikacji językowej. W literaturze przedmiotu wskazuje się, że trudności w zakresie przetwarzania słuchowego mogą współwystępować z zaburzeniami integracji sensorycznej mimo braku obwodowych uszkodzeń narządu słuchu (Kranowitz, 2012; Marco i in., 2011). Badania neurofizjologiczne i kliniczne dowodzą, że dzieci z trudnościami sensorycznymi mogą doświadczać spowolnionego lub nieefektywnego przetwarzania bodźców dźwiękowych, a także deficytów w zakresie modulacji i dyskryminacji wrażeń słuchowych, co ma znaczenie dla rozwoju percepcji mowy (Moore, 2018; Sharma i in., 2009). W części badań empirycznych opisywane są również trudności w organizacji reakcji motorycznych na bodźce akustyczne, które mogą manifestować się dezorientacją, opóźnioną reakcją lub czasowym zahamowaniem działania. Zjawiska te związane są z deficytami prakcji oraz zaburzeniami przetwarzania czasowego informacji słuchowej, w tym osłabionym poczuciem rytmu i synchronizacji czasowej, co może wpływać na koordynację ruchową oraz płynność zachowań komunikacyjnych (Goswami, 2011; Tierney i Kraus, 2014).

Empiryczne badania nad zaburzeniami przetwarzania bodźców słuchowych wskazują ponadto, że trudności te często współwystępują z problemami w zakresie pamięci słuchowej, uwagi słuchowej oraz planowania i organizacji wypowiedzi. Deficyty te obserwowane są m.in. u dzieci z opóźnionym rozwojem mowy, rozwojowym zaburzeniem językowym oraz zaburzeniami ze spektrum autyzmu, przy czym ich obraz kliniczny jest zróżnicowany i niejednorodny (Bishop, 2009a; Moore i in., 2010). W części przypadków opisywana jest również obniżona świadomość czuciowo-proprioceptywna w obrębie narządów artykulacyjnych oraz trudności w koordynacji pracy warg, języka i żuchwy, co może niekorzystnie wpływać na precyzję realizacji artykulacyjnej (Maas i in., 2008; Tung i in., 2013). Zależności te mają jednak charakter wieloczynnikowy i nie powinny być interpretowane w sposób deterministyczny, lecz w kontekście całościowego profilu sensoryczno-motorycznego i poznawczego dziecka.

Bożenna Odowska-Szlachcic i Beata Mierzejewska (2013, s. 107–109), opisując funkcjonowanie dzieci z zaburzeniami przetwarzania bodźców słuchowych, wskazują, że mimo prawidłowej czułości słuchu obwodowego dzieci te mogą doświadczać trudności w analizie i syntezie bodźców akustycznych. Problemy te dotyczą m.in. wychwytywania dźwięków z potoku mowy, różnicowania podobnych bodźców fonicznych oraz rozpoznawania ich kolejności. Autorki podkreślają, że trudności te nie odnoszą się do samego aktu słyszenia, rozumianego jako proces bierny, lecz do wyższych procesów przetwarzania słuchowego, obejmujących interpretację i organizację odbieranych informacji dźwiękowych. W konsekwencji dzieci z trudnościami w zakresie przetwarzania bodźców słuchowych mogą mieć ograniczoną zdolność rozumienia mowy w warunkach obciążenia percepcyjnego, takich jak hałas tła, echo, szybkie tempo wypowiedzi czy jednoczesne mówienie kilku osób. W obrazie funkcjonowania

obserwuje się ponadto takie objawy jak trudności z koncentracją uwagi słuchowej, nadwrażliwość na dźwięki, mylenie podobnie brzmiących słów, błędną interpretację pytań i poleceń, konieczność ich częstego powtarzania, osłabioną pamięć słuchową oraz obniżone kompetencje muzyczne (Odowska-Szlachcic & Mierzejewska, 2013).

Jak wskazują Joanna Majak i współpracownicy (2023, s. 11), w wieku przedszkolnym do symptomów potencjalnie związanych z zaburzeniami przetwarzania bodźców słuchowych zalicza się m.in. opóźniony rozwój mowy, trudności w różnicowaniu głosek, wady wymowy, przekręcanie podobnie brzmiących słów, problemy z opanowaniem sekwencji np. nazw dni tygodnia czy miesięcy, trudności z nadążaniem za tokiem wypowiedzi oraz opóźnienia w rozwoju motorycznym. Zaburzenia te mogą ograniczać tworzenie stabilnych reprezentacji fonemowych, co z kolei negatywnie wpływa na rozumienie mowy i uczenie się nowych słów, choć zależności te nie mają charakteru liniowego ani jednoznacznie przyczynowego.

W literaturze międzynarodowej zwraca się również uwagę na znaczenie zaburzeń modulacji sensorycznej w systemie słuchowym dla funkcjonowania komunikacyjnego dzieci. Elysa J. Marco i in. (2011) oraz Jane Case-Smith i Jane C. O'Brien (2015) wskazują, że zarówno nadreaktywność, jak i podreaktywność słuchowa mogą utrudniać uczestnictwo w sytuacjach komunikacyjnych. Dzieci nadreaktywne mogą unikać kontaktów społecznych z powodu nadmiaru bodźców akustycznych, natomiast dzieci podreaktywne mogą nie reagować adekwatnie na istotne sygnały językowe płynące z otoczenia. Zależności te należy jednak interpretować ostrożnie, uwzględniając indywidualny profil sensoryczny dziecka oraz wpływ czynników środowiskowych i poznawczych.

Trudno pominąć również rolę funkcjonowania układu wzrokowego w procesie rozwoju komunikacji. Umożliwia on percepcję wizualnych wzorców artykulacyjnych oraz wspiera budowanie wspólnego pola uwagi, utrzymywanie kontaktu wzrokowego i odczytywanie pozawerbalnych sygnałów komunikacyjnych. Zaburzenia w tym obszarze mogą współwystępować z trudnościami w zakresie integracji wzrokowo-ruchowej, co potencjalnie ogranicza efektywne wykorzystanie wizualnych i prozodycznych aspektów komunikacji. W praktyce klinicznej bywa to obserwowane jako zmniejszona modulacja intonacyjna oraz tendencja do bardziej monotonnego przebiegu wypowiedzi. Należy jednak podkreślić, że tego typu cechy prozodyczne opisywane są jedynie u części dzieci z zaburzeniami przetwarzania sensorycznego i nie mają charakteru swoistego ani diagnostycznego same w sobie, lecz powinny być interpretowane w kontekście całościowego obrazu funkcjonowania dziecka (Odowska-Szlachcic i Mierzejewska, 2013).

Nieprawidłowy rozwój mowy a zaburzenia przetwarzania sensorycznego. Przegląd badań empirycznych

W literaturze przedmiotu można wyróżnić kilka podstawowych nurtów badań dotyczących relacji pomiędzy integracją sensoryczną a rozwojem mowy i języka, w tym: studia kliniczne i kliniczno-porównawcze, badania korelacyjne o charakterze populacyjnym, badania interwencyjne oraz systematyczne przeglądy literatury i metaanalizy. Klasykne prace A. Jean Ayres (1972) oraz jej współpracowników, oparte głównie na badaniach klinicznych, studiach przypadków i eksperymentach jednoprzypadkowych, wskazywały na współwystępowanie deficytów integracji sensorycznej z trudnościami w rozwoju mowy i języka. Choć badania te cechowały się ograniczeniami metodologicznymi, m.in. niewielkimi próbami badawczymi czy brakiem randomizacji, odegrały istotną rolę w sformułowaniu hipotezy o funkcjonalnym związku pomiędzy przetwarzaniem sensorycznym a kompetencjami językowymi.

W nowszych badaniach empirycznych wykazano, że zaburzenia modulacji bodźców sensorycznych mogą wiązać się z trudnościami w przetwarzaniu językowym. Badania Marion N. Taal i współpracowników (2013) sugerują, że nieprawidłowa regulacja reaktywności sensorycznej może negatywnie wpływać na procesy związane z odbiorem i organizacją informacji językowej, co przemawia za uwzględnianiem aspektów sensorycznych w diagnozie i terapii logopedycznej. Z kolei Li-Chen Tung i in. (2013), analizując efekty terapii mowy u dzieci z zaburzeniami artykulacji, wykazali, że obecność współwystępujących deficytów przetwarzania sensorycznego wiązała się z mniej korzystnymi rezultatami standardowej terapii logopedycznej. Wyniki te sugerują, że trudności sensoryczne mogą stanowić czynnik ograniczający efektywność oddziaływań ukierunkowanych wyłącznie na aspekty językowe.

Nowsze badania empiryczne z lat 2022–2024, porównujące profile sensoryczne dzieci z rozwojowymi zaburzeniami języka (DLD) oraz dzieci typowo rozwijających się, wskazują na istotnie większe nasilenie trudności w zakresie przetwarzania sensorycznego w grupach z zaburzeniami językowymi. Już wcześniejsze prace Doris A. Trauner i współpracowników (2000) wykazały, że około 70% dzieci z rozpoznaniem DLD prezentuje objawy nieprawidłowego przetwarzania sensorycznego. Autorzy zwrócili uwagę, że deficyty sensoryczne, zaburzenia motoryki małej, nadmierna reaktywność odruchowa oraz apraksja motoryki ustnej należą do często obserwowanych cech klinicznych u dzieci z zaburzeniami rozwoju języka. Wyniki te sugerują, że trudności językowe mogą współwystępować z szerszym profilem zaburzeń neurorozwojowych, obejmujących również sferę sensoryczno-motoryczną.

Potwierdzenie tych obserwacji przynoszą także aktualne badania Elife Barmak i Banu Baş (2024), w których porównano zdolności przetwarzania sensorycznego dzieci z DLD oraz dzieci rozwijających się typowo. Celem badania było zarówno

określenie różnic między grupami, jak i analiza zależności pomiędzy poziomem przetwarzania sensorycznego a rozwojem języka. Autorzy wykazali, że dzieci z DLD uzyskiwały istotnie niższe wyniki w czterech czynnikach: poszukiwania bodźców sensorycznych, uwagi/rozproszenia uwagi, motoryki małej i percepcji oraz reaktywności emocjonalnej. Ponadto w tej grupie stwierdzono statystycznie istotnie niższe wyniki w obszarach poszukiwania bodźców sensorycznych, słabej rejestracji bodźców oraz unikania bodźców sensorycznych, przy braku istotnych różnic w zakresie samej wrażliwości sensorycznej. Analiza korelacyjna wykazała również istotne związki pomiędzy poziomem przetwarzania sensorycznego a umiejętnościami językowymi w obszarach takich jak poszukiwanie bodźców sensorycznych, uwaga/rozproszenie uwagi oraz motoryka mała i percepcja. Wyniki te sugerują, że trudności sensoryczne mogą współwystępować z deficytami językowymi i potencjalnie wpływać na przebieg ich rozwoju. Jednocześnie należy podkreślić, że charakter korelacyjny większości badań nie pozwala na jednoznaczne wnioskowanie o zależnościach przyczynowo-skutkowych pomiędzy przetwarzaniem sensorycznym a zaburzeniami rozwoju języka.

Z kolei Jakub I. Feldman i współpracownicy (2021) analizowali sensoryczną responsywność dzieci we wczesnym okresie rozwoju od 12. do 24. miesiąca życia i wykazali, że wczesne różnice w przetwarzaniu sensorycznym istotnie korelują z późniejszymi trudnościami komunikacyjnymi, co może wskazywać na ich potencjalną wartość predykcyjną. Należy jednak podkreślić, że większość analizowanych badań miała charakter obserwacyjny, co wiąże się z koniecznością ostrożnej interpretacji wyników oraz uwzględnienia wpływu licznych zmiennych pośredniczących, takich jak czynniki środowiskowe i poznawcze.

Podobnie Daria Jodzis (2013) przeprowadziła badania mające na celu określenie związku pomiędzy dysfunkcjami integracji sensorycznej a sprawnością językową dzieci w młodszym wieku szkolnym. Badania realizowano w latach 2007–2009 na grupie 112 dzieci w wieku od 6 do 11 lat. Uczestnicy zostali poddani zarówno ocenie przetwarzania bodźców sensorycznych, jak i diagnozie kompetencji językowych. Wyniki wykazały, że u 89 dzieci występowały uogólnione zaburzenia integracji sensorycznej, obejmujące trudności w zakresie różnicowania dotykowego, obustronnej koordynacji i sekwencyjności ruchów, praktyki oraz nadwrażliwości sensorycznej, a także nieprawidłowości w sferze posturalno-ocnej. Jednocześnie w całej badanej grupie stwierdzono niski poziom sprawności językowej z deficytami obserwowanymi na płaszczyźnie gramatycznej, leksykalnej, kontekstowej i fonologicznej; u wielu dzieci rozpoznano również wady artykulacyjne. Uzyskane wyniki pozwoliły autorce sformułować wniosek o istnieniu szczególnie istotnych powiązań pomiędzy poziomem funkcjonowania systemu przedsionkowo-propryoceptywnego a sprawnością językową w obszarze gramatyki.

Pomimo tego, że istnieje wsparcie dla tezy, że zaburzenia integracji sensorycznej zwiększają ryzyko wystąpienia problemów komunikacyjnych i mowy, to interpretacja zależności pomiędzy nimi a rozwojem mowy wymaga zachowania szczególnej ostrożności metodologicznej. Znaczna część dostępnych badań opiera się na analizach korelacyjnych, co uniemożliwia jednoznaczne wnioskowanie o relacjach przyczynowo-skutkowych pomiędzy deficytami sensorycznymi a zaburzeniami językowymi (Bishop, 2009b; Pennington, 2006). Współwystępowanie trudności w zakresie mowy, uwagi, funkcji wykonawczych oraz przetwarzania sensorycznego może bowiem wynikać z częściowo wspólnych mechanizmów neurorozwojowych, a nie z prostych zależności liniowych.

Dodatkowym ograniczeniem jest znaczna heterogeniczność badanych populacji oraz brak jednoznacznych, powszechnie akceptowanych kryteriów diagnostycznych w obszarze zaburzeń integracji sensorycznej, co utrudnia porównywanie wyników badań oraz ogranicza ich replikowalność (Bishop, 2014). Stosowane narzędzia diagnostyczne często nie pozwalają na precyzyjne rozróżnienie pomiędzy deficytami sensorycznymi, poznawczymi i językowymi, a ocena funkcjonowania dziecka bywa oparta na danych pośrednich lub subiektywnych, co zwiększa ryzyko nadinterpretacji wyników (Snowling i Hulme, 2012).

Z perspektywy wielodeficytowych modeli rozwoju zaburzeń komunikacji językowej podkreśla się, że trudności językowe rzadko mają jednoźródłowe podłoże, a zaburzenia przetwarzania sensorycznego mogą pełnić funkcję jednego z wielu czynników ryzyka, nie zaś czynnika pierwotnego czy wystarczającego (Bishop, 2014; Pennington, 2006). W tym kontekście przypisywanie zaburzeniom integracji sensorycznej nadrzędnej roli w etiologii zaburzeń mowy może prowadzić do uproszczonych wniosków diagnostycznych oraz zawężenia perspektywy terapeutycznej, szczególnie jeśli interwencje sensoryczne nie są integrowane z oddziaływaniami językowymi i poznawczymi.

Z tego względu podkreśla się potrzebę prowadzenia dalszych badań podłużnych, wielowymiarowych oraz eksperymentalnych, które umożliwiłyby lepsze określenie zakresu i charakteru relacji pomiędzy zaburzeniami integracji sensorycznej a rozwojem mowy, a także identyfikację czynników moderujących i pośredniczących te zależności. Konieczne są dalsze, dobrze zaprojektowane badania randomizowane z użyciem obiektywnych narzędzi pomiarowych i jasno zdefiniowanych protokołów interwencyjnych. W praktyce klinicznej warto traktować deficyty w obszarze integracji sensorycznej jako istotny czynnik ryzyka wymagający wczesnej obserwacji i, w razie potrzeby, interwencji interdyscyplinarnej (Tung i in., 2013). Takie podejście wydaje się istotne dla formułowania bardziej precyzyjnych wniosków teoretycznych oraz odpowiedzialnych rekomendacji klinicznych.

Podsumowanie

Zaburzenia integracji sensorycznej mogą stanowić jeden z czynników ryzyka w rozwoju mowy i języka. Współczesne badania neurobiologiczne i psycholingwistyczne wskazują, że przetwarzanie sensoryczne, funkcje motoryczne oraz procesy językowe pozostają ze sobą w ściślejszej interakcji, tworząc złożony system wzajemnych zależności. Z tego względu akcentuje się znaczenie kompleksowej diagnozy i terapii, która uwzględnia zarówno aspekty językowe, jak i sensoryczno-motoryczne funkcjonowania dziecka. W literaturze coraz częściej podkreśla się zasadność podejścia interdyscyplinarnego, łączącego oddziaływanie logopedyczne i elementy terapii integracji sensorycznej, jako potencjalnie korzystnego w kompleksowym wspieraniu rozwoju komunikacji u dzieci z zaburzeniami językowymi. Podejście to nie jest traktowane jako alternatywa dla terapii językowej, lecz jako jej możliwe uzupełnienie, dostosowane do indywidualnego profilu funkcjonowania dziecka.

W tym kontekście rekomenduje się współpracę pediatrów, logopedów oraz terapeutów integracji sensorycznej w zakresie wczesnego screeningu dzieci obciążonych czynnikami ryzyka, takimi jak opóźniony kontakt wzrokowy, trudności w modulacji sensorycznej czy osłabione reakcje na bodźce dźwiękowe. Stosowanie narzędzi przesiewowych oceniających przetwarzanie bodźców sensorycznych może sprzyjać wczesnej identyfikacji dzieci wymagających pogłębionej diagnozy i dalszej obserwacji, przy czym narzędzia te nie powinny zastępować pełnej oceny klinicznej (Yoshimura i in., 2022). Zatem podstawowa wiedza dotycząca procesów sensorycznych oraz ich znaczenia dla rozwoju komunikacji powinna stanowić istotny element kompetencji specjalistów pracujących z dziećmi, w szczególności logopedów (Kazanowska, 2016; Tung i in., 2013).

Podkreśla się również znaczenie psychoedukacji rodziców w zakresie relacji pomiędzy przetwarzaniem sensorycznym a rozwojem mowy. Wprowadzanie w środowisku domowym strategii wspierających regulację sensoryczną dziecka oraz stopniowe poszerzanie jego doświadczeń oralno-sensorycznych może stanowić element wspomagający proces nabywania mowy, choć skuteczność tych oddziaływań powinna być każdorazowo rozpatrywana w odniesieniu do indywidualnych potrzeb i możliwości dziecka (Passarello i in., 2022).

Bibliografia

- Ayres, A.J. (1972). *Sensory integration and learning disorders*. Western Psychological Services.
- Ayres, A.J. (1979). *Sensory integration and the child: Understanding hidden sensory challenges*. Western Psychological Services.

- Ayres, A.J. (2015). *Dziecko a integracja sensoryczna* (J. Okuniewski, tłum.). Harmonia Universalis.
- Barmak, E. i Baş, B. (2024), Investigation of the relationship between sensory processing skills and language development in children with developmental language disorders. *Brain and Behavior*, 14(12), e70105. <https://doi.org/10.1002/brb3.70105>
- Ben-Sasson, A., Gal, E., Fluss, R., Katz-Zetler, N. i Cermak, S.A. (2019). Update of a meta-analysis of sensory symptoms in ASD: A new decade of research. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 49(12), 4974–4996. <https://doi.org/10.1007/s10803-019-04180-0>
- Bishop, D.V.M. (2009a). Genes, cognition, and communication: Insights from neurodevelopmental disorders. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1156, 1–18. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2009.04419.x>
- Bishop, D.V.M. (2009b). Specific language impairment as a language learning disability. *Child Language Teaching and Therapy*, 25(2), 163–165. <https://doi.org/10.1177/0265659009105889>
- Bishop, D.V.M. (2014). Ten questions about terminology for children with unexplained language problems. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 49(4), 381–415. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12101>
- Case-Smith, J. i O'Brien, J.C. (2015). *Occupational therapy for children and adolescents* (wyd. 7). Elsevier.
- Case-Smith, J., Weaver, L.L. i Fristad, M.A. (2015). A systematic review of sensory processing interventions for children with autism spectrum disorders. *Autism*, 19(2), 133–148. <https://doi.org/10.1177/1362361313517762>
- Cieszyńska, J. i Korendo, M. (2013). *Wczesna interwencja terapeutyczna. Stymulacja rozwoju dziecka od noworodka do 6. roku życia*. Wydawnictwo Edukacyjne.
- Feldman, J.I., Raj, S., Bowman, S.M., Santapuram, P., Golden, A.J., Daly, C. i Woynarowski, T.G. (2021). Sensory responsiveness is linked with communication in infant siblings of children with and without autism. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 64(6), 1964–1976. https://doi.org/10.1044/2021_JSLHR-20-00196
- Goswami, U. (2011). A temporal sampling framework for developmental dyslexia. *Trends in Cognitive Sciences*, 15(1), 3–10. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2010.10.001>
- Hickok, G. i Poeppel, D. (2007). The cortical organization of speech processing. *Nature Reviews Neuroscience*, 8(5), 393–402. <https://doi.org/10.1038/nrn2113>
- Iverson, J.M. i Thelen, E. (1999). Hand, mouth and brain: The dynamic emergence of speech and gesture. *Journal of Consciousness Studies*, 6(11–12), 19–40.
- Jodzis, D. (2013). *Dysfunkcje integracji sensorycznej a sprawność językowa dzieci w młodszym wieku szkolnym*. Harmonia Universalis.
- Kazanowska, J. (2016). Integracja sensoryczna jako wsparcie terapii logopedycznej. *Integracja Sensoryczna. Kwartalnik Polskiego Stowarzyszenia Terapeutów Integracji Sensorycznej*, 2, 20–26.
- Kranowitz, C.S. (2012). *Nie-zgrane dziecko. Zaburzenia przetwarzania sensorycznego – diagnoza i postępowanie*. (A. Sawicka-Chrapkiewicz, tłum.). Harmonia Universalis.

- Kuhl, P.K. (2007). Is speech learning “gated” by the social brain? *Developmental Science*, 10(1), 110–120. <https://doi.org/10.1111/j.1467-7687.2007.00572.x>
- Leonard, L.B. (2014). *Children with specific language impairment* (wyd. 2). MIT Press.
- Liang, W.H.K., Gn, L.W.E., Tan, Y.C.D. i Tan, G.H. (2023). Speech and language delay in children: A practical framework for primary care physicians. *Singapore Medical Journal*, 64(12), 745–750. <https://doi.org/10.4103/singaporemedj.SMJ-2022-051>
- Maas, E., Robin, D.A., Hula, S.N., Freedman, S.E., Wulf, G., Ballard, K.J. i Schmidt, R.A. (2008). Principles of motor learning in treatment of motor speech disorders. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 17(3), 277–298. [https://doi.org/10.1044/1058-0360\(2008/025\)](https://doi.org/10.1044/1058-0360(2008/025))
- Majak, J., Senderski, A., Wiskirska-Woźnica, B. i Śliwińska-Kowalska, M. (2023). Diagnostyka i postępowanie w zaburzeniach przetwarzania słuchowego u dzieci. *Polish Otorhinolaryngology Review*, 12(2), 9–19. <https://doi.org/10.5604/01.3001.0053.7127>
- Mandelbaum, D.E., Stevens, M., Rosenberg, E., Wiznitzer, M. i Steinschneider, M. (2006). Sensory-motor performance in school-age children with autism, developmental language disorder, or low IQ. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 48(1), 33–39. <https://doi.org/10.1017/S0012162206000098>
- Marco, E.J., Hinkley, L.B.N., Hill, S.S. i Nagarajan, S.S. (2011). Sensory processing in autism: A review of neurophysiologic findings. *Pediatric Research*, 69(5), 48R–54R. <https://doi.org/10.1203/PDR.0b013e3182130c54>
- Moore, D.R. (2018). Auditory processing disorder (APD): Definition, diagnosis, neural basis, and intervention. *Audiology Today*, 30(1), 18–27.
- Moore, D.R., Rosen, S., Bamiou, D.-E., Campbell, N.G. i Sirimanna, T. (2010). Evolving concepts of developmental auditory processing disorder (APD). *International Journal of Audiology*, 49(4), 259–271. <https://doi.org/10.3109/14992020903440204>
- Odowska-Szlachcic, B. i Mierzejewska, B. (2013). *Wzrok i słuch – zmysły wiodące w uczeniu się w aspekcie integracji sensorycznej*. Harmonia Universalis.
- Oh, S., Jang, J.S., Jeon, A.R., Kim, G., Kwon, M., Cho, B. i Lee, N. (2024). Effectiveness of sensory integration therapy in children: A systematic review and meta-analysis. *World Journal of Clinical Cases*, 12(7), 1260–1271. <https://doi.org/10.12998/wjcc.v12.i7.1260>
- Passarello, N., Tarantino, V., Chirico, A., Menghini, D., Costanzo, F., Sorrentino, P., Fucà, E., Gigliotta, O., Alivernini, F., Oliveri, M., Lucidi, F., Vicari, S., Mandolesi, L. i Turriziani, P. (2022). Sensory processing disorders in children and adolescents: Assessment and novel therapeutic tools. *Brain Sciences*, 12(11), 1478. <https://doi.org/10.3390/brainsci12111478>
- Pennington, B.F. (2006). From single to multiple deficit models of developmental disorders. *Cognition*, 101(2), 385–413. <https://doi.org/10.1016/j.cognition.2006.04.008>
- Sharma, A., Cardon, G., Henion, K. i Roland, P. (2009). Cortical maturation and behavioral outcomes in children with auditory processing disorder. *Journal of the American Academy of Audiology*, 20(7), 430–441. <https://doi.org/10.3766/jaaa.20.7.5>

- Snowling, M.J. i Hulme, C. (2012). Interventions for children's language and literacy difficulties. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 47(1), 27–34. <https://doi.org/10.1111/j.1460-6984.2011.00081.x>
- Taal, M.N., Rietman, A.B., van der Meulen, S., Schipper, M. i Dejonckere, P.H. (2013). Children with specific language impairment show difficulties in sensory modulation. *Logopedics Phoniatrics Vocology*, 38(2), 70–78. <https://doi.org/10.3109/14015439.2012.747964>
- Thelen, E. i Smith, L. B. (1994). *A dynamic systems approach to the development of cognition and action*. MIT Press.
- Tierney, A. i Kraus, N. (2014). Auditory-motor entrainment and phonological skills. *Brain and Language*, 131, 50–61. <https://doi.org/10.1016/j.bandl.2014.01.002>
- Tomasello, M. (2014). *Historia naturalna ludzkiego myslenia* (B. Kucharzyk i R. Ociepa, tłum.). Copernicus Center Press.
- Trauner, D.A., Wulfeck, B., Tallal, P. i Hesselink, J. R. (2000). Neurological and MRI profiles of language impairment in children. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 42(7), 470–475. <https://doi.org/10.1017/S0012162200000871>
- Trevarthen, C. i Aitken, K.J. (2001). Infant intersubjectivity: Research, theory, and clinical applications. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42(1), 3–48. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00701>
- Tung, L.-C., Lin, C.-K., Hsieh, C.-L., Chen, C.-C., Huang, C.-T. i Wang, C.-H. (2013). Sensory integration dysfunction affects efficacy of speech therapy. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 9, 87–92. <https://doi.org/10.2147/NDT.S40499>
- Yoshimura, Y., Hasegawa, C., Tanaka, S., Ikeda, T., Yaoi, K., Iwasaki, S., An, K. i Kikuchi, M. (2022). Altered sensory integration from body and language development in children with autism spectrum disorder. *PCN Reports*, 1(4), e64. <https://doi.org/10.1002/pcn5.64>



Ewa Gacka

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

e-mail: ewa.gacka@uni.lodz.pl

Uniwersytet Łódzki, Polska

Profilaktyka zaburzeń rozwoju mowy dzieci z krwawieniami okołodokomorowymi

Prevention of Speech Development Disorders in Children with Periventricular Hemorrhage

KEYWORDS

periventricular hemorrhage, speech development, speech disorders, speech therapy prevention, monitoring of speech development

ABSTRACT

The aim of the article is to present and evaluate activities in the field of speech therapy prevention aimed at children with periventricular haemorrhages (PVH/IVH). This bleeding is one type of perinatal complications that increase the risk of developmental disorders, including speech development disorders. The research aimed to answer the following questions: 1) What speech therapy prevention measures are taken for children with PVH/IVH? 2) Can these measures be considered sufficient? If not, what are the reasons for this state of affairs? The identification of preventive measures was part of a larger research project devoted to the analysis of speech development disorders in children with periventricular haemorrhages, the results of which were published in a separate publication. The assessment of preventive measures was based on the opinions of parents of 37 children with PVH/IVH and the interpretation of data from patient records. The study found that none of the 37 children with PVH/IVH had undergone a speech and language assessment in the neonatal ward. Only 2 children (5%) were referred to a speech and language therapy clinic by a neonatologist, whilst 48.6% of children had undergone a speech and language therapy consultation by the age of 3, in contrast, speech disorders (of various nature) were diagnosed in 89.1% of children, and those abnormalities that can be directly attributed to PVH/IVH were found in almost 46%. All surveyed parents admitted that they were unaware of the need for regular speech and language therapy consultations for their children. The research results confirm the lack

of systemic solutions in the field of speech therapy care for patients with PVH/IVH, therefore it is recommended to introduce mandatory speech therapy tests that all children at risk of speech disorders should undergo in the first year of life. Since there are no reports in the Polish-language literature on the subject, the conducted research fills a gap in this area.

SŁOWA KLUCZE ABSTRAKT

krwawienia okołodokomorowe, rozwój mowy, zaburzenia mowy, profilaktyka logopedyczna, monitorowanie rozwoju mowy

Celem artykułu jest prezentacja i ocena działań z zakresu profilaktyki logopedycznej skierowanej na dzieci z krwawieniami okołodokomorowymi (PVH/IVH). Krwawienia te stanowią jeden z rodzajów powikłań okołoporodowych, zwiększających ryzyko zaburzeń w rozwoju, w tym zaburzeń rozwoju mowy. Badania miały odpowiedzieć na pytania: 1) Jakie działania z zakresu profilaktyki logopedycznej są podejmowane wobec dzieci z PVH/IVH? 2) Czy działania te można uznać za wystarczające? Jeżeli nie, jakie są tego przyczyny? Rozpoznanie działań profilaktycznych stanowiło część większego projektu badawczego poświęconego analizie zaburzeń rozwoju mowy u dzieci z krwawieniami okołodokomorowymi, których wyniki zamieszczono w oddzielnej publikacji. Oceny działań profilaktycznych dokonano na podstawie opinii rodziców 37 dzieci z PVH/IVH oraz interpretacji danych z dokumentacji pacjentów. Badania wykazały, że żadne z 37 dzieci z PVH/IVH nie przeszło oceny logopedycznej na oddziale neonatologicznym. Tylko 2 dzieci (5%) zostało skierowanych do poradni logopedycznej przez neonatologa, a konsultację logopedyczną do 3. roku życia przeszło 48,6% dzieci, natomiast zaburzenia mowy (o różnym charakterze) zdiagnozowano u 89,1% dzieci, a te nieprawidłowości, które można bezpośrednio traktować jako konsekwencję PVH/IVH, u prawie 46%. Wszyscy badani rodzice przyznali, że nie mieli świadomości potrzeby cyklicznych konsultacji logopedycznych swoich dzieci. Wyniki badań potwierdzają brak rozwiązań systemowych w zakresie opieki logopedycznej nad pacjentami z PVH/IVH, dlatego rekomenduje się wprowadzenie obowiązkowych badań logopedycznych, które powinny przejść wszystkie dzieci z grup ryzyka zaburzeń mowy w pierwszym roku życia. Ponieważ w polskojęzycznej literaturze przedmiotu brak doniesień poświęconych omawianej problematyce przeprowadzone badania uzupełniają lukę w tym zakresie.

Wprowadzenie

We współczesnym świecie coraz większe znaczenie przypisuje się działaniom z zakresu profilaktyki. Określenie, które początkowo funkcjonowało w medycynie, z czasem przeniknęło także do innych obszarów życia, stało się przedmiotem rozważań różnych nauk, m.in. polityki społecznej, socjologii, pedagogiki, psychologii, prawa (Skorek, 2017). Każda odmiana profilaktyki, niezależnie od fragmentu rzeczywistości, do której się odnosi, dąży do utrzymania pożądanego stanu rzeczy i niedopuszczenia do rozwoju stanów niechcianych, niekorzystnych, szkodliwych (Pytka, 1993).

Potwierdzeniem rosnącej roli profilaktyki w ochronie zdrowia było wprowadzenie do katalogu zawodów medycznych nowej pozycji – profesji profilaktyka. Stało się to na mocy Ustawy o niektórych zawodach medycznych z 17 sierpnia 2023 r. W szczególowym wykazie czynności zawodowych profilaktyka znalazły się między innymi: działania edukacyjne dla różnych grup społecznych, promocja zdrowia, analiza czynników ryzyka wystąpienia problemów zdrowotnych, identyfikowanie zagrożeń dla zdrowia populacji, ocena potrzeb zdrowotnych pacjentów oraz ich oczekiwań, planowanie i organizacja badań przesiewowych, programów profilaktycznych czy szczepień ochronnych, a także współpraca z innymi osobami wykonującymi zawody medyczne.

Także w logopedii podkreśla się znaczenie profilaktyki, choć nie zawsze to, co obecne w sferze deklaracji, znajduje odbicie w rzeczywistych przedsięwzięciach. Termin „profilaktyka logopedyczna” oznacza „całokształt form organizacyjnych, treści, metod, zasad i środków tworzących spójną strukturę służącą do zapobiegania – po pierwsze zaburzonej zdolności komunikacyjnej człowieka uwarunkowanej biologicznie i/lub środowiskowo oraz po drugie – skutkom zaburzonej zdolności komunikacyjnej dla funkcjonowania człowieka” (Skorek, 2017, s. 51). Tak rozumiana profilaktyka obok diagnozy i terapii zaburzeń mowy stanowi jeden z obszarów działań logopedów skierowany na człowieka od momentu narodzin po starość. W logopedii najbardziej rozpowszechniony jest podział na trzy stopnie profilaktyki: pierwotną, wtórną oraz trzeciorzędową (Gunia, 2011; Węsierska, 2012; Skorek, 2017).

Logopedyczna profilaktyka pierwotna (pierwszorzędowa) swoim zasięgiem obejmuje całą populację – dzieci, młodzież, dorosłych, w tym innych specjalistów: lekarzy, pielęgniarki, położne, nauczycieli, pedagogów, psychologów, pracowników socjalnych, a jej celem jest propagowanie podstaw wiedzy logopedycznej wśród ogółu społeczeństwa (Węsierska, 2012, Skorek, 2023). Profilaktyka wtórna (drugorzędowa) skierowana jest do osób lub grup ryzyka wystąpienia zaburzeń mowy i głosu, a polega na wczesnym wykryciu pierwszych symptomów nieprawidłowości, aby wdrożyć postępowanie terapeutyczne. Profilaktyka trzeciorzędowa to „ograniczenie i zmniejszenie negatywnego wpływu stwierdzonego u pacjenta zaburzenia mowy” (Węsierska, 2012, s. 41) i/lub głosu. W artykule przedstawiono wyniki badań poświęconych analizie

i ocenie logopedycznych działań profilaktycznych skierowanych na dzieci wcześniacze z krwawieniami okołodokomorowymi.

Konsekwencje krwawień okołodokomorowych

Krwawienia okołodokomorowe (PVH/IVH) należą do czynników ryzyka zaburzeń neurorozwojowych. Wymieniane są także wśród czynników ryzyka zaburzeń rozwoju mowy (Gacka, 2017, 2025). Są charakterystyczne dla dzieci urodzonych przed terminem, sporadycznie występują u noworodków z ciąż donoszonych. Zazwyczaj powstają w ciągu pierwszych kilkudziesięciu godzin życia dziecka, aż w połowie przypadków w ciągu siedmiu godzin po porodzie. Występują najczęściej u najmniej dojrzałych noworodków (Hnatyszyn, 2015). Bezpośrednie konsekwencje wylewów są często niedostrzegalne, początkowo jedynymi ich symptomami są niewielkie zmiany w napięciu mięśniowym, zmiany rytmu oddechu czy ruchu gałek ocznych (Ballabh i de Vries, 2021). Ze względu na intensywność krwotoków dzieli się je na cztery stopnie (I–IV). Stopień I oznacza te o najmniejszym nasileniu, stopniem IV określa się te najbardziej intensywne i rozległe. Wylewy okołodokomorowe mogą ulec wchłonięciu (dotyczy to zwłaszcza tych o małej intensywności), mogą też ewoluować do wyższych stopni, prowadząc np. do poszerzenia komór bocznych, powstania wodogłowia pokrwotocznego (Helwich, 2003; Hnatyszyn, 2015; Świetliński, 2017).

Brak jest jednoznacznych opinii ekspertów co do odległych skutków przebytych PVH/IVH. Rozbieżności dotyczą zwłaszcza krwawień o mniejszym nasileniu. Jedni badacze wskazują na brak trwałych następstw dla rozwoju dziecka przy krwawieniach I oraz II stopnia (Helwich, 2003; Hnatyszyn, 2015). Inni nie wykluczają ich negatywnych skutków, wspominając o ryzyku zaburzeń lokomocji, słuchu, mowy, nieprawidłowościach w zakresie kontroli postawy czy niższym średnim wskaźniku rozwoju umysłowego tych dzieci w porównaniu do wcześniaków, u których nie doszło do wylewów (Kornacka, 2003; Patra i in., 2006; Świetliński, 2017; Jeziorek i in., 2022).

Poważne konsekwencje mogą dotyczyć krwawień III oraz IV stopnia (w grupie dzieci z IV stopniem krwawienia notuje się dużą śmiertelność – Hnatyszyn, 2015). Do skutków tego typu wylewów zaliczyć można: mózgowie porażenie dziecięce (MPD), deficyty poznawcze, niepełnosprawność intelektualną, zaburzenia wzroku i słuchu, nadpobudliwość psychoruchową z deficytem uwagi (ADHD), padaczkę, a w późniejszym wieku – depresję, zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (Hnatyszyn, 2015; Ballabh i de Vries, 2021; Wang i in., 2022). Prawdopodobieństwo nieprawidłowości w rozwoju ruchowym u dzieci z III stopniem PVH/IVH średnio wynosi 26%, u dzieci z IV stopniem wzrasta ponad dwukrotnie i średnio osiąga aż 53% (Jeziorek i in., 2022). Badacze potwierdzają też większe ryzyko wystąpienia

nieprawidłowości w nabywaniu mowy u dzieci z rozległymi krwawieniami okołodokomorowymi (Tseng i in., 2023). Badania własne wykazały, że najczęstszymi zaburzeniami w rozwoju mowy związanymi z PVH/IVH jest oligofazja i dyszartria (Gacka, 2025).

Założenia metodologiczne postępowania badawczego

Celem przeprowadzonych badań była analiza i ocena działań profilaktycznych obejmujących dzieci z krwawieniami okołodokomorowymi. Dokonano jej na podstawie opinii 37 rodziców dzieci z PVH/IVH oraz przeglądu i interpretacji danych z dokumentacji specjalistycznej. Pięcio- i sześciolatek dzieci, których rodzice uczestniczyli w badaniu, urodziły się jako wcześniaki, a w dokumentacji medycznej miały potwierdzony fakt przebycia krwawienia okołodokomorowego. Udział w badaniu był dobrowolny. Rodzice dzieci wyrazili zgodę na publikację wyników badań z poszanowaniem ich prawa do anonimowości. Ocena logopedycznych oddziaływań profilaktycznych stanowiła część większego projektu badawczego dotyczącego nabywania mowy przez dzieci z PVH/IVH. Wyniki rozpoznania stanu mowy pacjentów z tego typu wylewami zostały opublikowane w oddzielnym doniesieniu (Gacka, 2025). Brak opracowań w polskojęzycznej literaturze przedmiotu zachęcił autorkę artykułu do skoncentrowania się na omawianej tematyce.

Postępowanie badawcze miało odpowiedzieć na pytania: 1) Jakie działania z zakresu profilaktyki logopedycznej są podejmowane wobec dzieci z PVH/IVH? 2) Czy działania profilaktyczne można uznać za wystarczające? Jeżeli nie, jakie są tego przyczyny? Z uwagi na to, że pytania badawcze dotyczą wartości zmiennej, a nie relacji między zmiennymi, nie sformułowano hipotez roboczych zgodnie ze stanowiskiem M. Łobockiego (2006, s. 134–135).

W badaniach wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego (z techniką wywiadu logopedycznego) oraz analizę dokumentacji specjalistycznej. Pytania wywiadu w części skoncentrowanej na profilaktyce dotyczyły wieku życia, w którym dziecko trafiło do logopedy, ewentualnych trudności z otrzymaniem skierowania do tego specjalisty, osoby kierującej na diagnozę i terapię logopedyczną, sposobu monitorowania rozwoju mowy, udzielanych rodzicom informacji na temat możliwości pomocy dzieciom zagrożonym nieprawidłowościami w rozwoju mowy, udziału w ewentualnych badaniach przesiewowych. Autorkę artykułu interesowała również wiedza rodziców (sprzed narodzin dziecka) na temat opieki logopedycznej, wczesnej interwencji logopedycznej.

Dokumenty, które poddano analizie, to karty leczenia szpitalnego (z oddziałów neonatologicznych), książeczki zdrowia dziecka, opinie specjalistów (różnych w zależności od indywidualnych potrzeb dzieci), a zwłaszcza zalecenia zawarte w tych

opiniach. Analiza dokumentacji specjalistycznej pozwoliła na uzupełnienie i weryfikowanie odpowiedzi uzyskanych od respondentów.

Charakterystyka badanej grupy

W opisywanej w artykule części przedsięwzięcia naukowego grupę badaną stanowiło 37 rodziców pięcio- i sześciolatków urodzonych przedwcześnie z wylewami okołodokomorowymi. Najmłodsze dziecko miało 5 lat i 2 miesiące, najstarsze 6 lat 9 miesięcy. W badaniu uczestniczyli rodzice dzieci urodzonych pomiędzy 25. a 34. t.c. Najmniejsza urodzeniowa masa ciała wcześniaka wynosiła 620 g, a największa 2650 g. Średnia urodzeniowa masa ciała dziecka to 1488 g.

Wśród rodziców biorących udział w badaniu było 36 matek i 1 ojciec. Rodziny pochodziły z Łodzi oraz okolicznych mniejszych miast oraz wsi. Dwanaścioro badanych rodziców posiadało wyższe wykształcenie, 18 – średnie, 7 – zawodowe. Wśród badanych dzieci 23 urodziło się jako pierwsze w rodzinie, 13 jako drugie z kolei, 1 chłopiec urodził się jako trzecie z kolei dziecko w rodzinie.

W grupie 37 dzieci z PVH/IVH było 17 dziewcząt i 20 chłopców, w tym:

- 1) dziesięcioro z I stopniem krwawienia,
- 2) szesnaścioro z II stopniem krwawienia,
- 3) dziesięcioro z III stopniem krwawienia,
- 4) jedno z IV stopniem krwawienia.

Wyniki badań

Zgodnie z założeniami profilaktyki logopedycznej proces nabywania mowy w przypadku wystąpienia czynników ryzyka jej zaburzeń powinien być monitorowany. Czynnikiem ryzyka zaburzeń rozwoju mowy są „te niekorzystne czynniki, których identyfikacja u dziecka zwiększa prawdopodobieństwo nieprawidłowości w rozwoju komunikacji językowej. Do zadziałania tych czynników może dojść w okresie prenatalnym, w czasie porodu, w okresie noworodkowym i niemowlęcym, a więc na wczesnych etapach rozwoju dziecka” (Gacka, 2017, s. 193).

Informacje z wywiadu oraz analiza dokumentacji specjalistycznej wykazały, że mimo iż u wszystkich dzieci potwierdzono co najmniej dwa z czynników ryzyka zaburzeń rozwoju mowy (wcześniactwo i krwawienia okołodokomorowe), w zaleceniach szpitalnych tylko w 2 przypadkach (5% dzieci) znalazła się adnotacja o potrzebie konsultacji logopedycznej. Wśród innych czynników ryzyka zaburzeń mowy, których obecność została odnotowana w dokumentacji szpitalnej, były:

- u 35 dzieci – mała urodzeniowa masa ciała (poniżej 2500 g),
- u 21 dzieci – trudności z przyjmowaniem pokarmu (o różnym nasileniu); (W 13 przypadkach w kartach leczenia szpitalnego odnotowano zaburzenia odruchu ssania, pozostałe odruchy ustno-twarzowe nie zostały ocenione na oddziale neonatologicznym w związku z brakiem konsultacji logopedycznej. Oceny odruchu ssania dokonał prawdopodobnie lekarz neonatolog),
- u 14 dzieci – punktacja Apgar poniżej 6 punktów w 5. minucie życia,
- u 14 dzieci – zespół zaburzeń oddychania,
- u 12 dzieci – nieprawidłowe napięcie mięśniowe,
- u 9 dzieci – podwyższony poziom bilirubiny,
- u 8 – dysplazja oskrzelowo-płucna,
- u 3 dzieci – zaburzenia wzroku pod postacią retinopatii wcześniaczej,
- u 2 niemowląt – nieprawidłowy słuch.

Pomimo manifestowanych już w okresie noworodkowym nieprawidłowości (np. trudności z przyjmowaniem pokarmów) badania logopedycznego nie przeszło żadne z hospitalizowanych dzieci, choć w oddziałach szpitalnych przebywały średnio 2,5 miesiąca od momentu porodu. Rodzice 35 dzieci (tj. 94,6% badanych) nie otrzymali też ustnej informacji od lekarza czy położnej o potrzebie zgłoszenia się do logopedy już po wypisie z oddziału neonatologicznego.

Aż 95% badanych rodziców (35 osób) nie miało świadomości, że opieka logopedyczna skierowana na dzieci z krwawieniami okołodokomorowymi (zróżnicowana w zależności od indywidualnych potrzeb) wskazana jest na wczesnym etapie życia. Z analizy dokumentacji wynika, że choć w kartach leczenia szpitalnego dzieci wypisywanych z oddziałów umieszczono adnotacje o konieczności konsultacji u różnych specjalistów (np. neurologa, neurochirurga, okulisty, kardiologa, audiologa, gastroenterologa, rehabilitanta) czy kontrolnego badania USG stawów biodrowych, to skierowanie do logopedy wystawiono tylko dwojgu dzieciom. Ponieważ w wykazie zalecanych konsultacji nie było wizyty w poradni logopedycznej, badani uznali, że nie ma takiej potrzeby. Respondenci podkreślali, że w momencie opuszczania szpitali czuli się bezradni, zagubieni, przytłoczeni nową sytuacją, w której się znaleźli po przedwczesnych narodzinach dziecka i w związku z tym potrzebowali jasnych wytycznych i wskazówek, co zrobić, gdzie szukać pomocy.

Dla wszystkich badanych (bez względu na poziom wykształcenia, co ciekawe także dla tych dwojga, którzy przy wypisie otrzymali skierowanie do poradni logopedycznej) zaskoczeniem był fakt, że już niemowlę może potrzebować opieki logopedy. Jedenaścioro rodziców wskazało, że ich starsze dzieci korzystają lub korzystały w przeszłości z pomocy logopedycznej (w przedszkolach, poradniach psychologiczno-pedagogicznych), ale trafiły tam jako kilkulatki z powodu wad wymowy, zaburzeń płynności mówienia. Placówki, w których starsze dzieci uczestniczyły w terapii, nie dawały okazji

do spotkania najmłodszych pacjentów logopedycznych (niemowląt, dzieci w wieku poniemowlęcym), stąd prawdopodobnie zdziwienie badanych rodziców.

Do szkół rodzenia uczęszczały 23 matki (62%). Z opinii badanych wynika, że w żadnej ze szkół nie poruszono kwestii wczesnych uwarunkowań rozwoju mowy, możliwości pomocy logopedycznej noworodkom i niemowlętom. Tematyka zajęć koncentrowała się na przygotowaniu do porodu rodzącej i osoby towarzyszącej, przebiegu porodu, pielęgnacji noworodka, schemacie żywieniowym dziecka, laktacji i prozdrowotnych korzyściach karmienia piersią dla dziecka i matki.

Biorąc pod uwagę czas pierwszej konsultacji logopedycznej, to przeszło ją:

- do 12. miesiąca życia – 2 dzieci (5,41%),
- pomiędzy 13.–24. miesiącem życia – 7 dzieci (18,92%),
- pomiędzy 25.–36. miesiącem życia – 9 dzieci (24,32%),
- po 37. miesiącu życia – 16 dzieci (43,24%).

W przypadku trojga dzieci (8,11%) nie odbyła się żadna konsultacja logopedyczna poza oceną w ramach projektu badawczego. Reasumując, do 3. roku życia badanie logopedyczne przeszło 18 dzieci (48,6%), co można traktować jako wczesną interwencję logopedyczną. Trzeba jednak zaznaczyć, że choć pierwsze symptomy nieprawidłowości zostały odnotowane przez lekarzy neonatologów, nie spowodowało to interwencji logopedycznej jeszcze w szpitalu lub bezpośrednio po jego opuszczeniu.

Diagnoza logopedyczna przeprowadzona przez autorkę artykułu wykazała, że zaburzenia mowy wystąpiły u 33 dzieci (89,1%). Te zaburzenia, które można traktować jako konsekwencje PVH/IVH (oligofazja, dyzartria, zaburzenia mowy związane z niedosłuchem) rozpoznano u 17 dzieci (45,9%). Poza tym u jednego dziecka (2,7%) stwierdzono rozwojowe zaburzenia języka (DLD), a u 15 przedszkolaków (40,5%) dyslalię obwodową. Na marginesie trzeba zaznaczyć, że niektóre z przyczyn dyslalii także można było zdiagnozować już w okresie noworodkowym, np. skrócone wędzidełko języka, gotyckie podniebienie, obniżone napięcie mięśni artykulatorów.

W 10 przypadkach inicjatorem konsultacji logopedycznej był neurolog, w 4 przypadkach – pediatra, w 2 przypadkach – audiolog, w 5 przypadkach – nauczyciel przedszkola, w 3 przypadkach – psycholog. Kolejnych 10 rodziców szukało pomocy logopedy z własnej inicjatywy. Tych ostatnich respondentów do takich poszukiwań skłoniły informacje od innych rodziców wcześniaków (rozmowy podczas oczekiwania na wizyty kontrolne w różnych poradniach) oraz przegląd stron internetowych poświęconych opiece nad wcześniakiem. Wszyscy respondenci bez problemu uzyskali skierowanie do logopedy.

Wnioski

Ocena działań z zakresu profilaktyki logopedycznej obejmującej dzieci z krwawieniami okołodokomorowymi jest niejednoznaczna. Badania potwierdzają, że wiele jest jeszcze do zrobienia w tym zakresie. Z pewnością zmian wymaga proces monitorowania rozwoju mowy dzieci z grup ryzyka, a do takich zaliczyć można noworodki z PVH/IVH. Żadne z 37 dzieci nie przeszło logopedycznego badania przesiewowego na oddziale szpitalnym. Tylko 2 dzieci (5%) zostało skierowanych do poradni logopedycznej przez neonatologa. W kartach leczenia szpitalnego (tzw. wypisach) aż u 35 dzieci (95%) zabrakło adnotacji o potrzebie konsultacji logopedycznej, żaden rodzic nie otrzymał też w formie ustnej takiego zalecenia. Odnotowanie przez lekarzy u wszystkich 37 niemowląt czynników ryzyka zaburzeń rozwoju mowy nie przełożyło się więc na podjęcie konkretnych działań, tj. zlecenie diagnozy logopedycznej, pomimo że w późniejszym czasie zaburzenia komunikacji językowej rozpoznano u 33 dzieci (89%). Warto zauważyć, że niewiele zmieniło się w tym zakresie w porównaniu do badań sprzed 6 lat, którymi objęto 187 dzieci z małą urodzeniową masą ciała (wcześniaki i dzieci urodzone o czasie z wewnątrzmacicznym zahamowaniem wzrastania). Małą urodzeniową masę ciała także traktuje się jako czynnik ryzyka zaburzeń rozwoju mowy (Gacka, 2020).

Badania wykazały, że osobami kierującymi dziećmi do logopedy byli neurologi, pediatri oraz audiolodzy, a wśród innych poza medykami specjalistów znaleźli się nauczyciele edukacji przedszkolnej oraz psycholodzy. W 10 przypadkach (27%) badanie mowy zostało przeprowadzone z inicjatywy samych rodziców.

Prawie połowa dzieci (48,6%) uzyskała pomoc logopedyczną w ramach wczesnej interwencji (do 3. roku życia), ale 43,2% takiej pomocy nie uzyskało w okresie niemowlęcym i poniemowlęcym, a 8,1% dzieci w ogóle nie przeszło kontrolnego badania mowy. W niektórych przypadkach można zatem mówić o spóźnionych diagnozach logopedycznych. Warto pamiętać, że monitoring rozwoju mowy pozwala na wychwytnie pierwszych symptomów nieprawidłowości. Podczas konsultacji z logopedą rodzic może otrzymać wytyczne dotyczące np. usprawniania artykulatorów, pobudzania lub wygaszania odruchów ustno-twarzowych, niwelowania trudności związanych z przyjmowaniem pokarmu, a także wskazówki dotyczące tego, jak stymulować percepcję słuchową, jak wspierać rozwój mowy oraz jej przedjęzykowe formy, takie jak: kontakt wzrokowy, uśmiech społeczny, gest wskazywania palcem, wspólne pole uwagi. Nie w każdym przypadku niezbędna jest terapia w formie cyklicznych spotkań w gabinecie logopedycznym (terapia bezpośrednia). Monitorowanie to rozpoznanie stanu mowy dziecka i zaplanowanie dalszego postępowania w formie terapii pośredniej albo terapii pośredniej (prowadzonej głównie przez rodziców) i/lub okresowe wizyty kontrolne na poszczególnych etapach życia dziecka.

Analizując przyczyny nie do końca zadawalających działań profilaktycznych, należy wskazać brak dostatecznej świadomości ze strony lekarzy neonatologów i położnych lub nieprzywiązywanie wagi to tej sfery rozwoju dziecka, bagatelizowanie przez medyków problemów związanych z nabywaniem mowy na wczesnym etapie życia. Powinno to niepokoić, gdyż neonatolog jest lekarzem posiadającym szczególne kompetencje do zajmowania się zdrowiem oraz leczeniem dzieci urodzonych przed terminem. To, czy trafią odpowiednio wcześnie na konsultację logopedyczną, w dużej mierze zależy od tego specjalisty, bo on jest w pewnym sensie koordynatorem procesu leczenia i terapii dziecka opuszczającego oddział szpitalny. Dlatego tak ważne jest popularyzowanie wiedzy na temat logopedycznych konsekwencji krwawień okołodokomorowych i innych czynników ryzyka zaburzeń mowy wśród lekarzy tej specjalności. Istotną kwestią jest także potrzeba zatrudnienia neurologopedów na oddziałach neonatologicznych, co umożliwi specjalistyczną opiekę w tym zakresie już od momentu narodzin dziecka.

Badania wykazały niski poziom wiedzy o wczesnych uwarunkowaniach rozwoju mowy oraz możliwościach pomocy logopedycznej noworodkom i niemowlętom również wśród badanych osób. Wszyscy respondenci (N = 37) deklarowali, że nie zdawali sobie sprawy z potrzeby cyklicznego kontrolowania rozwoju mowy ich dzieci. W tym kontekście warto wzbogacić programy szkół rodzenia o podstawową wiedzę z zakresu logopedii potrzebną przyszłym rodzicom (np. na temat rozwoju mowy dziecka, czynników ryzyka zaburzeń mowy czy możliwości skorzystania z opieki logopedycznej).

Analizując „słabe strony” profilaktyki logopedycznej skierowanej na dzieci z PVH/IVH, należy wskazać brak rozwiązań systemowych, uwzględniających np. obligatoryjne badania logopedyczne, które powinny przejść wszystkie dzieci z grup ryzyka zaburzeń mowy w pierwszym roku życia. Słabą stroną jest także brak koordynacji działań podejmowanych przez logopedów we współpracy z personelem medycznym, a także niewystarczający stan edukacji z zakresu elementarnej problematyki logopedycznej wśród całej populacji, także innych specjalistów.

Bibliografia

- Ballabh, P. i de Vries, L.S. (2021). White matter injury in infants with intraventricular haemorrhage: Mechanisms and therapies. *Nature Reviews Neurology*, 17(4), 199–214. <https://doi.org/10.1038/s41582-020-00447-8>
- Gacka, E. (2014). *Zaburzenia rozwoju mowy u dzieci z porodów przedwczesnych. Diagnoza i efekty oddziaływań terapeutycznych*. Harmonia Universalis.
- Gacka, E. (2017). Czynniki ryzyka wystąpienia nieprawidłowości w kształtowaniu się mowy u dzieci urodzonych przed terminem (wczesniaków) w świetle założeń profilaktyki logopedycznej. W: D. Pluta-Wojciechowska i B. Sambor (red.), *Współczesne tendencje w diagnozie i terapii logopedycznej* (s. 191–202). Harmonia Universalis.

- Gacka, E. (2020). Secondary speech therapy prophylaxis aimed at children with low birth weight – a part of research. *Interdisciplinary Contexts of Special Pedagogy*, 30, 109–123. <https://doi.org/10.14746/ikps.2020.30.06>
- Gacka, E. (2025). Rozwój mowy dzieci wcześniaczych z krwawieniami okołodokomorowymi (PVH/IVH). *Logopaedica Lodziensia*, 11, 43–55. <https://doi.org/10.18778/2544-7238.11.03>
- Gadzinowski, J. i Kęsiak, M. (2015). Definicje, terminologia, zasady opieki nad noworodkiem. W: J. Szczapa (red.), *Neonatologia* (s. 1–22). Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Gunia, G. (2011). Koncepcja i organizacja opieki logopedycznej w Polsce. W: G. Gunia i V. Lechta (red.), *Wprowadzenie do logopedii* (s. 53–67). Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Helwich, E. (200) Ewolucja najczęstszych uszkodzeń mózgu. W: M.K. Kornacka (red.), *Noworodek przedwczesnie urodzony – pierwsze lata życia* (s. 33–41), Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Hnatyszyn G. (2015) Choroby ośrodkowego układu nerwowego. W: J. Szczapa (red.), *Neonatologia* (s. 263–294). Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Jeziorek, A., Stawicka, E. i Szymańska, K. (2022). Problemy neurologiczne u dziecka urodzonego przedwczesnie. W: A. Kordek (red.), *Dziecko przedwczesnie urodzone. Pierwsze lata życia* (s. 69–133). Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Kornacka, M.K. (2003). Opieka specjalistyczna nad dzieckiem urodzonym przedwczesnie. W: E. Helwich (red.), *Wcześniak* (s. 7–20), Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Łobocki, M. (2006). *Wprowadzenie do metodologii badań pedagogicznych*. Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Patra, K., Wilson-Costello, D., Taylor, H.G., Mercuri-Minich, N. i Hack, M. (2006). Grades I–II intraventricular hemorrhage in extremely low birth weight infants: Effects on neurodevelopment. *Journal of Pediatrics*, 149(2), 169–173. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2006.04.002>
- Pytko, L. (1993). Profilaktyka wykołejenia społecznego. W: W. Pomykało (red.), *Encyklopedia pedagogiczna* (s. 630). Fundacja „Innowacja”.
- Skorek, E.M. (2017). Profilaktyka logopedyczna – poziomy i strategie. W: E.M. Skorek (red.), *Wielowymiarowość przestrzeni profilaktyki logopedycznej* (s. 51–92). Zakład Poligrafii Uniwersytetu Zielonogórskiego.
- Skorek, E.M. (2023). *Profilaktyka w logopedii – wybrane zagadnienia*. Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Świetliński, J. (2017). Zaburzenia neurologiczne. W: J. Świetliński (red.), *Neonatologia i opieka nad noworodkiem* (t. 2, s. 269–311). Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Tseng, W.L., Chen, Ch.H., Chang, J.H., Peng, Ch.Ch., Jim, W.T., Lin, Ch.Y., Hsu, Ch.H., Liu, T.Y. i Hung-Yang Chang, H.Y. (2023). Risk ractors of language delay at two years of corrected age among very-low-birth-weight preterm infants: A population-based study. *Children*, 10(2), 189. <https://doi.org/10.3390/children10020189>
- Ustawa z dnia 17 sierpnia 2023 roku o niektórych zawodach medycznych. (2023). Dz. U. poz. 1972.

- Wang, Y., Song, J., Zhang, X., Kang, W., Li, W., Yue, Y., Zhang, S., Xu, F., Wong, X. i Zhi, Ch. (2022). The impact of different degrees of intraventricular hemorrhage on mortality and neurological outcomes in very preterm infants: A prospective cohort study. *Frontiers in Neurology*, 13, 853417, <https://doi.org/10.3389/fneur.2022.853417>
- Węsierska, K. (2012). Profilaktyka logopedyczna w ujęciu systemowym. W: K. Węsierska (red.), *Profilaktyka logopedyczna w praktyce edukacyjnej* (t. 1, s. 25–47). Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.



Agnieszka Jedlińska

<https://orcid.org/0000-0003-1757-0352>

e-mail: ajedlińska@aps.edu.pl

Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie, Polska

Dorota Lipiec

<https://orcid.org/0000-0002-0056-5285>

e-mail: dlipiec@aps.edu.pl

Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie, Polska

Percepcja słuchowa i profilaktyka zaburzeń słuchu u dzieci

Auditory Perception and Prevention of Hearing Disorders in Children

KEYWORDS ABSTRACT

auditory perception,
auditory functions,
speech therapy
prevention, hearing
disorders, children

The aim of this article is to explain what auditory perception is and to emphasise its importance in the prevention of hearing disorders in pre-school and early school-age children. Based on a review of the scientific literature, the structure and functioning of the hearing organ were discussed and the concept of auditory perception – understood as a complex process involving the detection, analysis and interpretation of sound signals – was defined. The importance of speech perception in the process of hearing and the development of auditory functions in human ontogenesis was emphasised. The symptoms of peripheral and central hearing disorders were also characterised. The state of auditory perception is crucial for child development, including the development of language communication. As a result, it largely determines the course of the educational process and the functioning of the child as a student. The theoretical perspective outlined above highlights the role of hearing disorder prevention and provides recommendations in this area. The need to shape appropriate pro-health behaviours in pupils, educate teaching staff and implement preventive speech therapy measures (primary, secondary and tertiary prevention) was emphasised. The study has an educational dimension, but also a practical one, and is addressed to teachers, speech therapists and special educators.

SŁOWA KLUCZE ABSTRAKT

percepcja słuchowa,
funkcje słuchowe,
profilaktyka
logopedyczna,
zaburzenia słuchu,
dzieci

Celem artykułu jest wyjaśnienie, czym jest percepcja słuchowa oraz podkreślenie jej znaczenia dla profilaktyki zaburzeń słuchu u dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym. Na podstawie przeglądu piśmiennictwa naukowego omówiono budowę i funkcjonowanie narządu słuchu oraz zdefiniowano pojęcie percepcji słuchowej, rozumianej jako kompleksowy proces polegający na detekcji, analizie oraz interpretacji sygnałów dźwiękowych. Zaakcentowano znaczenie percepcji mowy w procesie słyszenia oraz rozwoju funkcji słuchowych w ontogenezie człowieka. Scharakteryzowano także objawy obwodowych oraz ośrodkowych zaburzeń słuchu. Stan percepcji słuchowej ma kluczowe znaczenie dla rozwoju dziecka, w tym dla rozwoju komunikacji językowej. W konsekwencji w znacznej mierze determinuje przebieg procesu edukacji, a także funkcjonowanie dziecka jako ucznia. W nakreślonej wyżej perspektywie teoretycznej ukazano rolę profilaktyki zaburzeń słuchu i opracowano zalecenia z tego zakresu. Podkreślono konieczność kształtowania właściwych zachowań prozdrowotnych uczniów, kształcenia kadry pedagogicznej, wdrożenia profilaktycznych oddziaływań logopedycznych (profilaktyka pierwszo-, drugo- i trzeciorzędowa). Opracowanie ma wymiar edukacyjny, ale również praktyczny i skierowane jest do nauczycieli, logopedów oraz pedagogów specjalnych.

Wstęp

Słuch jest pierwszym aktywnym zmysłem w ontogenezie człowieka. Już od 24. miesiąca życia płodowego dziecko zdobywa doświadczenia słuchowe (te pierwsze dotyczą dźwięków płynących z organizmu matki). W okresie prenatalnym kształtują się odruchy, rejestrowane są także zmiany aktywności płodu w efekcie docierających do niego dźwięków, co świadczy o aktywnych procesach słuchowych (Kurkowski i Kruczyńska, 2019). Słuch jest również dominującym zmysłem w procesie odbioru dźwięków mowy, jego prawidłowe funkcjonowanie stanowi podstawę rozwoju umiejętności językowego porozumiewania się z otoczeniem, a także komunikacji osób, które tę kompetencję w pełni przyswoiły (Jauer-Niworowska i Emiluta-Rozya, 2021). Docierające do ucha dźwięki odgrywają rolę sygnałów i można je podzielić na dźwięki świata zewnętrznego (niewerbalne), muzyczne oraz dźwięki mowy (werbalne). W zależności od rodzaju sygnałów akustycznych odpowiednio można mówić o słuchu fizycznym, muzycznym i mownym (Kurkowski, 2013).

Artykuł powstał na podstawie przeglądu literatury w trzech bazach danych: PubMed, Google Scholar, EBSCO z użyciem słów kluczowych: percepcja słuchowa, zaburzenia słuchu, profilaktyka zaburzeń słuchu.

Anatomia i fizjologia narządu słuchu oraz percepcja słuchowa

Narząd słuchu odbiera, koduje i przekazuje do wyższych piętér drogi słuchowej sygnały akustyczne (niewerbalne i werbalne). Funkcjonalnie można wyróżnić w nim część obwodową oraz ośrodkową. Do obwodowej należy ucho zewnętrzne, środkowe i wewnętrzne z zakończeniami nerwowymi nerwu słuchowego (część ślimakowa nerwu przedsionkowo-ślimakowego – VIII nerwu czaszkowego), zaś do ośrodkowej jądra ślimakowe, jądra oliwki górnej, wstęga boczna, wzgórek dolny, jądra kolankowate przyśrodkowe oraz kora słuchowa (Jedlińska i in., 2022). Część zewnętrzna ucha, która składa się z małżowiny usznej oraz kanału słuchowego zewnętrznego, przekazuje energię akustyczną z otoczenia na błonę bębenkową, oddzielającą ucho zewnętrzne od środkowego. Ucho środkowe, zawierające trzy kosteczki słuchowe (młoteczek, kowadełko i strzemiączko) wzmacnia drgania mechaniczne, które dalej przekazywane są do ucha wewnętrznego. Receptorem słuchu jest ślimak ulokowany w uchu wewnętrznym. W wypełnionym płynie ślimaku, w narządzie Cortiego, znajdują się komórki słuchowe, zamieniające drgania mechaniczne w impulsy elektryczne (nerwowe). Przekazywane są one nerwem przedsionkowo-słuchowym do kolejnych piętér drogi słuchowej poprzez struktury podkorowe do określonych okolic kory mózgowej. Informacje słuchowe są dekodowane i analizowane w korze słuchowej w płatach skroniowych w obu półkulach i interpretowane jako dźwięk (Narożny, 2005; Hoit i in., 2025).

Większość cech sygnału mowy (oprócz dźwięczności głosek i cech przodycznych wypowiedzi) jest kodowana oraz analizowana przez dominującą półkulę mózgową – w przypadku osób praworęcznych w 96% przypadków jest to półkula lewa. W lewej półkuli dokonuje się analiza i synteza odebranych sygnałów dźwiękowych, co umożliwia wyodrębnienie złożonych z fonemów elementów znaczących (morfemów, wyrazów) oraz interpretację znaczenia przekazów językowych (Jauer-Niworowska i Emiluta-Roży, 2021, s. 76).

Słyszenie jest odpowiedzią na fale akustyczne i wibracje mechaniczne działające na ciało. Bodźce słuchowe są wartością fizyczną dźwięku, zaś reakcja na nie wrażeniem słuchowym. Podstawowe cechy fizyczne dźwięku to natężenie (głośność), częstotliwość (wysokość) i czas trwania. Rozpoznanie dźwięku (nie tylko zauważenie) wymaga działania wyższego poziomu przetwarzania poznawczego, co umożliwi interpretację bodźca słuchowego i określane jest mianem percepcji słuchowej (Scharine i in., 2009). Obejmuje ona dźwięki niewerbalne i werbalne, jest procesem twórczym, nadającym znaczenie bodźcom sensorycznym. To „aktywny odbiór bodźców słuchowych rozproszonych wokół nas, oparty na umiejętności różnicowania dźwięków otoczenia i mowy oraz ich analizy, syntezy, interpretacji zgodnej z wiedzą, pamięcią, doświadczeniem,

które posiada dany człowiek” (Polewczyk, 2012, s. 56). Percepcja słuchowa jest zależna od poziomu poznawczego jednostki: im wyższy poziom, tym większa możliwość analizy bardziej skomplikowanych bodźców (różnicowanie dźwięków niewerbalnych od werbalnych, rozpoznawanie i identyfikacja, rozumowanie, selekcja, synteza mentalna i budowanie pojęć z udziałem bodźców słuchowych) (Scharine i in., 2009). Percepcja słuchowa doskonali się dzięki samorzutnym doświadczeniom słuchowym (bodźce ze środowiska), ale także pod wpływem celowych działań osób z otoczenia dziecka (rodzice, nauczyciele) (Polewczyk, 2012).

Percepcja mowy

W zakresie percepcji mowy Zdzisław M. Kurkowski (2013) wyróżnił następujące funkcje słuchowe:

- Recepcja dźwięków mowy – stwierdzenie obecności lub braku dźwięku, a w konsekwencji powstanie wrażenia słuchowego; możliwa jest dzięki prawidłowo działającemu słuchowi fizycznemu (fizjologicznemu), za który odpowiada obwodowa część narządu słuchu oraz niższe piętra drogi słuchowej.
- Wyodrębnianie i rozróżnianie dźwięków mowy (słuch mowny) – selekcja oraz dyskryminacja cech dźwięków mowy umożliwiająca ich różnicowanie i identyfikację; angażuje całą drogę słuchową (część obwodową i ośrodkową). Na tak rozumiany słuch mowny składa się:
 - słuch fonemowy (fonologiczny) – „zdolność do kwalifikowania wyróżnionych z potoku mowy głosek jako przynależnych do określonych, fonologicznie zeterminowanych klas głosek [czyli fonemów – dopisek autorek]” (Rocławski, 1994, s. 20); pozwala na odróżnienie i utożsamienie dwóch wypowiedzi różnych lub fonologicznie takich samych; zdolność do różnicowania jednostek elementarnych języka (fonemów), a w konsekwencji wyróżniania i identyfikacji jednostek znaczących (wyrazów, morfemów) w ciągu dźwięków mowy (Łuria, 1976); słuch fonemowy pozwala zatem na odbiór dźwięków mowy (głosek), ich odróżnienie i utożsamienie z daną klasą głosek (fonemem), przez co umożliwia rozumienie danego wyrazu oraz jego odróżnienie od wyrazu podobnego brzmieniowo; wykrywanie i odbieranie jednostkowych dźwięków mowy umożliwia kształtowanie się systemu fonologicznego (zbioru fonemów danego języka) w umyśle człowieka (Gruba, 2012);
 - słuch fonetyczny – zdolność do odróżniania głosek i zjawisk prozodycznych (Rocławski, 1994); słuchowe różnicowanie głosek, będących realizacjami tego samego fonemu; także odróżnianie głosek poprawnych od zdeformowanych (Emiluta-Rozya, 2024);

- słuch prozodyczny – percepcja i różnicowanie elementów prozodycznych wypowiedzi (akcent, melodia, rytm) w odniesieniu do płaszczyzny suprasegmentalnej; Aneta Domagała i Urszula Mirecka (2001) wyróżniają prozodyczny słuch fonologiczny (niezbędny do opanowania języka jako systemu) i prozodyczny słuch fonetyczny (stanowiący o odbiorze informacji pozasystemowych);
- analiza i synteza głoskowa/sylabowa – świadome wyróżnianie w wypowiedziach głosek/sylab (analiza) z zachowaniem ich kolejności oraz łączenie głosek/sylab w całość brzmieniową (synteza); opanowanie tej umiejętności jest podstawą nauki czytania i pisanania.
- Pamięć słuchowa daje możliwość przywołania wyobrażeń dźwięków mowy, wymaga wytworzenia właściwych wzorców słuchowych głosek, sylab, wyrazów, a także cech suprasegmentalnych mowy; pamięć słuchowa wyrazów wchodzi w zakres pamięci semantycznej (wyrazy są jednostkami znaczącymi) i umożliwia „zachowanie wszystkich elementów wypowiedzenia słownego i zrozumienie jego znaczenia oraz aktualizację podczas czynności nadawczych” (Emiluta-Roza, 2024, s. 88).
- Semantyzacja – umiejętność kojarzenia ciągów fonicznych (linearnie następujących po sobie dźwięków mowy tworzących jednostki semantyczne) z ich znaczeniem, a więc umiejętność łączenia wzorców słuchowych wyrazów z właściwymi pojęciami; przypisywanie znaczeń wypowiedziom warunkuje powstawanie odmiennych reakcji na różne bodźce.
- Kontrola słuchowa – zdolność do percepcji i analizy własnych wypowiedzi, co daje możliwość autokorekcji; wymaga jednoczesnego zaangażowania struktur mózgowych odpowiedzialnych za procesy percepcyjne i ekspresyjne.
- Lateralizacja funkcji słuchowych – dominacja jednej z półkul mózgowych, najczęściej lewej, wiąże się z dominacją jednego ucha, najczęściej prawego (przewaga percepcji prawousznej dla materiału werbalnego i lewousznej dla dźwięków niewerbalnych); dominacja półkulowa powinna być ustalona w wieku 5 lat, opóźnienia w tym zakresie mogą wpływać na centralne przetwarzanie słuchowe i językowe.
- Lokalizacja słuchowa – związana z dominacją jednego ucha aktywność przeciwnej półkuli mózgu.
- Uwaga słuchowa – umiejętność selekcji i intensyfikacji przetwarzanych dźwięków mowy.

Funkcje słuchowe zależne są od dojrzałości układu słuchowego oraz właściwej stymulacji dźwiękowej, co daje możliwość ich usprawniania (Kurkowski, 2013). Rozwijają się one od podstawowych (związanych z percepcją dźwięków otoczenia, muzyki itp.), do najwyższych (związanych z dźwiękami mowy). Są zależne od dojrzałości centralnego układu nerwowego, doświadczeń słuchowych oraz ekspozycji na dźwięki. Ich organizacja półkulowa oraz integracja międzypółkulowa są dodatkowymi cechami wpływającymi na prawidłową percepcję. Muzyka pobudza obszary płata skroniowego

w płacie prawym, zaś dźwięki mowy w płacie lewym. Inny jest sposób analizy bodźców przez obydwie półkule (holistyczny i analityczny) (Peterek, 2024). „Holistyczne opracowywanie rzeczywistości przez prawą półkulę jest uzupełniane sekwencyjną analizą jego poszczególnych elementów w półkuli lewej” (Peterek, 2024, s. 93).

Zaburzenia słuchu

Termin „zaburzenie” (ang. *disorder*) oznacza zakłócenie, nieprawidłowość w działaniu lub funkcjonowaniu czegoś; w odniesieniu do czynności fizjologicznych jest to stan odbiegający od normy (PWN, b.d.). Zaburzenia słuchu oznaczają trudności z odbiorem oraz przetwarzaniem dźwięków, obejmujące niedosłuch przewodzeniowy, odbiorczy oraz mieszany, a także ośrodkowe zaburzenia słyszenia (Lachowska, 2012). W klasyfikacji ICD-11 umiejscowiono je w rozdziale 10: Choroby ucha lub wyrostka sutkowatego (*Diseases of the ear or mastoid process*) (WHO, b.d.). Centralne zaburzenia przetwarzania słuchowego – (C)APD, (ang. *Central Auditory Processing Disorder*) są klasyfikowane jako samodzielna jednostka diagnostyczna pod kodem AB-5Y (Bernard i in., 2025).





U dzieci, w zależności od wieku, zaburzenia słuchu mogą wpływać negatywnie na rozwój lub stan mowy, a co za tym idzie na ich funkcjonowanie poznawcze i społeczne. Skutki nieprawidłowości w zakresie percepcji słuchowej zależne są od wielu czynników, wśród których wymienia się m.in.:

- etiologię (czynniki uszkadzające słuch mają charakter genetyczny lub pozagenetyczny, działają w sposób izolowany lub nakładają się na siebie);
- czas, w którym doszło do uszkodzenia słuchu (niedosłuch wrodzony lub nabyty);
- wiek, w którym wystąpiło uszkodzenie słuchu (niedosłuch prelingwalny, perylingwalny i postlingwalny);
- lokalizację:
 - przyczyna umiejscowiona w uchu zewnętrznym lub środkowym – niedosłuch przewodzeniowy,
 - przyczyna umiejscowiona w uchu wewnętrznym – niedosłuch zmysłowo-nerwowy (odbiorczy),
 - połączenie przyczyn działających równocześnie w uchu zewnętrznym i środkowym oraz wewnętrznym – niedosłuch mieszany,
 - przyczyna umiejscowiona powyżej jąder ślimakowych w pniu mózgu – ośrodkowe zaburzenia słyszenia ((centralne) zaburzenia przetwarzania słuchowego – (C)APD);
- stopień uszkodzenia (niedosłuch lekki, umiarkowany, znaczny i głęboki);

- obecność dodatkowych deficytów rozwojowych (m.in. Mueller-Malesińska i Skarżyński, 2012; Dominowska i in., 2016).

Poniżej na rysunku 1 zaprezentowano wybrane przyczyny zaburzeń słuchu u dzieci z uwzględnieniem ich podziału w zależności od miejsca uszkodzenia drogi słuchowej.

Rys. 1. Wybrane przyczyny zaburzeń słuchu u dzieci w podziale lokalizacyjnym

ZABURZENIA SŁUCHU	ETIOLOGIA
 <p>NIEDOSŁUCH PRZEWODZENIOWY (wrodzony lub nabyty)</p>	<p>zmiany w strukturach przekazujących dźwięk z ucha zewnętrznego i/lub środkowego, np. wrodzone anomalie; zmiany zapalne (przewlekłe zapalenie ucha środkowego); zmiany rozrostowe; czop woskowinowy; efekt urazu mechanicznego</p>
 <p>NIEDOSŁUCH ZMYSOWO-NERWOWY (wrodzony lub nabyty)</p>	<p>uszkodzenie komórek zmysłowych/zakończeń nerwowych w ślimaku (ucho wewnętrzne) lub nerwu słuchowego, spowodowane np. czynnikami genetycznymi (niedosłuch izolowany lub zespół wad wrodzonych, np. CHARGE); lekami ototoksycznymi; TORCH; czynnikami okołoporodowymi, np. niedotlenieniem; infekcjami bakteryjnymi i wirusowymi; urazami akustycznymi</p>
 <p>NIEDOSŁUCH MIESZANY (wrodzony lub nabyty)</p>	<p>współistnienie przewodzeniowych i odbiorczych przyczyn uszkodzenia słuchu, np. czynniki genetyczne (niedosłuch izolowany lub w zespole wad wrodzonych) oraz jednocześnie np. zmiany zapalne ucha środkowego</p>
 <p>OŚRODKOWE ZABURZENIA SŁYSZENIA – (C)APD: a. rozwojowe b. nabyte c. wtórne</p>	<p>a. nieznaną etiologią b. czynniki uszkodzające OUN w czasie życia płodowego i wczesnego dzieciństwa c. deprywacja słuchowa</p>

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: British Society of Audiology, 2011; Mueller-Malesińska i Skarżyński, 2012.

Dzięki wprowadzonym od 2002 roku powszechnym badaniom przesiewowym słuchu noworodków większość wrodzonych wad słuchu wykrywana jest tuż po porodzie. Istnieje jednak grupa dzieci z niedosłuchem postępującym, którego głębokość ulega zmianie wraz z wiekiem (pogłębia się) oraz dzieci z niedosłuchem nabytym, np. w przebiegu przewlekłego wysiękowego zapalenia ucha środkowego, zapalenia

trąbki słuchowej lub przerostu migdałków (Aygün, 2024). „Przewlekłe wysiękowe zapalenie ucha środkowego (PWZUŚ) jest jedną z najczęstszych chorób wieku dziecięcego i zarazem najczęstszą przyczyną nabytego przewodzeniowego niedosłuchu u dzieci” (Majak i in., 2023, s. 11). Niektórzy badacze przedmiotu (m.in. Moore i in., 2003; Czajka i in., 2021; Bociuk, 2022; Majak i in., 2023) podkreślają, że konsekwencją niedosłuchu przewodzeniowego w wyniku nawracającego PWZUŚ może być zaburzenie przetwarzania słuchowego – (C)APD wtórne, a także opóźniony rozwój mowy lub dyslalia słuchowa (Emiluta-Roza, 2024).

Znajomość pojawiających się u dzieci objawów zaburzeń słuchu umożliwia wczesne zauważenie takich dzieci i zapewnienie im szybkiej interwencji audiologicznej oraz, w miarę potrzeby, logopedycznej.

Objawy zaburzeń słyszenia

Nieprawidłowe słyszenie może mieć znaczący wpływ na rozwój dziecka i jego funkcjonowanie w różnych sferach życia, w tym także w obszarze nauki szkolnej. Należy podkreślić potrzebę, a nawet konieczność edukowania nauczycieli, przede wszystkim wychowania przedszkolnego i edukacji wczesnoszkolnej, w zakresie znajomości objawów mogących wskazywać na pogorszenie słuchu dziecka. Należą do nich:

- trudności ze zrozumieniem mowy,
- mowa zniekształcona (np. pomijanie początków lub końcówek wyrazów),
- trudności z pisaniami ze słuchu,
- obserwowanie twarzy osoby mówiącej,
- rozkojarzenie,
- trudności w zakresie koncentracji uwagi,
- poszukiwanie potwierdzenia właściwego zrozumienia instrukcji (np. poprzez rozglądanie się po klasie, czekanie na reakcje innych),
- opóźniona reakcja lub brak odpowiedzi na wołanie po imieniu,
- trudności z rozumieniem poleceń wydawanych w hałasie, np. na przerwie międzylekcyjnej,
- częste prośby o powtórzenie, dopytywanie „co?”, „słucham?”, trudności ze zrozumieniem pytania,
- niezapisywanie zadanych prac domowych – częste nieprzygotowania,
- siadanie zbyt blisko telewizora lub manipulowanie ustawieniem głośności,
- siadanie blisko nauczyciela i obserwowanie jego twarzy lub wręcz odwrotnie – brak zainteresowania,
- trudności z lokalizacją źródła dźwięku,
- głośne mówienie w cichym otoczeniu,

- gorsze wyniki w nauce,
- preferowanie cichych pomieszczeń, spędzanie przerw w klasie,
- objawy nadwrażliwości słuchowej w postaci bólów głowy, zawrotów głowy, zmęczenia (por. m.in. Szuchnik i Skarżyński, 2004; Gos i in., 2017).

Część wymienionych objawów, takich jak np. trudności z rozumieniem mowy w niekorzystnych warunkach akustycznych czy trudności edukacyjne, może mieć inne podłoże niż zaburzenia słuchu. Niektóre z nich mogą być także mylone z objawami ADHD, szczególnie o typie z deficytem uwagi (ADD) lub symptomami dysleksji. W każdym przypadku nauczyciel powinien poinformować o swoich obserwacjach rodziców dziecka i zalecić właściwe zdiagnozowanie zaobserwowanych trudności, zaczynając od badania audiologicznego.

Implikacje praktyczne

Osobami, które powinny zaobserwować zmiany zachowania słuchowego dziecka, są przede wszystkim rodzice. Często jednak to nauczyciele pierwsi zgłaszają narastające trudności w słuchaniu u dzieci. Dlatego kadra dydaktyczna placówek edukacyjnych powinna mieć wiedzę dotyczącą objawów pogarszającego się słuchu i trudności w przetwarzaniu słuchowym oraz sposobów postępowania w takich przypadkach. „Warto wprowadzić przesiewowe badania audiologiczne dzieci, szczególnie dla tych w wieku przedszkolnym oraz z grup ryzyka” (Bociuk, 2022, s. 56). Byłoby wskazane, aby logopedzi podczas badań przesiewowych w placówkach oświatowych przeprowadzali orientacyjne badania słuchu z wykorzystaniem mobilnych, często bezpłatnych aplikacji na telefon, oceniających ostrość słuchową (np. Aplikacja Neuroflow, Platforma Badań Zmysłów, Tester słuchu, Hearing Test). Należy traktować je jako narzędzia screeningowe i mieć świadomość konieczności pogłębienia diagnostyki audiologicznej w przypadku uzyskania wyników poniżej przewidzianych norm. Taka ocena stanowi istotny element profilaktyki drugorzędowej i wraz z profilaktyką pierwszorzędową (edukacja) przyczynia się do kształtowania zachowań prozdrowotnych i umiejętności dbania o narząd słuchu (por. Gos i in., 2017). W ramach profilaktyki drugorzędowej należy zapobiegać rozwojowi chorób narządu słuchu i ograniczać ich powikłania (szczególnie infekcje ucha) oraz zwracać uwagę na wykonywanie dzieciom szczepień ochronnych (np. przeciwko meningokokom, pneumokokom, różyczce). W przypadku stwierdzonych głębszych niedosłuchów niezbędne jest wyposażenie dzieci w aparaty słuchowe lub wszczępienie implantów ślimakowych (profilaktyka trzeciorzędowa) (Dominowska i in., 2016).

W trosce o prawidłowe słyszenie należy stwarzać dzieciom odpowiednie warunki akustyczne zarówno w środowisku domowym, szkolnym, jak i rówieśniczym.

W ramach profilaktyki zaburzeń słuchu warto edukować rodziców, nauczycieli, a także same dzieci, ucząc określonych zasad, które pomogą utrzymać słuch w jak najlepszej kondycji. Wśród zaleceń pozwalających zapobiegać zaburzeniom słuchu przez dzieci wymienić należy:

- Uczenie sposobów dbania o uszy: począwszy od częstego oczyszczania nosa podczas kataru, zasłaniania uszu podczas wietrznych lub zimnych dni, higieny uszu (nie należy czyścić uszu patyczkami higienicznymi, może to spowodować zapchanie kanału słuchowego woskowiną, a zbyt głębokie wepchnięcie patyczka grozi perforacją błony bębenkowej).
- Edukowanie dzieci na temat ryzyka uszkodzenia narządu słuchu głośnymi, nagłymi dźwiękami, zakazanie krzyczenia, cmokania, grania na instrumentach, gwizdania komuś bezpośrednio do ucha.
- Uświadomienie niebezpieczeństwa, jakie niesie odpalanie petard, strzelanie z kapiszonów (poza uszkodzeniami ciała mogą doprowadzić do trwałego uszkodzenia słuchu).
- Uczenie dzieci rozmawiania bez podnoszenia głosu, nie krzycząc do siebie.
- Zwracanie uwagi na konieczność ochrony głowy (silne uderzenie w ucho, np. piłką, ręką, nogą, może doprowadzić do urazu).
- Zachęcanie do preferowania słuchania muzyki poprzez głośniki, a nie słuchawki; w obu przypadkach przestrzeganie norm słuchania muzyki – należy zadbać o ustawienie ograniczenia głośności dźwięków, można też korzystać z aplikacji mierzących poziom głośności i czas ekspozycji (np. HearAngel).
- Wyposażenie sal dydaktycznych w materiały dźwiękochłonne, np. wykładziny, tablice korkowe w celu zminimalizowania pogłosu.
- Zmniejszenie poziomu hałasu w placówkach edukacyjnych – w przedszkolach i szkołach poziom hałasu przewyższa najczęściej poziom zalecany. Budynki położone są przy ruchliwych ulicach, co potęguje poziom głośności. Hałas wpływa negatywnie na funkcjonowanie nie tylko narządu słuchu, ale powoduje przeciążenie skutkujące bólem głowy, rozdrażnieniem, zmęczeniem, trudnościami w zasypianiu, co z kolei zmniejsza efektywność pracy umysłowej i wpływa na efekty uczenia się.
- Rozwijanie wrażliwości muzycznej (dobór słuchanej muzyki) – utwory powinny zawierać całe spektrum częstotliwości, nie jedynie niskie, które działają negatywnie na organizm.
- Ograniczanie czasu spędzanego w dyskotekach lub na koncertach (poziom głośności jest tam wysoki i powoduje odwracalne osłabienie słuchu, mijające po kilku lub kilkudziesięciu minutach, tzw. zmęczenie słuchowe; jeżeli ekspozycja na duże natężenie dźwięku jest długotrwała i częsta, może spowodować trwały niedosłuch;

wszelkie zmiany w percepcji słuchowej, np. piski w uszach, należy traktować jako sygnał ostrzegawczy) (Gáborján i in., 2025).

- Obserwowanie ewentualnych zmian w słyszeniu po infekcjach górnych dróg oddechowych i/lub ucha oraz aktywnej alergii wziewnej; należy uczulać dzieci, aby zgłaszały, że gorzej słyszą, natomiast rodziców, aby po infekcjach ucha wykonywali dzieciom badanie tympanometrii (kontrolne badania słuchu).
- Zwracanie uwagi na dzieci, które podczas pobytu w przedszkolu lub w czasie lekcji w szkole oddychają torem ustnym, wyglądają na zmęczone lub niewyspane, często chorują – mogą być to objawy powiększonych migdałków, których wielkość i położenie uniemożliwia wentylację ucha środkowego, tym samym wpływając negatywnie na ostrość słuchową (por. m.in. Szuchnik i Skarżyński, 2004; Dominowska i in., 2016; Gos i in., 2017).

„Według danych Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) szacuje się, że około 34 mln dzieci na całym świecie ma zaburzenia słuchu” (Skarżyński i in., 2021, s. 20). Około 60% przypadków zaburzeń słuchu u dzieci poniżej 15. roku życia można ograniczyć dzięki odpowiednim działaniom w ramach profilaktyki pierwotnej (Skarżyński i in., 2021). Postępowanie profilaktyczne powinno być prowadzone wielotorowo i obejmować monitorowanie stanu słuchu (badania przesiewowe słuchu noworodków oraz dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym, ze szczególnym uwzględnieniem dzieci z grup ryzyka), jak również pedagogizację rodziców, nauczycieli, a także samych dzieci. Profilaktykę zaburzeń słuchu należy włączać w obszar profilaktyki logopedycznej, ponieważ wszelkie działania mające na celu zapobieganie pogorszeniu słyszenia będą sprzyjały prawidłowemu rozwojowi dziecka (w tym kompetencji językowej) oraz właściwemu przebiegowi jego edukacji.

Bibliografia

- Ayğün, R. Gökçe, B., Özdamar, O.I. i Acar, G.Ö. (2024). Investigation of the effect of pediatric serous otitis media on music perception and auditory processing. *Indian Journal of Otolaryngology*, 30(4), 267–271. https://doi.org/10.4103/indianjotol.indianjotol_85_24
- Bernard, M.W., Koohi, N. i Bamiou, D.E. (2025). Auditory processing disorder: An online survey of hearing healthcare professionals' knowledge and practices. *International Journal of Audiology*, 64(2), 121–130. <https://doi.org/10.1080/14992027.2024.2321155>
- Bociuk, W.W. (2022). Przewlekłe zapalenie ucha środkowego a funkcje słuchowe u dzieci w wieku szkolnym. *Nowa Audiofonologia*, 11(1), 45–57. <https://doi.org/10.17431/11.1.4>
- British Society of Audiology. (2011). *Position statement auditory processing disorder (APD)*. <https://www.thebsa.org.uk/wp-content/uploads/2023/10/OD104-39-Position-Statement-APD-2011-1.pdf>

- Czajka, N., Skarżyński, P.H. i Skarżyński, H. (2021). Trudności dotyczące ośrodkowych zaburzeń przetwarzania słuchowego z perspektywy lekarzy, instytucji orzekających i pacjentów. *Nowa Audiofonologia*, 10(1), 53–57. <https://doi.org/10.17431/10.1.6>
- Domagała, A. i Mirecka, U. (2001). Słuch fonemowy. Odkrywanie elementarnych jednostek systemu językowego. *Logopedia*, 29, 53–70.
- Dominowska, J.K., Cybulski, M. i Krajewska-Kułał, E. (2016). Profilaktyka niedosłuchu u dzieci do 7. roku życia. *Pediatrics i Medycyna Rodzinna*, 12(4), 384–393. <https://doi.org/10.15557/PiMR.2016.0038>
- Emiluta-Rozya, D. (2024). *Całościowe badanie logopedyczne z materiałem obrazkowym*. Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej.
- Gáborján, A. Koscsó, G., Garai, R., Tamás, L., Vicsi, K. i Hacki, T. (2025). Prevention of noise-induced hearing loss in children – evidence-informed recommendations for safe listening at events. *International Journal of Audiology*, 64(10), 1017–1026. <https://doi.org/10.1080/14992027.2025.2467789>
- Gos, E., Ludwikowski, M., Skarżyński, P. i Skarżyński, H. (2017). Elementy profilaktyki i edukacji zdrowotnej w badaniach przesiewowych słuchu dzieci w wieku szkolnym. *Nowa Audiofonologia*, 6(3), 19–25. <https://doi.org/10.17431/906251>
- Gruba, J. (2012). *Ocena słuchu fonemowego u dzieci w wieku przedszkolnym*. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Hoit, J.D., Weismer, G., Story, B.H. i Lester-Smith, R.A. (2025). *Foundations of speech and hearing: Anatomy and physiology*. Plural Publishing.
- Jauer-Niworowska, O. i Emiluta-Rozya, D. (2021). *Logopedyczne i psychologiczne aspekty diagnozowania zaburzeń mowy*. Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej.
- Jedlińska, A., Lipiec, D. i Maliszewska-Barej, K. (2022). *Zrozumieć dziecko z ryzykiem dysleksji. Trudności w nauce czytania i pisania*. Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej.
- Kurkowski, Z.M. (2013). *Audiogenne uwarunkowania zaburzeń komunikacji językowej*. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Kurkowski, Z. i Kruczyńska, A. (2019). Rozwój funkcji słuchowych. W: S. Milewski i E. Czaplewska (red.), *Surdologopedia teoria i praktyka* (s. 74–85). Harmonia Universalis.
- Lachowska, M. (2012). Diagnostyka różnicowa zaburzeń słyszenia. *Neurologia po Dyplomie*, 7(6), 47–53.
- Łuria, A.R. (1976). *Podstawy neuropsychologii* (tłum. D. Kądzielawa). Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.
- Majak, J., Senderski, A., Wiskirska-Woźnica B. Śliwińska-Kowalska, M. (2023). *Diagnostyka i postępowanie w zaburzeniach przetwarzania słuchowego u dzieci*. <https://doi.org/10.5604/01.3001.0053.7127>
- Moore, D.R., Hartley, D.E. i Hogan, S. (2003). Effects of otitis media with effusion (OME) on central auditory function. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 67(1), 63–7. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijporl.2003.08.015>

- Mueller-Malesińska, M., i Skarżyński, H. (2012). Klasyfikacja zaburzeń słuchu. W: S. Grabias i M. Kurkowski (red.), *Logopedia – teoria zaburzeń mowy* (s. 91–116). Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Narożny, W. (2005). Anatomia narządu słuchu. W: M. Śliwińska-Kowalska (red.), *Audio-logia kliniczna* (s. 1–8). Oficyna Wydawnicza Mediton.
- Peterek, M. (2024). Neurobiologiczne podłoże stymulacji rozwoju funkcji językowych dziecka za pomocą frazy melodycznej. *Studia Logopaedica*, 8, 91–97. <https://doi.org/10.24917/20837283.8.8>
- Polewczyk, I. (2012). *Diagnozowanie i stymulowanie rozwoju percepcji słuchowej u dzieci w wieku przedszkolnym*. Wydawnictwo Akademickie Żak.
- PWN. (b.d.). Zaburzenie. W: *Słownik języka polskiego PWN*. Pobrano 18.12.2025 r. z: <https://sjp.pwn.pl/slowniki/zaburzenie.html>
- Roślowski, B. (1994). *Słuch fonemowy i fonetyczny. Teoria i praktyka*. Glottispol.
- Scharine, A.A., Cave, K.D. i Letowski, T.R. (2009). Auditory perception and cognitive performance. W: C.E. Rash, M.B. Russo, T.R. Letowski i E.T. Schmeisser (red.), *Helmet-mounted displays: Sensation, perception and cognition issues* (s. 391–490). U.S. Army Aeromedical Research Laboratory.
- Skarżyński, P.H., Świerniak, W., Karpowicz, M., Zdanowicz, R., Czajka, N. i Skarżyński, H. (2021). Program badań przesiewowych słuchu w szkołach podstawowych z terenów wiejskich. *Nowa Audiofonologia*, 10(1), 19–25. <https://doi.org/10.17431/10.1.2>
- Szuchnik, J. i Skarżyński, H. (2004). *Uczeń – zmysły i komunikacja*. Stowarzyszenie Przyjaciół Osób Nieśłyszących i Niedosłyszących „Człowiek–Człowiekowi”.
- WHO. (b.d.). *ICD-11. International Classification of Diseases 11th Revision*. <https://icd.who.int/en/>



Maria Faściszewska

<https://orcid.org/0000-0001-7576-2585>

e-mail: maria.fasciszewska@ug.edu.pl

Uniwersytet Gdański, Polska

Badanie przesiewowe dzieci w wieku przedszkolnym (2;0–5;11) pod kątem ryzyka utrzymania się jąkania – praktyczne zastosowanie LogoTestu 4

Screening of Preschool Children (2;0–5;11) for the Risk of Persistent Stuttering – Practical Application of LogoTest 4

KEYWORDS

stuttering, screening,
LogoTest 4, case
study

ABSTRACT

Early identification of preschool children at risk of persistent stuttering is a key component of prevention and early speech-language intervention. In clinical practice, this is particularly important because the aim of screening in this age group is not solely to make a categorical diagnosis, but primarily to assess the risk of symptom persistence and to determine whether further monitoring, comprehensive diagnostic evaluation, or early speech-language intervention is warranted. Although developmental speech disfluencies resolve spontaneously in many children, in some cases they persist and may negatively affect the child's communicative, emotional, and social functioning, as well as family well-being.

The aim of this article is to present the practical application of LogoTest 4, a free screening tool designed to assess the risk of persistent stuttering in children aged 2;0–5;11. LogoTest 4 is an online screening instrument that combines a parent-report questionnaire with a structured, brief speech assessment conducted by a speech-language pathologist. The parental questionnaire is available in several language versions and can be completed either during an appointment or remotely. The entire procedure enables the systematic collection of information on risk factors for persistent stuttering.

The article also presents the use of the parental questionnaire in a case study of a 4.5-year-old girl, illustrating how LogoTest 4 can be applied in the screening process, in identifying risk factors for persistent stuttering, and in guiding decisions regarding further diagnostic assessment, monitoring, or early intervention in accordance with current recommendations based on evidence-based practice principles.

SŁOWA KLUCZE ABSTRAKT

jąkanie, badanie przesiewowe, LogoTest 4, studium przypadku

Wczesna identyfikacja dzieci w wieku przedszkolnym z ryzykiem utrzymywania się objawów jąkania stanowi kluczowy element profilaktyki oraz wczesnej interwencji logopedycznej. W praktyce klinicznej ma to istotne znaczenie, ponieważ celem badania przesiewowego w tej grupie wiekowej nie jest wyłącznie katagoryczne rozpoznanie zaburzenia, lecz przede wszystkim ocena ryzyka utrzymywania się objawów oraz podjęcie decyzji dotyczącej dalszego monitorowania, pogłębionej diagnozy lub wczesnej interwencji logopedycznej. Choć u wielu dzieci objawy nie płynności mowy o charakterze rozwojowym ustępują samoistnie, u części z nich utrzymują się i mogą negatywnie wpływać na funkcjonowanie komunikacyjne, emocjonalne i społeczne dziecka oraz jego rodziny.

Celem niniejszego artykułu jest przedstawienie praktycznego zastosowania LogoTestu 4 – bezpłatnego narzędzia przesiewowego służącego do oceny ryzyka utrwalenia się jąkania u dzieci w wieku od 2;0 do 5;11 lat. LogoTest 4 ma formę internetowego narzędzia przesiewowego, które łączy kwestionariusz rodzicielski z ustrukturyzowaną krótką oceną mowy dziecka prowadzoną przez logopedę. Kwestionariusz rodzicielski jest dostępny w kilku wersjach językowych i może być wypełniany zarówno podczas spotkania, jak i zdalnie. Cała procedura umożliwi systematyczne gromadzenie informacji dotyczących czynników ryzyka utrzymywania się jąkania.

W artykule przedstawiono również wykorzystanie kwestionariusza rodzicielskiego w studium przypadku 4,5-letniej dziewczynki, które ilustruje sposób zastosowania LogoTestu 4 w procesie badania przesiewowego, identyfikacji czynników ryzyka utrzymywania się jąkania oraz kwalifikacji dziecka do dalszej diagnozy, monitorowania lub wczesnej interwencji zgodnie z aktualnymi rekomendacjami opartymi na zasadach *evidence-based practice*.

Wprowadzenie

Jąkanie rozwojowe (ang. *developmental stuttering*) jest jednym z najczęściej występujących zaburzeń płynności mowy w okresie wczesnego dzieciństwa. Termin ten wywodzi się z literatury anglojęzycznej i odnosi się do jąkania, które pojawiło się

w dzieciństwie, najczęściej między 2. a 5. rokiem życia. Jest to zaburzenie płynności mowy, w którym płynny tok wypowiedzi zostaje zakłócony przez częste lub nadmierne długie występowanie określonych typów niepłynności, takich jak powtórzenia głosek lub sylab, powtórzenia wyrazów (szczególnie jednosylabowych), przeciągnięcia głosek lub przerw w ciągłości mowy z towarzyszącym bezgłośnym napięciem artykulatoryjnym. Objawy te u części osób mogą utrzymywać się przez całe życie (Logan, 2018). W niniejszym artykule odwołano się do tej terminologii.

Częstość występowania jąkania u dzieci szacuje się na od 5 do 8% przed ukończeniem 9. roku życia (Månsson, 2000; Reilly i in., 2009), przy czym odsetek ten jest znacznie wyższy u młodszych dzieci i wynosi 11,2% do 4. roku życia (Reilly i in., 2013). Typowy wiek pojawienia się jąkania przypada na okres 30–48 miesięcy życia, ze średnią około 33 miesięcy (Yairi i Ambrose, 1999, 2013). Badania wskazują, że u znacznej części dzieci jąkających się – nawet do 80% – objawy mogą ustąpić samistnie w ciągu około 15 miesięcy od ich pojawienia się (Yairi i Ambrose, 1999, 2005). Dane te bywają jednak interpretowane jako argument za odkładaniem interwencji i przyjmowaniem strategii biernego oczekiwania. Tymczasem badania pokazują, że wraz z wiekiem dziecka szanse na spontaniczne ustąpienie jąkania wyraźnie maleją – około piątego roku życia spadają do poziomu 50–60% (Walsh i in., 2021). Krótko po zaobserwowaniu pierwszych objawów jąkania szansa na spontaniczne ustąpienie oceniana jest na około 75%. Ryzyko to spada do 63% po jednym roku, 47% po dwóch latach, 16% po trzech latach i ostatecznie do około 5% po czterech latach od rozpoczęcia jąkania (Yairi i Seery, 2015).

Autorzy podkreślają, że okres od kilku miesięcy do roku od pojawienia się niepłynności ma kluczowe znaczenie kliniczne, ponieważ w tym czasie wzrasta ryzyko utrwalania się jąkania rozwojowego oraz rozwoju negatywnych reakcji emocjonalnych i zachowań unikowych (Yaruss i Reardon-Reeves, 2017). Opóźnione zgłoszenie się dziecka do specjalisty często skutkuje rozpoczęciem terapii dopiero na etapie pełnej diagnozy, co może ograniczać jej skuteczność. Wprowadzenie badań przesiewowych w nieselekcjonowanych populacjach dzieci umożliwiłoby wcześniejszą identyfikację jąkania na istotnych etapach rozwoju oraz ograniczenie opóźnień w podejmowaniu interwencji terapeutycznej (Howell, 2013).

Warto podkreślić, że jąkanie rozwojowe jest zaburzeniem, które w istotny sposób wpływa na funkcjonowanie dziecka oraz jego rodziny w wymiarze komunikacyjnym, emocjonalnym i społecznym. Badanie ankietowe oceniające postrzeganie wpływu jąkania na dziecko oraz na rodziców przeprowadzone wśród 77 rodziców przez Langevin, Packman i Onslowa (2010) wykazało, że jąkanie u dzieci w wieku przedszkolnym ma silny wpływ nie tylko na dziecko, lecz także na funkcjonowanie całej rodziny. Aż 69 rodziców (89,6%) dostrzegało różnorodne negatywne konsekwencje jąkania u swoich dzieci, najczęściej objawiające się w postaci frustracji, wycofania, ograniczenia

aktywności werbalnej oraz unikania sytuacji komunikacyjnych, a 27,3% wskazywało na dokuczanie ich dzieciom ze strony rówieśników. Jednocześnie 70 rodziców (90,9%) deklarowało wpływ jąkania dziecka na własne funkcjonowanie, najczęściej w postaci niepokoju, niepewności, frustracji oraz obwiniania siebie. Uzyskane wyniki potwierdzają zasadność uwzględniania wpływu jąkania na dzieci i ich rodziny w procesie podejmowania decyzji o rozpoczęciu lub odroczeniu terapii logopedycznej. Reakcje poznawczo-afektywne na jąkanie, takie jak negatywne postawy komunikacyjne czy ukryte unikanie sytuacji komunikacyjnych, są coraz częściej uznawane za istotne elementy jąkania, nawet u bardzo małych dzieci (Ezrati-Vinacour i in., 2001; Langevin i in., 2009; Tichenor i Yaruss, 2019). Około 60% dzieci jåkających się doświadcza dokuczania lub prześladowania ze strony rówieśników (Blood i in., 2011), a dodatkowo wykazuje wyższy poziom lęku w porównaniu z dziećmi mówiącymi płynnie.

Znaczenie wczesnej identyfikacji czynników ryzyka utrzymania się jåkania

Badania przesiewowe (*screening*) odgrywają kluczową rolę w procesie wczesnej identyfikacji dzieci z podwyższonym ryzykiem utrzymania się jåkania rozwojowego. W wielu krajach, takich jak Niemcy, Belgia, Holandia czy Stany Zjednoczone, ocena ryzyka pojawienia się i utrzymania jåkania stanowi element rutynowych, corocznych bilansów pediatrycznych. Podczas tych wizyt lekarze dokonują oceny rozwoju mowy dzieci w wieku 3, 4 i 5 lat, uwzględniając również aspekty związane z niepełnością mowy i jåkaniem (Neumann i in., 2017). W Polsce tego typu procedury nie są standardowo stosowane. Najczęściej to rodzice, którzy zauważyli u swojego dziecka objawy jåkania, inicjują kontakt ze specjalistą i zgłaszają się do logopedy. Pierwsza konsultacja ma wówczas szczególne znaczenie i powinna odbyć się możliwie jak najszybciej po pojawieniu się objawów jåkania z obydwójgiem rodziców/opiekunów dziecka (Fańciszevska, 2020). Dla logopedów i innych specjalistów pracujących z małymi dziećmi istotnym wyzwaniem jest odróżnienie jåkania o charakterze przejściowym, które może ustąpić samoistnie, od jåkania o zwiększonym ryzyku utrwalania się (Pertijs i in., 2014; Costa i in., 2022).

Coraz częściej podkreśla się, że ze względu na zmienny charakter jåkania nie jest wystarczające opieranie się wyłącznie na obserwacji niepełności w mowie dziecka. W związku z tym wstępne badanie przesiewowe powinno obejmować szczegółową rozmowę z rodzicami dziecka, u którego pojawiło się jąkanie, podczas której analizowane są czynniki ryzyka jego utrzymania się. Takie postępowanie opiera się na aktualnych wytycznych i rekomendacjach klinicznych opracowanych zgodnie z zasadami praktyki opartej na dowodach (*evidence-based practice*), m.in. przez Amerykańskie

Stowarzyszenie Logopedów i Audiologów Mowy (ASHA, 1994; ASLHA 2006) oraz holenderskie organizacje zawodowe (NVLf, NVST i stowarzyszenie Demosthenes) w latach 2014 i 2020 (Pertjjs i in., 2014; NVLF, 2020). W rekomendacjach tych podkreśla się znaczenie zastosowania standaryzowanych narzędzi przesiewowych, takich jak *Screening List Stuttering* (SLS), przeznaczonych dla dzieci poniżej 6. roku życia. Kwestionariusze te uzupełniane są przez rodziców dziecka, a następnie wspólnie ze specjalistą od spraw płynnego mówienia analizowane, co umożliwia określenie dalszych kroków diagnostycznych i terapeutycznych. Analiza dokumentacji pozwala na precyzyjne określenie momentu rozpoczęcia interwencji, jak i wyznacza kierunek dalszego postępowania klinicznego w przypadku obecności czynników ryzyka utrzymania się jąkania.

Zgodnie z zaleceniami American Speech-Language-Hearing Association (ASHA, 2006) wczesną interwencję należy podjąć wtedy, gdy jąkanie utrzymuje się co najmniej 6 miesięcy, pojawiło się po 3,5 roku życia, nasila się w czasie, występuje historia jąkania w rodzinie, obserwowane są trudności językowe lub artykulacyjne, widoczne jest nadmierne napięcie mięśniowe, dziecko ma świadomość zaburzenia lub rodzice odczuwają silny niepokój. Rekomendacje holenderskie dodatkowo wskazują, że u dzieci, u których jąkanie pojawiło się przed 4. rokiem życia, należy prowadzić uważny monitoring rozwoju płynności mowy, a terapię rozpocząć najpóźniej przed ukończeniem 5. roku życia, jeśli nie następuje wyraźna poprawa. Decyzje kliniczne powinny uwzględniać także indywidualne czynniki dziecka oraz poziom niepokoju rodziców.

Celem badania przesiewowego nie jest postawienie pełnej diagnozy, lecz wyłonienie dzieci wymagających dalszych, pogłębionych badań lub objęcia wczesną interwencją. W sytuacji, gdy liczba czynników ryzyka utrzymania się jąkania jest niewielka, widoczna jest również tendencja do zmniejszania nasilenia objawów jąkania, co może świadczyć o naturalnym ich ustępowaniu, zaleca się monitoring przez okres jednego roku. Wytyczne monitorowania jąkania opisano w dokumencie *Richtlijn stotteren bij kinderen, adolescenten en volwassenen* (Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie [NVLf], 2020). Podkreśla się w nich, że w okresie, gdy dziecko jest objęte monitoringiem, rodzice uczą się oceny nasilenia jąkania (częstotliwości, czasu trwania i sposobu realizacji niepełności), a następnie systematycznie dokumentują te obserwacje, pozostając w regularnym kontakcie z logopedą. Spotkania kontrolne powinny odbywać się co 1–3 miesiące. W okresie monitorowania rodzice otrzymują jedynie ograniczoną liczbę zaleceń wspierających płynność mowy dziecka, bez wprowadzania pełnej terapii. Po 9–12 miesiącach rodzice wspólnie z logopedą dokonują oceny przebiegu zmian. W przypadku wyraźnego zmniejszania się nasilenia objawów jąkania monitorowanie jest kontynuowane, natomiast przy braku poprawy lub nasilaniu się objawów powinno się rozpocząć terapię.

Badania wskazują, że wczesna interwencja – podejmowana na podstawie rzetelnej oceny ryzyka – znacząco zmniejsza prawdopodobieństwo negatywnego wpływu jąkania na funkcjonowanie dziecka i jego rodziny (ASHA, 2006).

LogoTest 4 – charakterystyka narzędzia

Zgodnie z wytycznymi ASHA (2006) wczesną interwencję należy rozważyć szczególnie wtedy, gdy obecne są czynniki ryzyka utrzymania się jąkania u dziecka. W tym kontekście *LogoTest 4. Badanie przesiewowe dzieci w wieku przedszkolnym (2;0–5;11) pod kątem ryzyka utrzymania się jąkania* może pełnić funkcję narzędzia wspierającego podejmowanie świadomej decyzji terapeutycznej przez logopedów. Celem narzędzia nie jest postawienie pełnej diagnozy, lecz wyłonienie dzieci wymagających dalszych, pogłębionych badań lub objęcia wczesną interwencją.

LogoTest 4 jest bezpłatnym narzędziem, które zostało opracowane przez Marię Fańciszevską i udostępnione przez firmę mTalent w ramach Europejskiego Dnia Logopedy w 2022 roku. Narzędzie to jest dostępne w formie pliku PDF oraz interaktywnego badania przesiewowego online na platformie mTalent/Learnetic. Istotnym atutem jest również dostępność kwestionariusza rodzicielskiego w kilku wersjach językowych (ukraińskiej, rosyjskiej i angielskiej), co zwiększa jego użyteczność w praktyce diagnostycznej w zróżnicowanych środowiskach językowych, w tym dwu- i wielojęzycznych.

Celem LogoTestu 4 jest wczesna identyfikacja dzieci z grupy ryzyka utrwalenia się jąkania oraz wsparcie logopedów i rodziców w podejmowaniu decyzji dotyczących dalszego postępowania, takich jak monitorowanie, poradnictwo, skierowanie na pogłębioną diagnozę lub rozpoczęcie terapii. Narzędzie nie zastępuje pełnej diagnozy logopedycznej, lecz stanowi jej etap wstępny.

LogoTest 4 składa się z dwóch uzupełniających się części: kwestionariusza rodzicielskiego oraz badania przesiewowego mowy dziecka. Kwestionariusz obejmuje pytania dotyczące rozwoju i komunikacji dziecka, aspektów jąkania oraz funkcjonowania psychospołecznego i może być wypełniany stacjonarnie lub zdalnie. Narzędzie dostępne jest w kilku wersjach językowych, m.in. w języku polskim, angielskim, ukraińskim, rosyjskim, co zwiększa jego dostępność dla rodzin wielojęzycznych. Badanie mowy obejmuje m.in. nazywanie obrazków, powtarzanie zdań oraz krótką narrację opartą na historyjce obrazkowej. Logopeda ocenia płynność wypowiedzi dziecka w kilku próbach oraz ma możliwość nagrania próbki mowy, która nie jest archiwizowana w systemie.

Średni czas wypełnienia kwestionariusza wynosi około 15 minut, a badanie mowy dziecka trwa około 10 minut. Wyniki z kwestionariusza są automatycznie zestawiane w raporcie końcowym, który można zapisać lub wydrukować oraz uzupełnić o dodatkowe informacje. LogoTest 4 stanowi praktyczne wsparcie w codziennej pracy klinicznej,

szczególnie podczas pierwszych konsultacji, monitorowania rozwoju płynności mowy oraz podejmowania decyzji dotyczących wczesnej interwencji lub dalszej obserwacji.

LogoTest 4 w perspektywie modelu ICF

LogoTest 4 obejmuje szerokie spektrum czynników ryzyka utrzymania się jąkania, które można jednoznacznie przyporządkować do poszczególnych komponentów modelu Międzynarodowej klasyfikacji funkcjonowania, niepełnosprawności i zdrowia (ICF; World Health Organization [WHO], 2001; Yaruss i Quesal, 2004; Faściszewska, 2022). Takie podejście jest zgodne z biopsychospołecznym modelem jąkania, w którym objawy niepełności mowy postrzegane są jako rezultat interakcji czynników biologicznych, psychologicznych i środowiskowych. Uwzględnienie struktury modelu ICF w konstrukcji narzędzia LogoTest 4 (zob. tabela 1) umożliwi wielowymiarową ocenę funkcjonowania dziecka. Analiza nie ogranicza się wyłącznie do częstotliwości i rodzaju niepełności mowy, lecz obejmuje również sposób komunikacyjnego funkcjonowania dziecka w codziennych sytuacjach, jego reakcje emocjonalne na jąkanie, a także wpływ środowiska rodzinnego i społecznego. Takie całościowe ujęcie ma szczególne znaczenie w procesie wczesnej identyfikacji dzieci zagrożonych utrwaleniem się jąkania oraz przy podejmowaniu decyzji dotyczących monitorowania dziecka lub rozpoczęcia interwencji terapeutycznej.

Tabela 1. Komponenty modelu ICF a obszary oceniane w LogoTeście 4

Komponent modelu ICF	Obszary oceniane w LogoTeście 4	Przykładowe czynniki ryzyka
Funkcje i struktury ciała	Aspekty językowe i przebieg niepełności	Rodzaj i jakość niepełności, nasilenie objawów, zmiany napięcia w czasie, czas trwania jąkania, presja czasowa i komunikacyjna
Aktywności i uczestnictwo	Funkcjonowanie komunikacyjne dziecka	Uczestnictwo lub brak w sytuacjach wymagających mówienia, reakcje dziecka na własne jąkanie
Czynniki osobowe	Rozwój i cechy dziecka	Płeć, wiek pojawienia się jąkania, rozwój językowy (opóźniony i przyspieszony), trudności rozwojowe, osobowość dziecka (łękliwość, perfekcjonizm), świadomość jąkania
Czynniki środowiskowe	Kontekst rodzinny i społeczny	Reakcje rodziców na niepełność, poziom lęku i obaw opiekunów, presja komunikacyjna otoczenia, dokuczanie/bullying

Takie ujęcie umożliwia systematyczną i wielowymiarową analizę czynników ryzyka utrzymania się jąkania u dzieci w wieku przedszkolnym. Uwzględnia ono zarówno aspekty związane bezpośrednio z mową i komunikacją, jak i czynniki indywidualne oraz środowiskowe, które – zgodnie z modelem ICF – mogą istotnie wpływać na przebieg i konsekwencje jąkania. W praktyce klinicznej pozwala to logopedzie na bardziej precyzyjne określenie profilu ryzyka dziecka oraz na planowanie dalszego postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w sposób dostosowany do jego indywidualnych potrzeb i sytuacji rodzinnej.

Zastosowanie kwestionariusza rodzicielskiego z LogoTestu 4 w praktyce logopedycznej – studium przypadku

Poniżej przedstawiono pojedyncze studium przypadku 4,5-letniej dziewczynki, które ma charakter ilustracyjny i dydaktyczny. Jego celem jest zobrazowanie praktycznego zastosowania kwestionariusza rodzicielskiego z LogoTestu 4 w procesie badania przesiewowego, identyfikacji czynników ryzyka utrzymania się jąkania oraz podejmowania decyzji dotyczących dalszego postępowania klinicznego (monitorowanie, pogłębiona diagnoza lub wczesna interwencja logopedyczna).

Przedstawione studium przypadku zostało opracowane jako jakościowy opis kliniczny (ang. *case study*). Analiza opierała się na danych pochodzących z: 1) kwestionariusza rodzicielskiego stanowiącego element LogoTestu 4 (zob. ryc. 1–3), 2) obserwacji klinicznej mowy dziecka podczas konsultacji logopedycznej, 3) informacji uzyskanych w toku monitorowania przebiegu oddziaływań terapeutycznych. Zgromadzone dane analizowano jakościowo, odnosząc je do obecności i nasilenia czynników ryzyka utrzymania się jąkania opisywanych w literaturze przedmiotu i aktualnych rekomendacjach klinicznych (m.in. ASHA, 2006; Pertijs i in., 2014; NVLF, 2020).

W badaniu wykorzystano kartę dla rodziców stanowiącą element LogoTestu 4 – badania przesiewowego dzieci w wieku przedszkolnym, służącą do oceny czynników ryzyka utrzymywania się jąkania (zob. ryc. 1–3). Procedura analizy obejmowała identyfikację czynników ryzyka w czterech obszarach: a) charakterystyki niepełności mowy i dynamiki objawów w czasie, b) cech rozwojowych i indywidualnych dziecka, c) funkcjonowania emocjonalno-komunikacyjnego oraz d) czynników środowiskowych, w tym reakcji rodziców i kontekstu rodzinnego. Na tej podstawie opracowano jakościowy profil ryzyka utrzymania się jąkania, który stanowił podstawę decyzji klinicznej.

Ryc. 2. Karta z kwestionariusza rodzicielskiego z *LogoTestu 4 – badania przesiewowego dzieci w wieku przedszkolnym (2;0–5;11) pod kątem ryzyka utrzymania się jękania, s. 2*

8. Czy od początku wystąpienia niepełności zauważyli Państwo następujące zmiany w objawach:

A. Tak, objawy się nasiliły <input checked="" type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie wiem	B. Objawy utrzymują się na tym samym poziomie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie wiem
C. Objawy czasem znikają i potem wracają <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie wiem	D. Tak, objawy zmalały <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie wiem

9. Czy niepełności w mowie dziecka nasilają się, gdy:

A. Rozpoczyna wypowiedź <input checked="" type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie wiem	B. Udziela odpowiedzi na pytania <input checked="" type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie wiem	C. Podczas tworzenia wypowiedzi narracyjnych <input checked="" type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie wiem
D. Rozmawia z osobą dorosłą <input checked="" type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie wiem	E. Rozmawia z innymi dziećmi <input type="checkbox"/> Tak <input checked="" type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie wiem	F. Jest pozytywnie podekscytowane <input checked="" type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie wiem
G. Jest zirytowane <input checked="" type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie wiem	H. Ktoś mu przerywa <input checked="" type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie wiem	I. Jest zmęczone <input checked="" type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie wiem
J. Jest pod presją czasową <input checked="" type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie wiem	K. Tworzy trudną wypowiedź na nowy temat <input checked="" type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie wiem	

ASPEKT PSYCHOSPOŁECZNY

10. Czy dziecko ma świadomość swoich trudności z mową?
 Tak Nie Nie wiem

11. Czy reakcją dziecka na swoje jękanie jest:

A. Unikanie mówienia i wypowiadanie się rzadziej <input type="checkbox"/> Tak <input checked="" type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie wiem	B. Zastanianie ust ręką podczas mówienia <input type="checkbox"/> Tak <input checked="" type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie wiem	C. Gestykulacja zamiast mówienia <input type="checkbox"/> Tak <input checked="" type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie wiem
D. Tępanie nogami wtedy, gdy mówienie sprawia trudność <input type="checkbox"/> Tak <input checked="" type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie wiem	E. Widoczna irytacja, nerwowość <input type="checkbox"/> Tak <input checked="" type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie wiem	F. Mówienie: nie mogę tego powiedzieć, nie mogę mówić <input type="checkbox"/> Tak <input checked="" type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie wiem
G. Zamiana słów na inne <input checked="" type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie wiem	H. Unikanie kontaktu wzrokowego z rozmówcą <input type="checkbox"/> Tak <input checked="" type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie wiem	

12. Czy podejmowali/podejmują Państwo rozmowy z dzieckiem na temat jego jękania?
 Tak Nie Nie wiem

13. Proszę o zaznaczenie na skali poziomu Państwa zaniepokojenia z powodu pojawienia się jękania u dziecka (10 oznacza silne zaniepokojenie, a 1 – brak zaniepokojenia)

A. Skala dla matki/opiekunki □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 <input checked="" type="checkbox"/>	B. Skala dla ojca/opiekuna □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 <input checked="" type="checkbox"/>
---	---

14. Czy dziecko kiedykolwiek doświadczyło dokuczania z powodu swojego mówienia ze strony bliskich, innych osób dorosłych lub rówieśników?
 Tak Nie Nie wiem

Ryc. 3. Karta z kwestionariusza rodzicielskiego z *LogoTestu 4* – badania przesiewowego dzieci w wieku przedszkolnym (2;0–5;11) pod kątem ryzyka utrzymania się jąkania, s. 3

15. Jaka jest Państwa reakcja w momencie wystąpienia objawów jąkania w mowie dziecka?		
A. Rada, by dziecko mówiło wolniej, spokojniej <input checked="" type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie wiem	B. Danie dziecku czasu na dokończenie wypowiedzi <input checked="" type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie wiem	C. Odwracanie wzroku <input type="checkbox"/> Tak <input checked="" type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie wiem
D. Dokończenie wypowiedzi za dziecko <input type="checkbox"/> Tak <input checked="" type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie wiem	E. Przypomnienie, by uspokoiło się i zastanowiło, co chce powiedzieć <input type="checkbox"/> Tak <input checked="" type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie wiem	F. Zachowywanie się tak, jakby nic się nie stało <input checked="" type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie wiem
G. Powtarzanie płynnie za dzieckiem wyrazu, zdania wypowiedzianego przez dziecko niepełennie <input type="checkbox"/> Tak <input checked="" type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie wiem		

16. Czy podane określenia pasują do Państwa dziecka?		
A. Nerwowe <input type="checkbox"/> Tak <input checked="" type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie wiem	B. Wrażliwe <input checked="" type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie wiem	C. Perfekcjonistyczne <input type="checkbox"/> Tak <input checked="" type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie wiem
D. Wstydlive <input type="checkbox"/> Tak <input checked="" type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie wiem	E. Łękiłwe <input type="checkbox"/> Tak <input checked="" type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie wiem	F. Nadpobudliwe <input type="checkbox"/> Tak <input checked="" type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie wiem
G. Mało pewne siebie <input type="checkbox"/> Tak <input checked="" type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie wiem		

Kwestionariusz wypełnili rodzice dziewczynki w wieku 4 lat i 5 miesięcy, u której od około sześciu miesięcy obserwowano objawy jąkania. W wywiadzie rodzinnym stwierdzono przypadki samoistnego ustąpienia jąkania. W obrazie niepełności mowy obserwowano powtórzenia sylab, według rodziców dominowały 2–3-krotne powtórzenia sylab lub głosek bez widocznego napięcia mięśniowego oraz przeciąganie samogłosek i spółgłosek. Rodzice wskazywali, że objawy jąkania nasiliły się w ostatnim czasie. Nasilenie niepełności było szczególnie widoczne podczas rozpoczynania wypowiedzi, udzielania odpowiedzi na pytania, tworzenia wypowiedzi narracyjnych, rozmów z osobami dorosłymi, a także w sytuacjach związanych z presją czasową, zmęczeniem lub podwyższonym pobudzeniem emocjonalnym u dziecka. Z informacji uzyskanych od rodziców wynikało, że dziewczynka rozwija się prawidłowo pod względem ogólnym, ale jej rozwój mowy jest przyspieszony w porównaniu z rówieśnikami.

Według rodziców dziewczynka wykazywała świadomość swoich trudności w mówieniu, jednak na obecnym etapie nie prezentowała jeszcze licznych reakcji unikowych ani wyraźnych negatywnych emocji związanych z jąkaniem. Jediną zaobserwowaną przez bliskich strategią kompensacyjną była zamiana słów na inne. W obszarze psychospołecznym rodzice opisywali swoje dziecko jako wrażliwe i perfekcjonistyczne. Nie zauważyli, by córka miała doświadczenia dokuczania ze strony rówieśników z powodu mówienia.

Rodzice reagowali na jąkanie córki w sposób wspierający, dawali dziecku czas na dokończenie wypowiedzi oraz zachowywali się tak, jakby nic się nie stało. Jednocześnie deklarowali bardzo wysoki poziom zaniepokojenia z powodu pojawienia się objawów jąkania (mama 10/10, tata 9/10).

Analiza danych uzyskanych z LogoTestu 4 wskazywała na podwyższone ryzyko utrzymania się jąkania. Do najistotniejszych czynników ryzyka utrzymania się jąkania należały: czas trwania objawów przekraczający sześć miesięcy, nasilenie się objawów w czasie, historia jąkania w rodzinie, świadomość jąkania u dziecka, przyspieszony rozwój mowy oraz wysoki poziom niepokoju u rodziców, nie płynności typowe dla jąkania, czyli 2–3-krotne powtórzenia sylab i głosek, przeciągnięcia głosek przekraczające 1 sekundę. Nasilenie nie płynności wzrastało w sytuacjach zwiększonego obciążenia komunikacyjnego, takich jak rozpoczynanie wypowiedzi, odpowiedzi na pytania, tworzenie narracji, presja czasowa oraz zmęczenie. Dodatkowo odnotowano trudności w przyjmowaniu pokarmów, które mogą pośrednio wskazywać na obniżoną stabilność funkcji oralno-motorycznych lub podwyższoną wrażliwość sensoryczną, co stanowi istotną informację uzupełniającą w kontekście całościowej oceny funkcjonowania dziecka.

W trakcie diagnozy dziecka logopeda dokonał oceny jego spontanicznych wypowiedzi oraz obserwacji jego zachowań komunikacyjnych w sytuacjach o zróżnicowanym obciążeniu językowym. Ocena ta pozwoliła na potwierdzenie obserwacji rodziców dotyczących rodzaju, nasilenia oraz kontekstu występowania objawów nie płynności mowy, a także na uzupełnienie profilu klinicznego o dane pochodzące z bezpośredniego kontaktu z dzieckiem.

Po omówieniu wyników LogoTestu 4 oraz diagnozy dziecka wspólnie z rodzicami podjęto decyzję o wdrożeniu terapii pośredniej w modelu Palin Parent–Child Interaction (PCI) (Kelman i Nicholas, 2008, 2020). Działania terapeutyczne koncentrowały się na modyfikacji środowiska komunikacyjnego dziecka poprzez wzmacnianie wspierających zachowań komunikacyjnych rodziców oraz budowanie bezpiecznej, spokojnej przestrzeni do mówienia. Równoległe rodzice odbyli konsultację z terapeutką karmienia, której celem była psychoedukacja oraz zmniejszenie presji i nakłaniania dziewczynki do spożywania posiłków. Dziewczynka była również objęta terapią logopedyczną w przedszkolu z powodu współwystępujących trudności artykulacyjnych. W razie utrzymywania się jąkania zalecono rozważenie rozpoczęcia bezpośredniej terapii z dzieckiem.

Po zakończeniu terapii, trwającej sześć miesięcy (łącznie sześć spotkań z rodzicami), nie obserwowano nie płynności mowy u dziewczynki. Zarówno rodzice, jak i logopeda przedszkolny oraz wychowawcy grupy nie odnotowali występowania objawów nie płynności. Zalecono rodzicom pozostanie w kontakcie terapeutycznym przez okres co najmniej jednego roku. Nie wdrożono bezpośredniej pracy z dzieckiem.

Po około sześciu miesiącach od zakończenia terapii uzyskano informację zwrotną od rodziców, wskazującą na utrzymywanie się stabilnej płynnej mowy u dziecka, bez nasilonych objawów nie płynności, również w sytuacjach zwiększonego stresu. Dziewczynka funkcjonowała swobodnie w komunikacji, była pogodna, pewna siebie i dobrze

zaadaptowała się w środowisku przedszkolnym. Sporadyczne powtórzenia słów pojawiały się jedynie przy bardzo długich wypowiedziach i miały charakter rozwojowo naturalny. Rodzice podkreślali, że proces terapeutyczny przebiegł w sposób łagodny, profesjonalny i wspierający, a aktualną sytuację komunikacyjną dziecka oceniają jako bardzo dobrą. Informacje te potwierdziła wychowawczyni dziewczynki w placówce przedszkolnej. Ustalono, że rodzice pozostaną w kontakcie terapeutycznym przez okres minimum jednego roku, tzn. w razie sytuacji niepokojących rodziców mają się niezwłocznie skontaktować z terapeutą.

Należy podkreślić, że przedstawiony opis ma charakter pojedynczego studium przypadku i jako taki posiada istotne ograniczenia metodologiczne. Studium przypadku stanowi użyteczną formę ilustracji procesu klinicznego oraz praktycznego zastosowania narzędzia przesiewowego, jednak nie pozwala na formułowanie wniosków o charakterze uogólniającym ani na ocenę skuteczności narzędzia lub interwencji w sensie populacyjnym. Uzyskane obserwacje odnoszą się do indywidualnego przebiegu objawów i konkretnego kontekstu rodzinnego, rozwojowego oraz terapeutycznego dziecka. Dodatkowo poprawa obserwowana w przebiegu jąkania rozwojowego może częściowo pozostawać w związku z naturalną zmiennością objawów oraz możliwością spontanicznej remisji, co wymaga ostrożności interpretacyjnej. Z tego względu studium przypadku należy traktować przede wszystkim jako materiał ilustracyjny wspierający opis procedury klinicznej, a nie jako dowód skuteczności o charakterze eksperymentalnym. Potwierdzenie przydatności klinicznej LogoTestu 4 wymaga dalszych badań prowadzonych na większych grupach dzieci, z zastosowaniem bardziej sformalizowanych procedur oceny trafności, rzetelności i wartości predykcyjnej narzędzia.

Wnioski

Przeprowadzona analiza potwierdza, że ważne jest zastosowanie narzędzi przesiewowych w procesie wczesnej identyfikacji dzieci w wieku przedszkolnym zagrożonych utrwaleniem się jąkania. Narzędzia tego typu umożliwiają systematyczne i wielowymiarowe uwzględnienie czynników ryzyka, które nie zawsze są widoczne w krótkiej obserwacji mowy dziecka, a mają istotne znaczenie prognostyczne.

Wykorzystanie LogoTestu 4 wspiera logopedę w podejmowaniu świadomych decyzji klinicznych opartych na zasadach *evidence-based practice*, ograniczając ryzyko zarówno nieuzasadnionego odrzucania interwencji, jak i nadmiernego wdrażania terapii w przypadkach, w których możliwa jest spontaniczna poprawa. Połączenie danych z kwestionariusza rodzicielskiego oraz obserwacji mowy dziecka pozwala na bardziej precyzyjne określenie profilu ryzyka oraz zaplanowanie dalszego postępowania – monitorowania, poradnictwa rodzicielskiego lub wczesnej interwencji.

Przedstawione studium przypadku wskazuje, że zastosowanie LogoTestu 4 może stanowić istotne wsparcie w procesie kwalifikowania dziecka do terapii pośredniej lub bezpośredniej oraz monitorowania przebiegu oddziaływań terapeutycznych, np. zmniejszania natężenia jąkania, zmniejszenia natężenia niepokoju rodziców. Narzędzie to sprzyja również budowaniu współpracy z rodzicami, zwiększając ich świadomość czynników ryzyka oraz poczucie bezpieczeństwa w podejmowanych decyzjach terapeutycznych.

Dyskusja

W Polsce brak jest powszechnych, standaryzowanych narzędzi do badań przesiewowych jąkania u dzieci w wieku przedszkolnym, co znacząco ogranicza możliwość jego wczesnej identyfikacji. W praktyce klinicznej rozpoznanie jąkania następuje najczęściej dopiero po zgłoszeniu problemu przez rodziców logopedzie, nauczycielowi lub lekarzowi pediatrze. Brak centralnych danych populacyjnych dotyczących liczby dzieci z jąkaniem utrudnia ocenę skali problemu oraz planowanie systemowych rozwiązań diagnostyczno-terapeutycznych.

Dodatkowo dzieci z jąkaniem, u których nie stwierdza się współwystępujących zaburzeń rozwojowych, nie są objęte systemowym wsparciem w ramach pomocy psychologiczno-pedagogicznej ani wczesnego wspomaganie rozwoju. W konsekwencji wielu rodziców zmuszonych jest do korzystania z terapii w prywatnych gabinetach logopedycznych, a pomoc w środowisku przedszkolnym lub szkolnym bywa ograniczona. Organizacja zajęć logopedycznych, ich krótki czas trwania oraz forma grupowa często nie odpowiadają specyfice terapii zaburzeń płynności mowy, które wymagają indywidualnego podejścia oraz aktywnego udziału rodziców.

Brak badań przesiewowych oraz ograniczona dostępność specjalistów zajmujących się terapią jąkania mogą prowadzić do opóźnionego rozpoczęcia wdrożenia działań terapeutycznych. Jak wskazują badania, czas trwania nie płynności zwiększa ryzyko narastania trudności emocjonalnych oraz społecznych, szczególnie po rozpoczęciu edukacji szkolnej. W tym kontekście zastosowanie standaryzowanych narzędzi przesiewowych, takich jak LogoTest 4, może stanowić istotny element poprawy wczesnej opieki nad dziećmi jąkającymi się oraz wsparcia procesu podejmowania decyzji klinicznych przez logopedów.

Bibliografia

American Speech-Language-Hearing Association. (1994). Guidelines for practice in stuttering treatment. *ASHA Supplement, 14*, 26–35.

- American Speech-Language-Hearing Association. (2006). *Fluency disorders*. ASHA Practice Portal. https://www.asha.org/practice-portal/clinical-topics/fluency-disorders/#collapse_5
- Blood, G.W., Blood, I.M., Tramontana, G.M., Sylvia, A.J., Boyle, M.P. i Motzko, G.R. (2011). Self-reported experience of bullying of students who stutter: Relations with life satisfaction, life orientation, and self-esteem. *Perceptual and Motor Skills*, 113(2), 353–364. <https://doi.org/10.2466/07.10.15.17.PMS.113.5.353-364>
- Costa, J.B., Ritto, A.P., Juste, F., Sassi, F.C. i de Andrade, C.R.F. (2022). Risk factors for the development of persistent stuttering: What every pediatrician should know. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(9), art. 5225. <https://doi.org/10.3390/ijerph19095225>
- Ezrati-Vinacour, R., Platzky, R. i Yairi, E. (2001). The young child's awareness of stuttering-like disfluency. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 44(2), 368–380. [https://doi.org/10.1044/1092-4388\(2001/030\)](https://doi.org/10.1044/1092-4388(2001/030))
- Faściszewska, M. (2020). Kierunki działań dotyczące potrzeby podjęcia wczesnej interwencji terapeutycznej u dzieci jękających się w wieku przedszkolnym. W: I. Więcek-Poborczyk i J. Żulewska-Wrzosek (red.), *Interdyscyplinarność w logopedii. Konieczność czy nadmiar?* (s. 129–146). Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej.
- Faściszewska, M. (2022). *Badanie przesiewowe dzieci w wieku przedszkolnym (2;0–5;11) pod kątem ryzyka utrzymania się jękania (wersja interaktywna)*. Przewodnik i instrukcja. Learnetic SA. <https://www.logotest.pl/>
- Howell, P. (2013). Screening school-aged children for risk of stuttering. *Journal of Fluency Disorders*, 38(2), 102–123. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2012.09.002>
- Kelman, E. i Nicholas, A. (2008). *Practical intervention for early childhood stammering: Palin PCI approach*. Speechmark Publishing.
- Kelman, E. i Nicholas, A. (2020). *Palin parent-child interaction therapy for early childhood stammering* (wyd. 2). Routledge.
- Langevin, M., Packman, A. i Onslow, M. (2009). Peer responses to stuttering in the preschool setting. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 18(3), 264–276. [https://doi.org/10.1044/1058-0360\(2009/07-0087\)](https://doi.org/10.1044/1058-0360(2009/07-0087))
- Langevin, M., Packman, A. i Onslow, M. (2010). Parent perceptions of the impact of stuttering on their preschoolers and themselves. *Journal of Communication Disorders*, 43(5), 407–423. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2010.05.003>
- Logan, K.J. (2018). Stuttering, developmental. W: J.S. Kreutzer, J. DeLuca i B. Caplan (red.), *Encyclopedia of Clinical Neuropsychology*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-57111-9_887
- Månsson, H. (2000). Childhood stuttering: Incidence and development. *Journal of Fluency Disorders*, 25(1), 47–57. [https://doi.org/10.1016/S0094-730X\(99\)00023-6](https://doi.org/10.1016/S0094-730X(99)00023-6)
- Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie. (2020). *Richtlijn stotteren bij kinderen, adolescenten en volwassenen*. <https://nedverstottertherapie.nl/wp-content/uploads/2021/02/Richtlijn-stotteren-2020-def.pdf>
- Neumann, K., Euler, H.A., Bosshardt, H.G., Cook, S., Sandrieser, P. i Sommer, M. (2017). The pathogenesis, assessment and treatment of speech fluency disorders.

- Deutsches Ärzteblatt International*, 114(22–23), 383–390. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2017.0383>
- Pertijts, M.A.J., Onk, L.C., de Beer, J.J.A., Bunschoten, E.M., Bast, E.J.E.G., van Ormondt, J., Rosenbrand, C.J.G.M., Bezemer, M., van Wijngaarden, L.J., Kalter, E.J. i van Veenendaal, H. (2014). *Clinical guideline stuttering in children, adolescents and adults*. Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie. https://www.isastutter.org/wp-content/uploads/2016/08/Clinical_Guideline_Stuttering.pdf
- Reilly, S., Onslow, M., Packman, A., Cini, E., Conway, L., Ukoumunne, O.C. i Wake, M. (2013). Natural history of stuttering to 4 years of age: A prospective community-based study. *Pediatrics*, 132(3), 460–467. <https://doi.org/10.1542/peds.2012-3067>
- Reilly, S., Onslow, M., Packman, A., Wake, M., Bavin, E.L., Prior, M., Eadie, P., Cini, E., Bolzonello, C. i Ukoumunne, O.C. (2009). Predicting stuttering onset by the age of 3 years: A prospective, community cohort study. *Pediatrics*, 123(1), 270–277. <https://doi.org/10.1542/peds.2007-3219>
- Tarkowski, Z., Humeniuk, E. i Dunaj, J. (2011). *Jąkanie w wieku przedszkolnym*. Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego.
- Tichenor, S.E. i Yaruss, J.S. (2019). Stuttering as defined by adults who stutter. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 62(12), 4356–4369. https://doi.org/10.1044/2019_JSLHR-19-00137
- Tonnis, M., & van Ormondt, J. (2021). *Patiëntenversie Richtlijn Stotteren 2020*. Demosthenes. <https://www.demosthenes.nl/index.php/stotteren/richtlijn>
- Walsh, B., Christ, S. i Weber, C. (2021). Exploring relationships among risk factors for persistence in early childhood stuttering. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 64(8), 2909–2927. https://doi.org/10.1044/2021_JSLHR-21-00034
- World Health Organization. (2001). *International classification of functioning, disability and health (ICF)*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42407>
- Yairi, E. i Ambrose, N.G. (1999). Early childhood stuttering: Persistency and recovery rates. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 42(5), 1097–1112. <https://doi.org/10.1044/jslhr.4205.1097>
- Yairi, E. i Ambrose, N.G. (2005). *Early childhood stuttering: For clinicians by clinicians*. Pro-Ed.
- Yairi, E. i Ambrose, N.G. (2013). Epidemiology of stuttering: 21st century advances. *Journal of Fluency Disorders*, 38(2), 66–87. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2012.11.002>
- Yairi, E., & Seery, C.H. (2015). *Stuttering: Foundations and clinical applications*. Pearson.
- Yaruss, J.S. i Quesal, R.W. (2004). Stuttering and the International Classification of Functioning, Disability, and Health: An update. *Journal of Communication Disorders*, 37(1), 35–52. [https://doi.org/10.1016/S0021-9924\(03\)00052-2](https://doi.org/10.1016/S0021-9924(03)00052-2)
- Yaruss, J.S. i Reardon-Reeves, N. (2017). *Early childhood stuttering therapy: A practical guide*. Stuttering Therapy Resources.



Danuta Kądziołka

<https://orcid.org/0009-0000-0599-2481>

e-mail: danuta.kadziolka@ignatianum.edu.pl

Uniwersytet Ignatianum w Krakowie, Polska

Rola miniscreeningu barier komunikacyjnych w profilaktyce logopedycznej uczniów neuroróżnorodnych w szkole

The Role of a Communication Barriers Miniscreening Tool in Speech-Language Preventive Practice for Neurodiverse Students in School Settings

KEYWORDS

speech-language prevention, neurodiversity, communication barriers, functional assessment, miniscreening

ABSTRACT

The concept of neurodiversity emphasizes the natural diversity of students' cognitive, linguistic, and communicative functioning, which poses an important challenge for contemporary schooling and speech-language practice. In inclusive education, communication difficulties are increasingly understood as barriers emerging in the interaction between the student and the educational environment rather than solely as a result of individual developmental deficits. The aim of this article is to present and analyze a communication barriers miniscreening tool as an original, prediagnostic observational instrument used in speech-language preventive practice in school settings, with particular relevance for neurodiverse students. The article adopts a theoretical-methodological perspective and outlines the structure and intended use of the tool. It is situated within the classical three-tier model of prevention and within a framework of universal, selective, and indicated interventions, with a focus on the early identification of communication barriers in natural school situations. The miniscreening supports decisions regarding further forms of speech-language support and modifications of the educational environment. It is emphasized that the tool does not replace specialist assessment but constitutes an element of preventive practice aimed at reducing communication barriers and strengthening students' participation in the educational process.

SŁOWA KLUCZE **ABSTRAKT**

profilaktyka
logopedyczna,
neuroróżnorodność,
bariery
komunikacyjne,
ocena funkcjonalna,
miniscreening

Koncepcja neuroróżnorodności podkreśla naturalne zróżnicowanie sposobów funkcjonowania poznawczego, językowego i komunikacyjnego uczniów, co stanowi istotne wyzwanie dla współczesnej szkoły oraz praktyki logopedycznej. W warunkach edukacji włączającej trudności komunikacyjne coraz częściej ujmowane są jako bariery ujawniające się w relacji pomiędzy uczniem a środowiskiem edukacyjnym, a nie wyłącznie jako efekt indywidualnych deficytów rozwojowych. Celem artykułu jest przedstawienie i analiza miniscreeningu barier komunikacyjnych jako autorskiego, prediagnostycznego narzędzia obserwacyjnego stosowanego w profilaktyce logopedycznej w środowisku szkolnym, ze szczególnym uwzględnieniem uczniów neuroróżnorodnych. Artykuł ma charakter teoretyczno-metodologiczny i przedstawia strukturę oraz planowane zastosowanie narzędzia. Omówiono jego osadzenie w klasycznym trójstopniowym modelu profilaktyki oraz w systemie interwencji uniwersalnych, selektywnych i wskazujących, z naciskiem na wczesne rozpoznawanie barier komunikacyjnych w naturalnych sytuacjach szkolnych. Miniscreening wspiera podejmowanie decyzji o dalszych formach wsparcia logopedycznego oraz modyfikacjach środowiska edukacyjnego. Podkreślono, że narzędzie nie zastępuje specjalistycznej diagnozy, lecz stanowi element profilaktyki ukierunkowanej na ograniczanie barier komunikacyjnych i wzmacnianie uczestnictwa uczniów w procesie edukacyjnym.

Wstęp

Współczesna szkoła funkcjonuje w warunkach rosnącej różnorodności poznawczej, językowej i komunikacyjnej uczniów. Obejmuje ona zarówno uczniów z rozpoznanymi specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, jak i tych, których funkcjonowanie komunikacyjne nie mieści się w normach oczekiwanych przez szkołę, lecz nie spełnia kryteriów klinicznej diagnozy. Trudności językowe w wieku szkolnym są relatywnie częste, wiążą się z obniżonym funkcjonowaniem edukacyjnym i społecznym (Norbury i in., 2016), a kompetencje językowe i komunikacyjne stanowią istotny warunek uczestnictwa ucznia w procesie uczenia się i funkcjonowania szkolnego (Cywińska, 2017). Trudności te współwystępują także z problemami w nauce czytania w polskiej populacji dzieci w wieku wczesnoszkolnym (Kamykowska i in., 2025), a dane podłużne wskazują na ich długofalowe konsekwencje psychospołeczne i edukacyjne (Clegg i in., 2005).

Wyniki systematycznych przeglądów badań pokazują również, że trudności językowe mają znaczenie nie tylko dla rozwoju samej komunikacji, lecz także dla osiągnięć szkolnych w szerszym zakresie. Uczniowie z rozwojowym zaburzeniem językowym

(*developmental language disorder*, DLD) uzyskują słabsze wyniki w różnych obszarach programu nauczania, co wzmacnia argument na rzecz możliwie wczesnego rozpoznawania barier komunikacyjnych w środowisku szkolnym (Ziegenfusz i in., 2022).

W tym kontekście użyteczna okazuje się perspektywa neuroróżnorodności, akcentująca naturalne zróżnicowanie sposobów funkcjonowania poznawczego, językowego i komunikacyjnego uczniów. Ujęcie to odchodzi od wyłącznie deficytowego opisu trudności i sprzyja interpretowaniu ich w relacji do warunków środowiskowych. Pozostaje ono zbieżne z modelami społecznymi i biopsychospołecznymi, w których trudność ujawnia się w relacji pomiędzy osobą a wymaganiami otoczenia. W literaturze podkreśla się, że społeczne ujęcie zaburzeń komunikacji przesuwa punkt ciężkości z samego rozpoznania deficytu na analizę barier w otoczeniu i ich wpływu na uczestnictwo, co pokazano m.in. w odniesieniu do jąkania (Constantino i in., 2022) oraz szerzej w ujęciach neuroróżnorodności i modelu biopsychospołecznego (Dwyer, 2022; Doyle, 2020). Z perspektywy edukacyjnej oznacza to przesunięcie akcentu z pytania o deficyt na pytanie o warunki komunikacyjne wspierające lub ograniczające uczestnictwo ucznia w procesie uczenia się.

W logopedii szkolnej profilaktyka traktowana jest jako równorzędny obszar praktyki obok diagnozy i terapii, pod warunkiem zachowania jej wyraźnej odrębności od procedur diagnostycznych oraz systemowego i środowiskowego charakteru działań (Węsierska, 2012; Skorek, 2023). Taki sposób myślenia pozostaje spójny z rozwijanym również w polskiej pedagogice specjalnej podejściem do oceny funkcjonalnej, w którym punkt ciężkości przesuwa się z etykiet diagnostycznych na opis rzeczywistego funkcjonowania ucznia oraz planowanie adekwatnego wsparcia edukacyjno-specjalistycznego (Otrębski i in., 2022).

Jednym z wyzwań pozostaje ograniczona dostępność krótkich narzędzi obserwacyjnych, które umożliwiłyby nienormatywne rozpoznawanie barier komunikacyjnych w codziennych sytuacjach szkolnych. Literatura wskazuje, że procedury oparte wyłącznie na pomiarach testowych mogą nie oddawać funkcjonalnego wymiaru komunikacji, a dobór narzędzi przesiewowych wymaga szczególnej ostrożności metodologicznej (Dockrell i Marshall, 2015).

Celem opracowania jest przedstawienie i analiza autorskiego miniscreeningu barier komunikacyjnych jako narzędzia obserwacyjnego o funkcji prediagnostycznej wspierającego profilaktykę logopedyczną w środowisku szkolnym. W artykule przyjęto perspektywę funkcjonalną, zgodnie z którą trudności komunikacyjne ujawniające się w szkole należy analizować w relacji pomiędzy sposobem funkcjonowania ucznia a warunkami środowiska edukacyjnego.

Założenia metodologiczne i konstrukcja miniscreeningu barier komunikacyjnych

Artykuł ma charakter teoretyczno-metodologiczny i przedstawia autorski miniscreening barier komunikacyjnych jako narzędzie profilaktyki logopedycznej stosowane w środowisku szkolnym. Celem tej części jest określenie statusu narzędzia, jego podstaw teoretycznych oraz zakresu możliwego zastosowania, z zachowaniem rozróżnienia pomiędzy działaniami profilaktycznymi a diagnozą specjalistyczną.

Założenia miniscreeningu osadzono w nurcie oceny funkcjonalnej, w którym obserwacja zachowań komunikacyjnych w naturalnych kontekstach szkolnych stanowi istotne uzupełnienie danych pozyskiwanych z pomiarów testowych. Jednocześnie literatura wskazuje na ryzyko nadinterpretacji wyników przesiewu oraz na ograniczenia psychometryczne wielu narzędzi screeningowych, szczególnie gdy miałyby one pełnić funkcję progową dla decyzji o dalszych formach wsparcia (Dockrell i Marshall, 2015).

Miniscreening barier komunikacyjnych ma charakter wstępny i porządkujący oraz pełni funkcję prediagnostyczną. Nie jest narzędziem standaryzowanym ani diagnostycznym i nie służy do rozpoznawania zaburzeń mowy lub języka. Jego celem jest wstępna identyfikacja obszarów komunikacji, w których mogą ujawniać się bariery utrudniające uczniowi pełne uczestnictwo w interakcjach szkolnych. Narzędzie przeznaczone jest do stosowania przez logopedów szkolnych oraz, po odpowiednim przeszkoleniu, przez nauczycieli i innych specjalistów w naturalnych sytuacjach edukacyjnych. Może być stosowane wobec różnych uczniów, jednak jego szczególna użyteczność dotyczy sytuacji, w których trudności komunikacyjne mają charakter zmienny, sytuacyjny i silnie zależny od warunków środowiskowych.

Konstrukcja miniscreeningu obejmuje pięć obszarów interakcji komunikacyjnej: inicjowanie kontaktu, rozumienie komunikatów, reagowanie na wypowiedzi innych osób, podtrzymywanie dialogu oraz kończenie interakcji. Dobór tych obszarów wynika z ujęcia komunikacji jako procesu przebiegającego od nawiązania kontaktu, przez rozumienie i reagowanie, po podtrzymanie i zakończenie interakcji, a zarazem z potrzeby zachowania równowagi między użytecznością narzędzia a szczegółowością obserwacji. Każdy obszar opisano za pomocą pytania obserwacyjnego i przykładowych, bezpośrednio obserwowalnych sygnałów trudności. Mają one charakter operacyjnych przykładów zachowań, których interpretacja wymaga uwzględnienia kontekstu sytuacyjnego oraz powtarzalności trudności. Arkusz obejmuje miejsce na zapis wyniku i krótką notatkę kontekstową; jego pełną wersję przedstawiono w Aneksie 1.

Procedura stosowania miniscreeningu zakłada krótką jakościową obserwację zachowań komunikacyjnych ucznia w co najmniej dwóch naturalnych sytuacjach szkolnych; pojedyncza obserwacja powinna obejmować pełny epizod interakcyjny lub trwać około 10 minut. W arkuszu zastosowano prostą skalę zapisu: 0 – brak wyraźnych

trudności, 1 – trudność sporadyczna lub sytuacyjna, 2 – trudność częsta i wyraźnie ograniczająca przebieg interakcji, N/O – brak możliwości oceny w danej sytuacji. Ocena ma charakter opisowy i wskaźnikowy, a jej wyniki nie stanowią podstawy do formułowania rozpoznań klinicznych. Dla ograniczenia zmienności ocen zasadne jest posługiwanie się wspólnym opisem wskaźników oraz odnotowywanie przykładów zachowań wraz z kontekstem. Narzędzie wspiera decyzje o dalszych działaniach, takich jak ponowna obserwacja, modyfikacja środowiska edukacyjnego, wdrożenie wsparcia na poziomie grupy lub skierowanie do pogłębionej diagnozy zgodnie z zasadą proporcjonalności oddziaływań (WHO, 2004; Węsierska, 2012; Skorek, 2023).

Proponowany miniscreening różni się od standaryzowanych narzędzi przesiewowych i checklist nauczycielskich, ponieważ nie służy do wyznaczania progów ryzyka ani globalnej oceny ucznia, lecz do jakościowej obserwacji jego funkcjonowania komunikacyjnego w naturalnych sytuacjach szkolnych. Ma charakter wstępny, porządkujący i prediagnostyczny; jego celem nie jest rozstrzygnięcie o rodzaju zaburzenia, lecz uchwycenie obszarów, w których bariery komunikacyjne mogą ograniczać uczestnictwo ucznia w interakcjach edukacyjnych i uzasadniać dalszą obserwację, modyfikację środowiska lub konsultację specjalistyczną.

Bariery komunikacyjne w ujęciu funkcjonalnym

W ujęciu funkcjonalnym bariera komunikacyjna oznacza taki układ czynników w sytuacji interakcyjnej, który ogranicza możliwość skutecznego porozumienia się oraz pełnego uczestnictwa ucznia w działaniach szkolnych. Kluczowe jest rozróżnienie pomiędzy trudnością rozumianą jako cecha jednostki a barierą postrzeganą jako efekt współoddziaływania zasobów ucznia i warunków środowiskowych. Perspektywa ta jest spójna z ramą ICF, w której czynniki środowiskowe mogą pełnić funkcję barier lub ułatwień dla aktywności i partycypacji (WHO, 2001).

W środowisku klasy szkolnej bariery komunikacyjne często wynikają z kumulacji obciążeń sytuacyjnych, takich jak niejednoznaczne polecenia, wysokie tempo wymiany komunikatów, hałas czy wielość rozmówców. W takich warunkach obserwowane zachowania, takie jak wycofanie, pozorny brak zaangażowania czy impulsywność mogą pełnić funkcję strategii adaptacyjnych wobec przeciążenia komunikacyjnego. Z perspektywy praktyki profilaktycznej kluczowe jest zatem uchwycenie tych zjawisk w naturalnych sytuacjach uczestnictwa ucznia.

Miniscreening barier komunikacyjnych jako narzędzie profilaktyki wskazującej

W modelu interwencji uniwersalnych, selektywnych i wskazujących szczególne znaczenie ma poziom wskazujący, którego celem jest wczesne rozpoznanie sygnałów trudności wymagających pogłębionej analizy lub dalszego wsparcia. Na tym etapie kluczowe jest stosowanie narzędzi umożliwiających ocenę funkcjonowania komunikacyjnego ucznia w sposób nienormatywny i niekliniczny, z poszanowaniem granicy pomiędzy profilaktyką a diagnozą (WHO, 2004; Węsierska, 2012).

Miniscreening został zaprojektowany jako jakościowe narzędzie obserwacyjne. Zaznaczenie trudności w jednym lub kilku obszarach nie stanowi podstawy do formułowania rozpoznań logopedycznych, lecz sygnał do dalszej obserwacji, modyfikacji warunków dydaktycznych, konsultacji specjalistycznej lub skierowania na pogłębioną diagnozę. Takie ograniczenie zakresu wnioskowania pozostaje zgodne z postulatami zachowania granic kompetencji oraz ostrożności interpretacyjnej (Dockrell i Marshall, 2015). W tym sensie miniscreening wspiera analizę relacji pomiędzy funkcjonowaniem ucznia a wymaganiami środowiska edukacyjnego zgodnych z zasadami uniwersalnego projektowania dla uczenia się, takich jak doprecyzowanie instrukcji, wizualizacja poleceń, przewidywalna struktura interakcji czy ograniczenie nadmiaru bodźców językowych (CAST, 2018; Meyer i in., 2014; UNESCO, 2020).

Dyskusja

Przedstawiony miniscreening można sytuować w obszarze profilaktyki wskazującej, ukierunkowanej na wczesne rozpoznawanie sygnałów trudności i proporcjonalne działania wspierające (WHO, 2004; O'Connell i in., 2009; Węsierska, 2012; Skorek, 2023).

Z perspektywy logopedii szkolnej szczególne znaczenie ma to, że proponowane narzędzie nie służy do wyznaczania progów diagnostycznych, lecz do porządkowania obserwacji funkcjonalnej ucznia w naturalnych sytuacjach edukacyjnych. Taki sposób myślenia jest zgodny z rozwijaniem również w polskiej pedagogice specjalnej podejściem do oceny funkcjonalnej, w którym punkt ciężkości przesuwa się z etykiety diagnostycznej na opis realnego funkcjonowania ucznia oraz planowanie adekwatnego wsparcia edukacyjno-specjalistycznego (Otrębski i in., 2022). W tym sensie miniscreening może być rozumiany jako narzędzie pośrednie pomiędzy codzienną obserwacją pedagogiczną a pogłębioną oceną specjalistyczną.

Zasadność takiego rozwiązania wzmacniają dane wskazujące, że trudności językowe wiążą się z konsekwencjami szkolnymi i psychospołecznymi, także w dłuższej

perspektywie (Norbury i in., 2016; Clegg i in., 2005). Dotyczy to również uczniów z rozwojowym zaburzeniem językowym (*developmental language disorder*, DLD), którzy osiągają słabsze wyniki nie tylko w zakresie języka i literacji, lecz także w różnych obszarach programu nauczania (Ziegenfusz i in., 2022). Wzmacnia to argument na rzecz wczesnego wychwytywania sygnałów trudności komunikacyjnych przy zachowaniu ostrożności interpretacyjnej.

Jednocześnie dyskusja wymaga ryzyko nadinterpretacji wyników obserwacji przesiewowej. W literaturze podkreśla się, że wiele narzędzi screeningowych nie spełnia rygorów psychometrycznych niezbędnych do wiarygodnego wyznaczania progów decyzyjnych, a błędy klasyfikacji mogą prowadzić zarówno do niepotrzebnych skierowań, jak i do pomijania uczniów rzeczywiście wymagających wsparcia (Dockrell i Marshall, 2015). Z tego względu miniscreening nie powinien być traktowany jako samodzielna podstawa rozstrzygnięć diagnostycznych, lecz jako narzędzie wspierające decyzję o kolejnym kroku: ponownej obserwacji, modyfikacji warunków dydaktycznych, konsultacji specjalistycznej lub skierowaniu do pogłębionej diagnozy (WHO, 2004; Węsierska, 2012; Skorek, 2023).

W odniesieniu do uczniów neuroróżnorodnych użyteczność miniscreeningu wiąże się z tym, że ich trudności komunikacyjne częściej mają charakter sytuacyjny i zależą od warunków interakcji szkolnej, takich jak tempo wymiany, złożoność poleceń, liczba rozmówców, hałas czy presja odpowiedzi na forum klasy. W efekcie mogą pozostawać niedostatecznie rozpoznane albo być błędnie interpretowane jako brak zaangażowania, niegrzeczność lub trudności wychowawcze. Z tego względu uczniowie neuroróżnorodni wymagają szczególnie uważnej obserwacji funkcjonalnej prowadzonej w naturalnych sytuacjach szkolnych i z uwzględnieniem czynników środowiskowych. W tym sensie miniscreening wspiera analizę relacji pomiędzy sposobem funkcjonowania ucznia a wymaganiami środowiska edukacyjnego, zgodnie z perspektywą neuroróżnorodności, modelami społecznymi i biopsychospołecznymi oraz z ramą ICF (Dwyer, 2022; Doyle, 2020; WHO, 2001).

W tym kontekście miniscreening może pełnić funkcję praktycznego łącznika pomiędzy obserwacją funkcjonowania komunikacyjnego ucznia a projektowaniem prostych ułatwień dydaktycznych i komunikacyjnych. Taki sposób wykorzystania narzędzia pozostaje spójny z zasadami uniwersalnego projektowania uczenia się, które zakłada planowanie środowiska edukacyjnego z uwzględnieniem zróżnicowanych potrzeb uczniów już na etapie organizacji procesu dydaktycznego (CAST, 2018; Meyer i in., 2014). W praktyce oznacza to możliwość wykorzystywania wyników miniscreeningu nie tylko do decyzji o dalszym monitorowaniu, ale również do wprowadzania takich ułatwień, jak doprecyzowanie instrukcji, wizualizacja poleceń, przewidywalna struktura interakcji czy ograniczenie nadmiaru bodźców językowych (UNESCO, 2020; WHO, 2001).

Warunkiem użyteczności narzędzia pozostaje stosowanie jasnych procedur wdrożeniowych, obejmujących krótkie przeszkolenie obserwatorów, obserwacje powtarzane oraz dokumentowanie kontekstu zachowania (Otrębski i in., 2022; Węsierska, 2012; Skorek, 2023). Ograniczeniem obecnego opracowania pozostaje brak danych empirycznych dotyczących zgodności ocen, stabilności wyników oraz trafności decyzyjnej miniscreeningu. Dalszym krokiem powinny być badania pilotażowe i wdrożeniowe ukierunkowane na ocenę użyteczności narzędzia, jego rzetelności oraz warunków odpowiedzialnego stosowania. W perspektywie praktyki szkolnej szczególnie wartościowe byłoby również sprawdzenie, czy ułatwienia komunikacyjne i organizacyjne projektowane na podstawie wyników miniscreeningu przekładają się na poprawę dostępu uczniów do uczenia się i uczestnictwa w życiu klasy (Hulme i Snowling, 2020).

Wnioski i rekomendacje

Przeprowadzone analizy wskazują, że miniscreening barier komunikacyjnych może stanowić użyteczne narzędzie profilaktyki logopedycznej w środowisku szkolnym, zwłaszcza na poziomie profilaktyki wskazującej. Umożliwia wczesne identyfikowanie sygnałów trudności komunikacyjnych w naturalnych sytuacjach edukacyjnych oraz wspiera proporcjonalne decyzje o dalszej obserwacji, modyfikacji środowiska lub skierowaniu do pogłębionej diagnozy, bez utożsamiania wyniku z rozpoznaniem klinicznym (WHO, 2004; Węsierska, 2012; Skorek, 2023; Otrębski i in., 2022).

Szczególne użyteczność narzędzia ujawnia się w pracy z uczniami neuroroznorodnymi, u których trudności komunikacyjne często mają charakter sytuacyjny i zależą od warunków środowiska edukacyjnego. Powiązanie miniscreeningu z oceną funkcjonalną i zasadami uniwersalnego projektowania dla uczenia się wzmacnia jego potencjał praktyczny, umożliwiając planowanie ułatwień komunikacyjnych na poziomie klasy (Dwyer, 2022; Doyle, 2020; CAST, 2018; Meyer i in., 2014; UNESCO, 2020; WHO, 2001).

Ograniczeniem opracowania pozostaje brak danych empirycznych dotyczących rzetelności, zgodności ocen i trafności decyzyjnej miniscreeningu. Dalsze badania pilotażowe i wdrożeniowe powinny ocenić użyteczność narzędzia oraz to, czy projektowane na jego podstawie ułatwienia przekładają się na poprawę uczestnictwa uczniów w komunikacji szkolnej i dostępu do uczenia się (Dockrell i Marshall, 2015; Clegg i in., 2005; Hulme i Snowling, 2020; Norbury i in., 2016).

Bibliografia

- CAST. (2018). *Universal design for learning guidelines version 2.2* [Guidelines]. CAST. <https://udlguidelines.cast.org/more/downloads>
- Clegg, J., Hollis, C., Mawhood, L. i Rutter, M. (2005). Developmental language disorders: A follow-up in later adult life. Cognitive, language and psychosocial outcomes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(2), 128–149. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.00342.x>
- Constantino, C.D., Campbell, P. i Simpson, S. (2022). Stuttering and the social model. *Journal of Communication Disorders*, 96, 106200. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2022.106200>
- Cywińska, M. (red.). (2017). *Rozwijanie umiejętności językowych i komunikacyjnych dziecka: Wybrane aspekty*. Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza.
- Dockrell, J.E. i Marshall, C.R. (2015). Measurement issues: Assessing language skills in young children. *Child and Adolescent Mental Health*, 20(2), 116–125. <https://doi.org/10.1111/camh.12072>
- Doyle, N. (2020). Neurodiversity at work: A biopsychosocial model and the impact on working adults. *British Medical Bulletin*, 135(1), 108–125. <https://doi.org/10.1093/bmb/ldaa021>
- Dwyer, P. (2022). The neurodiversity approach(es): What are they and what do they mean for researchers? *Human Development*, 66(2), 73–92. <https://doi.org/10.1159/000523723>
- Hulme, C. i Snowling, M.J. (2020). Children's language skills can be improved: Lessons from psychological science for educational policy. *Current Directions in Psychological Science*, 29(4), 372–377. <https://doi.org/10.1177/0963721420923684>
- Kamykowska, J., Łuniewska, M., Banasik-Jemielniak, N., Czaplewska, E., Kochańska, M., Krajewski, G., Maryniak, A., Wiejak, K. i Krasowicz-Kupis, G. (2025). Co-occurrence and cognitive basis of low language and low reading skills in children speaking a transparent language. *Reading and Writing*, 38(11), 765–788. <https://doi.org/10.1007/s11145-024-10537-4>
- Meyer, A., Rose, D.H. i Gordon, D. (2014). *Universal design for learning: Theory and practice*. CAST Professional Publishing.
- Norbury, C.F., Gooch, D., Wray, C., Baird, G., Charman, T., Simonoff, E., Vamvakas, G. i Pickles, A. (2016). The impact of nonverbal ability on prevalence and clinical presentation of language disorder: Evidence from a population study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57(11), 1247–1257. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12573>
- O'Connell, M.E., Boat, T. i Warner, K.E. (red.). (2009). *Preventing mental, emotional, and behavioral disorders among young people: Progress and possibilities*. National Academies Press.
- Otrębski, W., Mariańczyk, K., Amilkiewicz-Marek, A., Bienkowska, K.I., Domagała-Zyśk, E., Kostrubiec-Wojtachnio, B., Papuda-Dolińska, B. i Pisula, E. (2022). *Standardy przebiegu oceny funkcjonalnej oraz planowania wsparcia edukacyjno-specjalistycznego*. Wydawnictwo KUL.

- Skorek, E.M. (2023). *Profilaktyka w logopedii: Wybrane zagadnienia*. Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- UNESCO. (2020). *Global education monitoring report 2020: Inclusion and education: All means all*. UNESCO. <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000373718>
- Węsierska, K. (red.). (2012). *Profilaktyka logopedyczna w praktyce edukacyjnej*. T. 1. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- World Health Organization. (2001). *International classification of functioning, disability and health (ICF)*. <https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health>
- World Health Organization. (2004). *Prevention of mental disorders. Effective interventions and policy options*. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43027/924159215X_eng.pdf
- Ziegenfusz, S., Paynter, J., Westerveld, M.F. i Trembath, D. (2022). A systematic review of the academic achievement of primary and secondary school-aged students with developmental language disorder. *Autism & Developmental Language Impairments*, 7, 1–24. <https://doi.org/10.1177/23969415221099397>

Aneks 1. Arkusz miniscreeningu barier komunikacyjnych w środowisku szkolnym

Cel narzędzia

Narzędzie służy do krótkiej, jakościowej obserwacji funkcjonowania komunikacyjnego ucznia w naturalnych sytuacjach szkolnych. Jego celem jest wstępna identyfikacja barier komunikacyjnych utrudniających uczestnictwo ucznia w interakcjach edukacyjnych i społecznych. Nie ma charakteru diagnostycznego, nie stanowi podstawy do formułowania rozpoznań klinicznych i nie służy do obliczania wyniku globalnego.

Dane obserwacji

Kod ucznia / inicjały:

Klasa:

Data obserwacji:

Obserwator:

Sytuacja obserwacji: lekcja / praca w parze / praca w grupie / przerwa / rozmowa indywidualna / inna:

Czas obserwacji:

Numer obserwacji: 1 / 2 / 3 / kolejna

Skala zapisu

- 0** – nie obserwuje się wyraźnych trudności
- 1** – trudność pojawia się sporadycznie lub sytuacyjnie
- 2** – trudność pojawia się często, wyraźnie ogranicza przebieg interakcji
- N/O** – nie było możliwości oceny w danej sytuacji

Czynniki sytuacyjne mogące wpływać na wynik obserwacji

Hałas / presja czasu / duża liczba rozmówców / odpowiedź na forum klasy / zmiana rutyny / wysoki poziom emocji / złożoność językowa poleceń / inne:

.....

Wstępna interpretacja obserwacji

Pojedynczy wynik nie stanowi podstawy do rozstrzygnięć diagnostycznych. Interpretacja powinna uwzględniać kontekst sytuacyjny oraz powtarzalność obserwowanych trudności.

ARKUSZ OBSERWACYJNY

Obszar komunikacji	Co obserwujemy?	Przykładowe obserwowalne sygnały trudności	Wynik (0/1/2/N/O)	Notatki / kontekst sytuacyjny
Inicjowanie kontaktu	Czy uczeń samodzielnie inicjuje kontakt słowny lub pozawerbalny, np. zadaje pytanie, komentuje, prosi o pomoc, zwraca się do nauczyciela lub rówieśnika?	nie inicjuje kontaktu mimo potrzeby; wyraźnie unika zwracania się do innych; potrzebuje silnej zachęty do rozpoczęcia interakcji		
Rozumienie komunikatów	Czy uczeń reaguje adekwatnie na pytania, polecenia i komunikaty kierowane do niego?	wymaga wielokrotnego powtarzania; reaguje z opóźnieniem; gubi sens dłuższych lub złożonych komunikatów; potrzebuje częstego doprecyzowania		

Obszar komunikacji	Co obserwujemy?	Przykładowe obserwowalne sygnały trudności	Wynik (0/1/2/N/O)	Notatki / kontekst sytuacyjny
Reagowanie na wypowiedzi innych osób	Czy uczeń odpowiada, gdy ktoś się do niego zwraca oraz czy sygnalizuje zrozumienie lub niezrozumienie komunikatu?	brak odpowiedzi; odpowiedzi bardzo skrócone lub nieadekwatne; brak sygnalizowania potrzeby wyjaśnienia; wyraźne wycofanie z kontaktu		
Podtrzymywanie dialogu	Czy uczeń utrzymuje temat rozmowy, podejmuje naprzemiennosc i nawiązuje do wypowiedzi rozmówcy?	szybko urywa kontakt; nie podejmuje naprzemiennosci; nie rozwija tematu; nie zadaje pytań zwrotnych; nie nawiązuje do treści rozmowy		
Kończenie interakcji	Czy uczeń potrafi adekwatnie zakończyć wypowiedź lub rozmowę?	nagle przerywa interakcję; odchodzi bez sygnału zakończenia; ma trudność z domknięciem wypowiedzi; kończy kontakt w sposób nieadekwatny do sytuacji		

Orientacyjna zasada interpretacji:

- przewaga wyników **0** – brak wyraźnych przesłanek do dalszych działań poza zwykłą obserwacją pedagogiczną,
- pojawiające się wyniki **1** – wskazana ponowna obserwacja oraz rozważenie prostych modyfikacji środowiska komunikacyjnego,
- powtarzające się wyniki **2** w więcej niż jednym obszarze lub w więcej niż jednej sytuacji – wskazana konsultacja specjalistyczna i pogłębiona obserwacja funkcjonalna.

Zalecenia do stosowania

Zaleca się przeprowadzenie obserwacji w co najmniej dwóch różnych sytuacjach szkolnych. Narzędzie może być stosowane przez logopedę szkolnego, a po krótkim przeszkoleniu również przez nauczyciela lub innego specjalistę pracującego z uczniem. Wynik miniscreeningu powinien służyć planowaniu dalszej obserwacji, modyfikacji środowiska edukacyjnego oraz podejmowaniu proporcjonalnych decyzji o wsparciu.



Marzena Szurek

<https://orcid.org/0000-0002-8134-2285>

e-mail: marzena.szurek@ignatianum.edu.pl

Uniwersytet Ignatianum w Krakowie, Polska

ADHD a zaburzenia komunikacji – standardy wczesnej diagnostyki, profilaktyki i interwencji logopedycznej

ADHD and Communication Disorders: Standards for Early Diagnosis, Prevention and Speech Therapy Intervention

KEYWORDS ABSTRACT

ADHD, communication disorders, speech therapy, preventive speech therapy, speech therapy intervention

The aim of this article is to provide a concise overview of the neurobiological mechanisms underlying communication disorders in children with ADHD and to establish standards for early diagnosis, prevention and speech and language therapy intervention. The article focuses on the relationships between cognitive and language-communication functioning in children with ADHD, and on the role of the speech and language therapist in the interdisciplinary diagnostic and therapeutic process. The issue of these relationships has been derived from a review of selected contemporary research on ADHD, whilst highlighting the role of the speech and language therapist in the process of diagnosis and therapy, as well as prevention, constitutes the main argument and practical implication of this article. The discussion covers, in turn: the characteristics of the neurobiological basis of ADHD, a description of the language and communication profile of children with this disorder, the principles of early speech and language therapy diagnosis, and approaches to prevention and therapeutic intervention.

The article emphasises that communication difficulties in ADHD are most often secondary in nature and are associated with deficits in

executive function, attention and working memory. It also highlights the frequent co-occurrence of this disorder with other developmental difficulties. The conclusions highlight the need for early, multi-faceted communication assessment, systematic preventive measures and functionally oriented therapy. Close interdisciplinary collaboration is recommended, along with the inclusion of a speech and language therapist as a key specialist in the process of supporting communicative development in children with ADHD.

SŁOWA KLUCZE ABSTRAKT

ADHD, zaburzenia komunikacji, logopedia, profilaktyka logopedyczna, interwencja logopedyczna

Artykuł ma na celu syntetyczne przedstawienie mechanizmów neurobiologicznych zaburzeń komunikacji u dzieci z ADHD oraz określenie standardów wczesnej diagnostyki, profilaktyki i interwencji logopedycznej. Problematyka artykułu koncentruje się na zależnościach między funkcjonowaniem poznawczym i językowo-komunikacyjnym dzieci z ADHD oraz na roli logopedy w interdyscyplinarnym procesie diagnostyczno-terapeutycznym. Kwestia wspomnianych zależności wywiecziona została na podstawie przeglądu wybranych współczesnych badań na temat ADHD, natomiast wyeksponowanie roli logopedy w procesie diagnozy i terapii, ale też profilaktyki, stanowi główny postulat i implikację praktyczną tego artykułu. Wywód obejmuje kolejno: charakterystykę neurobiologicznych podstaw ADHD, opis profilu językowo-komunikacyjnego dzieci z tym zaburzeniem, założenia wczesnej diagnostyki logopedycznej oraz kierunku profilaktyki i interwencji terapeutycznej.

W artykule podkreślono, że trudności komunikacyjne w ADHD mają najczęściej charakter wtórny i są związane z deficytami funkcji wykonawczych, uwagi i pamięci operacyjnej. Wskazano także na częste współwystępowanie tego zaburzenia z innymi trudnościami rozwojowymi. Konkluzje uwypuklają konieczność wczesnej, wieloaspektowej diagnozy komunikacji, systematycznych działań profilaktycznych oraz funkcjonalnie ukierunkowanej terapii. Rekomenduje się ścisłą współpracę interdyscyplinarną oraz włączenie logopedy jako kluczowego specjalisty w proces wspierania rozwoju komunikacyjnego dzieci z ADHD.

Wprowadzenie

Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (*attention-deficit/hyperactivity disorder*, ADHD) należy do najczęściej diagnozowanych zaburzeń rozwoju u dzieci w wieku szkolnym. Klasyfikacje diagnostyczne ICD-11 (2019) oraz

DSM-5 (2022) opisują ADHD jako zespół objawów obejmujących trudności w zakresie koncentracji uwagi, nadmiernej aktywności ruchowej oraz impulsywności, przy czym objawy te muszą mieć charakter trwały, ujawniać się w różnych sytuacjach i istotnie zakłócać funkcjonowanie. Baumeister i in. (2012) wskazują, że rozumienie ADHD ewoluowało od wczesnych koncepcji zakładających uszkodzenia mózgu do współczesnego ujęcia jako zaburzenia neurorozwojowego o podłożu funkcjonalnym, związanego z dysfunkcjami w obszarach mózgu odpowiedzialnych za uwagę i kontrolę zachowania (dysfunkcje kory przedczołowej oraz zaburzenia neuroprzekaznictwa dopaminergicznego i noradrenergicznego). O ADHD jako zaburzeniu genetycznym charakteryzującym się znaczną heterogenicznością obrazu klinicznego czytamy w licznych publikacjach na temat tego zagadnienia (American Psychiatric Association, 2013; Biederman i Faraone, 2005; Feldman i Reiff, 2014; Józwiak, 2025; Martinez-Badía i Martinez-Raga, 2015; Willcutt, 2012).

W ostatnich latach zaczęto kłaść większy nacisk na trudności językowe i komunikacyjne występujące u dzieci z ADHD. Ujawniają się one w strukturze i narracji, ale również w sferze pragmatycznej oraz prozodycznej, co jest bezpośrednio powiązane z deficytami uwagi i impulsywnością charakterystycznymi dla ADHD (Wojnarska, 2021). Tannock i Schachar (1996) wskazują, że trudności językowe u dzieci z ADHD mogą wynikać z deficytów funkcji wykonawczych, takich jak kontrola uwagi czy pamięć robocza, a nie z pierwotnych zaburzeń językowych. Potwierdzają to też analizy logopedyczne polskich badaczy, np. Elżbiety Szabelskiej, która podkreśla, że u dzieci z ADHD zaburzenia językowe często mają źródło w ograniczeniach w zakresie kontroli poznawczej, planowania wypowiedzi oraz monitorowania własnej aktywności językowej (Szabelska, 2020, 2022). Z perspektywy logopedy wydaje się to istotne, aby rozróżnić, co wynika bezpośrednio z mechanizmów ADHD, a co z trudności wtórnych lub współwystępujących, takich jak dysleksja czy zaburzenia przetwarzania słuchowego (Pisecco i in., 2001; Wýsocka i Lipowska, 2010). Kierunek tej zależności „może mieć charakter sprzężenia zwrotnego. Symptomy ADHD powodują trudności w nabywaniu języka, a z kolei zaburzenia językowe powodują trudności w koncentracji uwagi, samokontroli i ruchliwości” (Wojnarska, 2021, s. 18).

W tym kontekście szczególnego znaczenia nabiera wczesna diagnostyka i profilaktyka zaburzeń komunikacji u dzieci z ADHD. Rozpoznanie subtelnych trudności językowych i komunikacyjnych na początkowym etapie życia pozwala na wdrożenie celowanych oddziaływań terapeutycznych, zanim trudności te utrwalą się i doprowadzą do wtórnych niepowodzeń szkolnych oraz problemów społecznych. Joanna Rutkowska, pisząc o roli logopedy w diagnozowaniu zaburzeń przetwarzania słuchowego, podkreśla, że logopeda powinien być integralnym członkiem zespołu interdyscyplinarnego, zwłaszcza w procesie różnicowania ADHD, APD, ASD czy SLI (2019, s. 102). Celem niniejszego artykułu jest zatem przegląd wybranej literatury dotyczącej

zaburzeń komunikacji w ADHD w ujęciu neurobiologicznym, diagnostycznym i terapeutycznym, ale również wskazanie na powiązania z funkcjonowaniem językowym oraz podkreślenie roli logopedy w interdyscyplinarnym podejściu do wspierania osób z tym zaburzeniem.

ADHD jako zaburzenie neurorozwojowe

Współczesne ujęcia ADHD jednoznacznie klasyfikują je jako zaburzenie neurorozwojowe o heterogenicznym podłożu biologicznym (Arnsten, 2009; Lange i in., 2010; Sharkey i Fitzgerald, 2007). Oznacza to, że trudności obserwowane w funkcjonowaniu dzieci z ADHD są konsekwencją nieprawidłowości w rozwoju i organizacji sieci neuronalnych mózgu, a nie jedynie efektem czynników środowiskowych czy wychowawczych. Jak podkreśla Szabelska, „podłoże neurologiczne, a przede wszystkim konkretne umiejscowienie zaburzeń anatomiczno-funkcjonalnych ośrodkowego układu nerwowego, z wysokim prawdopodobieństwem znajduje odbicie w tempie nabywania bądź poziomie realizowania się poszczególnych podsystemów języka” (2022, s. 28).

Badania neuroobrazowe wskazują na obecność subtelných różnic anatomicznych i funkcjonalnych w mózgach osób z ADHD. Różnice te obejmują przede wszystkim struktury płatów czołowych, obszary podkorowe (jądra podstawy), mózdzek oraz sieci połączeń istoty białej. Jak zauważa Szabelska (2022), u osób z ADHD widoczna jest różnica „w zakresie ogólnej wielkości mózgu, wymiarów struktur korowych i podkorowych, wielkości i kształtu elementów substancji białej oraz wielkości mózdzku” (s. 29). Choć zmiany te są zazwyczaj niewielkie, ich znaczenie funkcjonalne ujawnia się w zaburzeniach regulacji uwagi, kontroli zachowania oraz planowania działań (Borkowska, 2008).

Szczególnie istotną rolę w patomechanizmie ADHD przypisuje się płatom czołowym, które odpowiadają za funkcje wykonawcze, w tym planowanie, hamowanie reakcji, monitorowanie działań oraz kontrolę poznawczą (Arnsten, 2009), a więc również za planowanie i realizację wypowiedzi językowej. Funkcje wykonawcze mają kluczowe znaczenie z perspektywy komunikacji, ponieważ odgrywają rolę mechanizmu pośredniczącego między procesami poznawczymi a realizacją wypowiedzi. Sciberras i in. (2014), opisując longitudinalny projekt badawczy analizujący rozwój dzieci z ADHD, wykazali, że dzieci z ADHD istotnie częściej przejawiają trudności w zakresie języka ekspresyjnego i receptywnego.

Pamięć operacyjna to kolejna ważna funkcja psychiczna, która odgrywa zasadniczą rolę w rozumieniu i tworzeniu wypowiedzi językowych w kontekście ADHD. Ograniczona pojemność pamięci operacyjnej utrudnia jednoczesne przetwarzanie informacji językowych, planowanie struktury wypowiedzi oraz monitorowanie jej poprawności.

W konsekwencji dzieci z ADHD mogą mieć trudności z utrzymaniem spójności narracji, zachowaniem logicznego ciągu przyczynowo-skutkowego oraz adekwatnym dostosowaniem wypowiedzi do kontekstu komunikacyjnego. Deficyty te stają się bardzo widoczne w spontanicznej komunikacji językowej, w której konieczne jest jednoczesne przetwarzanie wielu bodźców i selekcja informacji istotnych oraz bieżące kontrolowanie własnej wypowiedzi. W takich sytuacjach dzieci z ADHD częściej prezentują zaburzenia pragmatyczno-językowe, trudności narracyjne oraz nieadekwatne reakcje komunikacyjne (Bignell i Cain, 2007; Wojnarska, 2021).

Badania Bignell i Cain (2007), w których dokonano analizy funkcjonowania językowego dwóch grup dzieci w wieku 7–11 (z diagnozą ADHD oraz bez formalnej diagnozy), wykazały, że obniżona uwaga – zarówno z towarzyszącą nadpobudliwością, jak i bez niej – implikuje trudności w rozumieniu języka figuratywnego oraz w efektywnym komunikowaniu się. Z kolei dzieci charakteryzujące się wyłącznie wysokim poziomem nadpobudliwości przejawiały problemy w rozumieniu języka figuratywnego, lecz nie posiadały istotnych zaburzeń komunikacyjnych. Wyniki te uzupełniają wcześniejsze ustalenia dotyczące populacji klinicznych, wskazując, że nawet u dzieci bez diagnozy ADHD obniżony poziom uwagi oraz podwyższona nadpobudliwość mogą wiązać się z osłabieniem kompetencji pragmatyczno-językowych.

Neurobiologiczne mechanizmy ADHD nabierają dodatkowego znaczenia w kontekście częstego współwystępowania tego zaburzenia z innymi trudnościami rozwojowymi, w tym z dysleksją czy zaburzeniami przetwarzania słuchowego. Jak piszą Wysocka i Lipowska (2010), współwystępowanie ADHD i dysleksji nie jest zjawiskiem przypadkowym, gdyż mamy tu do czynienia ze wspólnym podłożem genetycznym i neuropoznawczym. Autorki wskazują również na rolę deficytów przetwarzania czasowego i pamięci operacyjnej jako mechanizmów łączących oba zaburzenia.

Z punktu widzenia logopedii oznacza to konieczność traktowania trudności komunikacyjnych dzieci z ADHD nie jako izolowanego problemu językowego, lecz jako efektu złożonych interakcji między rozwojem mózgu, funkcjami poznawczymi i doświadczeniem językowym. Takie ujęcie stanowi podstawę do projektowania skutecznych strategii diagnostycznych i terapeutycznych, uwzględniających zarówno neurobiologiczne ograniczenia, jak i potencjał rozwojowy dziecka.

Profil zaburzeń językowych i komunikacyjnych w ADHD

Zaburzenia językowe i komunikacyjne obserwowane u dzieci z ADHD mają charakter zróżnicowany i niejednorodny. Ich obraz nie ogranicza się do deficytów jednego poziomu organizacji języka, lecz obejmuje zarówno kompetencję językową sensu stricto, jak i kompetencję komunikacyjną oraz pragmatyczną. Jak podkreśla Szabelska

(2022), rozwój mowy dzieci z ADHD „przebiega nieco inaczej w odniesieniu do opisywanych przez aktualne źródła norm” (s. 27), a obserwowane trudności nie zawsze wpisują się w klasyczne klasyfikacje zaburzeń językowych. Z tego względu coraz częściej postuluje się konieczność opisu profilu językowego dzieci z ADHD w ujęciu funkcjonalnym i dynamicznym, uwzględniającym neuropsychologiczne uwarunkowania ich funkcjonowania.

W literaturze wskazuje się, że dzieci z ADHD mogą przejawiać trudności obejmujące różne poziomy systemu językowego, w tym fonologię, morfologię, składnię oraz leksykę, przy czym ich charakter i nasilenie są zróżnicowane (Sciberras i in., 2014; Redmond, 2016). Częściej obserwuje się u nich opóźnienia w rozwoju mowy i ograniczony zasób słownictwa, co potwierdzają również analizy logopedyczne prowadzone w polskich warunkach (Szabelska, 2020). Trudności leksykalne dotyczą zarówno liczby posiadanych jednostek słownikowych, jak i jakości ich użycia – dzieci mogą mieć problemy z adekwatnym doborem słów, tworzeniem relacji znaczeniowych oraz elastycznym dostosowywaniem języka do kontekstu komunikacyjnego (Szabelska, 2020; Redmond, 2016).

Szczególnie istotnym elementem profilu komunikacyjnego dzieci z ADHD są trudności narracyjne. Narracja wymaga bowiem integracji wielu procesów poznawczych: planowania, selekcji informacji, utrzymania spójności tematycznej oraz monitorowania przebiegu wypowiedzi. W zakresie organizacji wypowiedzi wskazuje się na częstsze stosowanie prostych struktur zdaniowych, ograniczoną spójność oraz niepełność wypowiedzi (Szabelska, 2022), co może być powiązane z deficytami funkcji wykonawczych, takimi jak kontrola uwagi czy pamięć robocza (Tannock i Schachar, 1996). Wypowiedzi narracyjne dzieci z ADHD bywają fragmentaryczne, chaotyczne i obciążone dygresjami. Zwraca się również uwagę na możliwość występowania niepełności o charakterze gielkotu u dzieci z ADHD. Badania przeprowadzone przez Olgę Przybyłą (2012) wskazują na występowanie gielkotu aż u 72% badanych dzieci. Może ona manifestować się w postaci

[...] szybkiego i nieregularnego tempa mówienia, licznych powtórzeń, przedłużania i wtrącania elementów językowych, zacinania się, dysrytmii oddechowych, trudności artykulacyjnych, trudności w czytaniu i pisaniu, braku świadomości trudności w mówieniu, słabej koncentracji i wąskiego zakresu uwagi, słabej dezintegracji procesów myślowych, dezorganizacji myślenia (Przybyła, 2012, s. 31).

Jednocześnie badania nad pragmatyką języka pokazują, że dzieci z nasilonymi problemami uwagowymi mają trudności w adekwatnym użyciu mowy w sytuacjach społecznych oraz rozumienia znaczeń figuratywnych (Bignell i Cain, 2007; Staikova i in., 2013; Carruthers i in., 2021). Chodzi o problemy z przestrzeganiem zasad

dialogu, naprzemiennością ról nadawcy i odbiorcy, dostosowaniem wypowiedzi do sytuacji komunikacyjnej oraz uwzględnianiem perspektywy rozmówcy (przerywanie wypowiedzi innych osób oraz zmienianie tematu rozmowy w sposób nieadekwatny do kontekstu). Niesie to ze sobą istotne konsekwencje społeczne – wpływa na jakość relacji rówieśniczych i relacji z dorosłymi. Dzieci te bowiem są odbierane jako niegrzeczne, impulsywne lub niezaangażowane w rozmowę, mimo że trudności te wynikają z ograniczeń neuropsychologicznych, a nie z intencjonalnego łamania norm komunikacyjnych.

Wczesna diagnostyka logopedyczna dzieci z ADHD

Diagnostyka logopedyczna dzieci z ADHD powinna wychodzić poza ocenę systemu językowego (fonologia, morfologia, składnia, leksyka) i obejmować funkcjonalny profil komunikacyjny dziecka, w tym pragmatykę, narrację oraz kompetencje niejęzykowe warunkujące skuteczność porozumiewania się (np. podzielność uwagi, pamięć operacyjna, tempo przetwarzania). W praktyce oznacza to konieczność diagnozowania nie tylko tego, co dziecko wie o języku, ale także w jakich warunkach i jak skutecznie potrafi użyć języka w komunikacji. Celem diagnozy nie jest wyłącznie opis deficytów, lecz przede wszystkim:

- wczesne wykrycie ryzyka utrwalania się zaburzeń komunikacji;
- różnicowanie trudności językowo-komunikacyjnych typowych dla ADHD od trudności współwystępujących (np. APD, dysleksja, SLI);
- zaplanowanie interwencji logopedycznej adekwatnej do charakteru trudności.

Elżbieta Szabelska (2022) podkreśla potrzebę szerszego spojrzenia na diagnostykę dzieci hiperkinetycznych, wskazując, że rozpoznawane u nich zaburzenia mowy „mają charakter swoisty, specyficzny dla tego zaburzenia neurorozwojowego” (s. 39), a umiejętności językowe bywają przyswajane i precyzowane wolniej. Ta perspektywa uzasadnia konieczność wczesnego i wielopłaszczyznowego badania logopedycznego u dzieci z podejrzeniem ADHD, także wtedy gdy nie przejawiają one klasycznej „wady wymowy”.

Diagnoza logopedyczna musi uwzględniać fakt, że objawy językowe i szkolne często nakładają się z zaburzeniami neurorozwojowymi, co rodzi ryzyko błędnego rozpoznania i nieadekwatnej terapii. Zaburzenia charakterystyczne dla ADHD mogą współwystępować z APD, SLI czy dysleksją, a „złożony obraz objawów” sprzyja trudnościom diagnostycznym (Rutkowska, 2019, s. 95–96). Rutkowska wskazuje, że ograniczenie ryzyka błędnej diagnozy wymaga udziału specjalistów, w tym logopedów, posiadających kompetencje w obszarze słuchowych, językowych i poznawczych aspektów rozumienia i nadawania mowy (2019, s. 96). Konsekwencją praktyczną jest

zalecenie, by w diagnozie logopedycznej dziecka z podejrzeniem ADHD ocenić nie tylko funkcjonowanie językowe, lecz także profil słuchowo-językowy (szczególnie gdy występują trudności w różnicowaniu głosek, rozumieniu mowy w hałasie, sekwencjach słuchowych) oraz rozważyć nakładanie się trudności czytania i pisanie z deficytami uwagi i pamięci operacyjnej, co jest kluczowe w przypadkach współwystępowania ADHD i dysleksji (Wysocka i Lipowska, 2010, s. 191–193).

Ważne jest tu gromadzenie danych wieloźródłowych: obserwacja spontanicznej komunikacji, analiza wypowiedzi w zadaniach pod kątem strukturalnym i funkcjonalnym, a także (jeśli to możliwe) pozyskanie informacji z otoczenia szkolnego. Szabelska (2022) zwraca też uwagę na znaczenie dokumentowania materiału językowego (np. poprzez nagrania). Taki standard postępowania jest szczególnie ważny w ADHD, charakteryzującym się zmiennością wykonania zadań (w zależności od samopoczucia, kontekstu, obciążenia uwagi) i w związku z tym jednorazowy wynik testowy może nie oddać realnych trudności dziecka. Wreszcie, mówiąc o wczesnej diagnozie dzieci z ADHD, nie sposób pominąć tematu profilaktyki, która jest szczególnie ważna z punktu widzenia logopedy i skuteczności oddziaływań na polu komunikacyjno-językowym.

Profilaktyka zaburzeń komunikacji w ADHD

Profilaktyka zaburzeń (w tym zaburzeń komunikacji) u dzieci z ADHD powinna być rozumiana jako zespół planowych i systematycznych oddziaływań, których celem jest ograniczenie ryzyka utrwalania się trudności oraz minimalizowanie ich wtórnych konsekwencji edukacyjnych i społecznych. W odróżnieniu od interwencji terapeutycznej profilaktyka winna koncentrować się na jak najwcześniejszym rozpoznaniu czynników ryzyka, wzmacnianiu zasobów dziecka oraz modyfikacji środowiska, zanim trudności przyjmą postać stałych zaburzeń (Quintero i in., 2016).

W literaturze naukowej profilaktyka ADHD, szczególnie w aspekcie logopedycznym, jest zagadnieniem słabo rozwiniętym. Zaburzenie to ma silne podłoże genetyczne i brak jest jednoznacznych modyfikowalnych czynników ryzyka, które dałoby się skutecznie eliminować. W międzynarodowym obiegu naukowym funkcjonują publikacje dotyczące redukcji czynników środowiskowych (np. ekspozycja na ołów, palenie tytoniu w ciąży) lub odpowiedniej diety jako potencjalnych elementów profilaktyki (Feldman i Reiff, 2014; Froehlich i in., 2009; 2016; Galera i in., 2018). Opracowuje się też uniwersalne programy profilaktyczne, których celem jest zapobieganie rozwojowi objawów związanych z ADHD, zanim dojdzie do postawienia formalnej diagnozy. Opierają się one głównie na technikach modyfikacji zachowania (wzmacniania tych pożądanych i wygaszania niepożądanych) czy rozwijaniu umiejętności związanych

z funkcjami uwagi (Christiansen i in., 2015). Jednakże profilaktyka logopedyczna nie jest głównym wątkiem tego typu prac klinicznych. Na gruncie polskim temat ten podejmują głównie Elżbieta Szabelska (2022, 2023) i Anna Wojnarska (2021), podkreślając jednocześnie potrzebę rozpowszechniania tego typu działań. Pod względem logopedycznym i językoznawczym obserwacje oraz wnioski dotyczące komunikowania się osób z ADHD są bardzo pobieżne i dotyczą raczej aspektów pedagogicznych i psychologicznych (Szabelska, 2023).

Uzasadnienie dla wczesnych działań profilaktycznych w ADHD wynika bezpośrednio z neurobiologicznego charakteru tego zaburzenia, a jego podłoże genetyczne nie powinno być przeszkodą, ale ważnym markerem i predyktorem do podjęcia profilaktyki w aspekcie komunikacyjnym. Musi ona obejmować kilka wzajemnie powiązanych obszarów funkcjonowania dziecka: psychicznego, społecznego, emocjonalnego i językowego. Ponadto jej zakres nie może być ograniczony wyłącznie do oddziaływań specjalistycznych. Skuteczność profilaktyki zależy w dużej mierze od spójności oddziaływań w środowisku domowym i edukacyjnym, dlatego istotne jest edukowanie rodziców i nauczycieli oraz ujednolicanie stosowanych strategii komunikacyjnych (Wojnarska, 2021).

Rola logopedy w terapii dzieci z ADHD

Terapia logopedyczna u dzieci z ADHD powinna mieć charakter funkcjonalny, zindywidualizowany i długofalowy, a jej podstawą jest rozpoznanie mechanizmów trudności komunikacyjnych, a nie jedynie ich powierzchownych objawów. W przeciwieństwie do klasycznej terapii ukierunkowanej na korekcję pojedynczych deficytów językowych oddziaływania logopedyczne w ADHD muszą uwzględniać neuropsychologiczne ograniczenia dziecka, w szczególności deficyty uwagi, pamięci operacyjnej oraz funkcji wykonawczych, które warunkują skuteczność komunikacji językowej.

Cele terapii logopedycznej w ADHD wykraczają poza usprawnianie systemu językowego *sensu stricto* i obejmują przede wszystkim poprawę funkcjonalnej skuteczności komunikacji. Oddziaływania wobec dzieci z ADHD powinny być ukierunkowane na rozwijanie umiejętności językowych i komunikacyjnych w sposób dostosowany do ich poziomu funkcjonowania poznawczego. Do podstawowych celów interwencji logopedycznej u dzieci z ADHD należą: usprawnianie organizacji wypowiedzi (szczególnie narracyjnej), rozwijanie kompetencji pragmatycznej i umiejętności dialogowych, wspieranie pamięci słuchowej i tekstowej w kontekście językowym, poprawa samokontroli językowej i monitorowania własnej wypowiedzi, ograniczanie wtórnych konsekwencji trudności komunikacyjnych w funkcjonowaniu szkolnym i społecznym (Szabelska, 2022, 2023; Wojnarska, 2021).

Strategie terapeutyczne powinny uwzględniać zmienność wykonania oraz podatność na przeciążenie poznawcze. Za kluczowe zasady organizacji terapii warto przyjąć: kierowanie do dziecka krótkich, jasno ustrukturyzowanych zadań, zapewnienie stałej i przewidywalnej organizacji zajęć, stosowanie stopniowania trudności materiału językowego, częste odwoływanie się do wsparcia wizualnego, formułowanie wyraźnych celów komunikacyjnych każdej aktywności. Takie podejście pozwala ograniczyć wpływ deficytów uwagi na przebieg terapii i zwiększa szanse na generalizację nabywanych umiejętności (Rutkowska, 2019; Wojnarska, 2021).

Skuteczna interwencja logopedyczna u dzieci z ADHD wymaga współpracy nie tylko z rodzicami, ale również z całym zespołem interdyscyplinarnym: psychologiem, pedagogiem i lekarzem. Dzięki temu możliwe jest uniknięcie niespójności i fragmentaryzacji terapii. Tylko zintegrowane podejście terapeutyczne pozwala na realne wsparcie funkcjonowania dziecka z ADHD (Wysocka i Lipowska, 2010). Jednocześnie, jak podkreśla Rutkowska w artykule dotyczącym APD (2019), logopeda powinien być jednym z kluczowych członków zespołu diagnostyczno-terapeutycznego, ponieważ dysponuje kompetencjami umożliwiającymi ocenę językowych i poznawczych aspektów komunikacji. Rolą logopedy jest diagnoza różnicowa trudności językowych i komunikacyjnych, planowanie i realizacja terapii ukierunkowanej na funkcjonowanie komunikacyjne, konsultowanie strategii komunikacyjnych stosowanych przez nauczycieli i rodziców, monitorowanie postępów i modyfikacja oddziaływań terapeutycznych.

Interwencja logopedyczna u dzieci z ADHD nie powinna być traktowana jako krótkotrwała forma terapii ukierunkowanej na „wyrównanie deficytów”, lecz jako proces wspierania rozwoju komunikacji na kolejnych etapach edukacyjnych. Jak bowiem podkreśla Szabelska (2022), trudności językowe dzieci z ADHD mogą zmieniać swój obraz wraz z wiekiem, dlatego wymagają systematycznego monitorowania i modyfikacji celów terapeutycznych.

Konkluzje

Przedstawiony w artykule przegląd literatury przedmiotu daje podstawy do sformułowania kilku kluczowych konkluzji:

- zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD) należy postrzegać jako zaburzenie neurorozwojowe, którego konsekwencje obejmują nie tylko sferę regulacji zachowania i uwagi, lecz również funkcjonowanie językowe i komunikacyjne dziecka: organizację wypowiedzi, umiejętności narracyjne, pragmatyczne użycie języka w interakcji społecznej;

- zaburzenia komunikacji w ADHD mają charakter wtórny i funkcjonalny, a ich obraz jest ściśle związany z deficytami funkcji wykonawczych i regulacji uwagi;
- diagnostyka logopedyczna powinna obejmować ocenę narracji, pragmatyki oraz pamięci tekstu, a nie ograniczać się do oceny poprawności formalnej języka;
- profilaktyka i interwencja logopedyczna w ADHD są najbardziej efektywne, gdy są wdrażane wcześnie, systematycznie i w ścisłej współpracy z innymi specjalistami oraz środowiskiem wychowawczym;
- logopeda odgrywa kluczową rolę w interdyscyplinarnym zespole diagnostyczno-terapeutycznym, łącząc perspektywę językową, komunikacyjną i neuropsychologiczną. Uwzględnienie logopedy w procesie diagnozy, profilaktyki i terapii dzieci z ADHD stanowi niezbędny warunek skutecznego wsparcia ich rozwoju komunikacyjnego.

Bibliografia

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (wyd. 5). American Psychiatric Publishing.
- Arnsten, A.F.T. (2009). The emerging neurobiology of attention deficit hyperactivity disorder: The key role of the prefrontal association cortex. *Journal of Pediatrics*, 154, 1–S43.
- Baumeister, A.A., Henderson, K., Pow, J.L. i Advokat, C. (2012). The early history of the neuroscience of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the History of the Neurosciences*, 21, 263–279.
- Biederman, J. i Faraone, S.V. (2005). Attention-deficit hyperactivity disorder. *The Lancet*, 366, 237–248.
- Bignell, S. i Cain, K. (2007). Pragmatic aspects of communication and language comprehension in groups of children differentiated by teacher ratings of inattention and hyperactivity. *British Journal of Developmental Psychology*, 25(4), 499–512.
- Borkowska, A. (2008). *Procesy uwagi i hamowania reakcji u dzieci z ADHD z perspektywy rozwojowej neuropsychologii klinicznej*. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Carruthers, S., Pickles, A., Slonims, V., Howlin, P. i Charman, T. (2022). A profile of pragmatic language impairments in children with ADHD: A systematic review. *Development and Psychopathology*, 34(2), 739–755.
- Christiansen, H., Hirsch, O., König, A., Steinmayr-Genslein, R., Ratz, C., Brunner, M., i Utz, E. (2015). Prevention of ADHD related problems: A universal preschool program. *Health Education*, 115(3–4), 285–300.
- Feldman, H.M. i Reiff, M.I. (2014). Attention deficit-hyperactivity disorder in children and adolescents. *New England Journal of Medicine*, 370, 838–846.

- Froehlich, T.E., Lanphear, B.P., Auinger, P., Hornung R., Epstein, J.N., Braun, J. i Kahnet R.S. (2009). Association of tobacco and lead exposures with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*, 124(6), 1054–1063.
- Galera, C., Heude, B., Forhan, A., Bernard, J. Y., Peyre, H., Van der Waerden, J., Pryor, L., Bouvard, M.-P., Melchior, M., Lioret, S. i de Lauzon-Guillain, B. (2018). Prenatal diet and children's trajectories of hyperactivity-inattention and conduct problems from 3 to 8 years: The EDEN mother-child cohort. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 59(9), 1003–1011.
- Jóźwiak, J. (2025). *107 mitów o ADHD. Czyli jak mierzyć się z niewiedzą*. Wydawnictwo Wiedza Współczesna.
- Lange, K.W., Reichl, S., Lange, K.M., Tucha, L. i Tucha, O. (2010). The history of attention deficit hyperactivity disorder. *Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 2, 241–255.
- Martinez-Badía, J. i Martinez-Raga, J. (2015). Who says this is a modern disorder? The early history of attention deficit hyperactivity disorder. *World Journal of Psychiatry*, 5(4), 379–386.
- Pisecco, S., Barker, D.B., Silva, P.A. i Brooke, M. (2001). Boys with reading disabilities and/or ADHD: Distinction in early childhood. *Journal of Learning Disabilities*, 34(2), 98–107.
- Przybyła, O. (2012). Giełkot w zespole nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi. *Logopedia*, 41, 25–37.
- Quintero, J., Martin, M., Alcindor, P. i Pérez-Templado, J. (2016). Prevention in attention deficit hyperactivity disorder. *Revista de Neurología*, 62(1), 93–97.
- Redmond, S.M. (2016). Language impairment in the attention-deficit/hyperactivity disorder context. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 59(1), 133–142.
- Rutkowska, J. (2019). Rola logopedy w procesie diagnostycznym zaburzeń przetwarzania słuchowego. *Biuletyn Logopedyczny*, 33, 94–101.
- Sciberras, E., Mueller, K.L., Efron, D., Bisset, M., Anderson, V., Schilpzand, E.J. i Nicholson, J.M. (2014). Language problems in children with attention-deficit/hyperactivity disorder: A systematic review. *Pediatrics*, 133(5), 793–800.
- Sharkey, L. i Fitzgerald, M. (2007). The history of attention deficit hyperactivity disorder. W: M. Fitzgerald (red.), *Handbook of attention deficit hyperactivity disorder* (s. 3–11). John Wiley & Sons.
- Staikova, E., Gomes, H., Tartter, V., McCabe, A. i Halperin, J.M. (2013). Pragmatic deficits and language impairment in children with ADHD. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(5), 524–532.
- Szabelska, E. (2020). Narracja i renarracja u dzieci z ADHD w wieku szkolnym. *Logopedia*, 49(2), 85–102.
- Szabelska, E. (2022). Charakterystyka zaburzeń językowych w ADHD. *Logopedia*, 51(1), 27–41.
- Szabelska, E. (2023). *Kompetencja językowa dzieci z ADHD*. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.

- Tannock, R. i Schachar, R. (1996). Executive dysfunction as an underlying mechanism of behavior and language problems in attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37(8), 981–992.
- Willcutt, E.G. (2012). The prevalence of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder: A meta-analytic review. *Neurotherapeutics*, 9, 490–499.
- Wojnarska, A. (2021). Kompetencje komunikacyjne osób z ADHD – przegląd literatury. *Niepełnosprawność. Dyskursy pedagogiki specjalnej*, 42, 11–25.
- Wysocka, A. i Lipowska, M. (2010). Genetyczne podłoże współwystępowania ADHD i dysleksji rozwojowej. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 10(3), 189–194.



Anna Michalczyk

<https://orcid.org/0000-0003-2985-2162>

e-mail: anna.michalczyk@ignatianum.edu.pl

Uniwersytet Ignatianum w Krakowie, Polska

Ewolucja standardów opieki i terapii jąkania w perspektywie profilaktycznej – przegląd historyczno-systemowy

The Evolution of Stuttering Care and Therapy Standards From a Preventive Perspective – a Historical and Systemic Review

KEYWORDS: ABSTRACT

stuttering,
prevention,
communicative
neurodiversity,
speech-language
pathology,
elementary
education

The aim of this article is to present the evolution of standards of care and therapy for stuttering from a preventive perspective. The research problem concerns how approaches to stuttering have changed over time, particularly in relation to prevention, early intervention, and the role of educational environments. The study employed a narrative literature review method, enabling a synthetic presentation and interpretation of the development of selected theoretical concepts and therapeutic practices from historical and systemic perspectives. The paper follows a chronological and thematic structure, outlining key stages in the development of theoretical and clinical approaches to stuttering. The results of the analysis indicate a gradual shift from symptom-oriented corrective models toward multifactorial, developmental, and environment-focused frameworks. Particular attention is given to the growing importance of early identification of difficulties, modification of communication environments, interdisciplinary cooperation, and changes in social attitudes toward stuttering, including perspectives related to communicative neurodiversity. The conclusions emphasize the need to implement preventive and inclusive strategies at the level of elementary education in order to support children who stutter and reduce long-term psychosocial consequences.

SŁOWA KLUCZE ABSTRAKT

jąkanie,
profilaktyka,
neuroróżnorodność
komunikacyjna,
logopedia, edukacja
elementarna

Celem artykułu jest przedstawienie ewolucji standardów opieki i terapii jąkania w perspektywie profilaktycznej. Problem badawczy dotyczy zmian w podejściach do jąkania na przestrzeni czasu, ze szczególnym uwzględnieniem profilaktyki, wczesnej interwencji oraz roli środowiska edukacyjnego. W pracy zastosowano metodę narracyjnej analizy literatury, umożliwiającą syntetyczne przedstawienie i interpretację rozwoju wybranych koncepcji teoretycznych oraz praktyk terapeutycznych w ujęciu historycznym i systemowym. Wywód prowadzony jest w układzie chronologiczno-tematycznym, obejmującym kluczowe etapy rozwoju podejść teoretycznych i klinicznych do jąkania. Wyniki analizy wskazują na przesunięcie akcentów z modeli korekcyjnych, skoncentrowanych na objawach, ku ujęciom wieloczynnikowym, rozwojowym i środowiskowym. Podkreślono rosnące znaczenie wczesnej identyfikacji trudności, modyfikacji środowiska komunikacyjnego, współpracy interdyscyplinarnej oraz zmiany postaw wobec jąkania, w tym podejść odwołujących się do neuroróżnorodności komunikacyjnej. Wnioski akcentują znaczenie działań profilaktycznych i inkluzyjnych realizowanych na poziomie edukacji elementarnej w celu wspierania dzieci z jąkaniami i ograniczania długofalowych konsekwencji psychospołecznych, takich jak obniżona samoocena, unikanie sytuacji komunikacyjnych oraz trudności w funkcjonowaniu społecznym.

Wstęp

Jąkanie jest złożonym zjawiskiem o charakterze neurorozwojowym, ujawniającym się najczęściej we wczesnym dzieciństwie i charakteryzującym się zmiennym przebiegiem oraz nasileniem objawów (Bloodstein i in., 2021). Współczesne badania wskazują na jego wieloczynnikową etiologię, obejmującą czynniki neurobiologiczne, językowe, emocjonalne i środowiskowe (Neef i Chang, 2024; Chang i in., 2009; Craig-McQuaide i in., 2014; Chang i in., 2019). Standardy opieki i terapii przez długi czas pozostawały niespójne, koncentrując się głównie na korekcji objawów, z pominięciem kontekstu rozwojowego i środowiskowego dziecka oraz profilaktyki (Ward, 2018).

Współczesne spojrzenie obejmuje zarówno działania pierwotne, wspierające rozwój komunikacyjny dziecka i świadomość otoczenia, jak i działania wtórne, czyli wczesne rozpoznawanie objawów i ograniczanie ryzyka utrwalenia konsekwencji emocjonalnych oraz społecznych (Yairi i Ambrose, 2005; Guitar, 2014). Podkreśla się znaczenie wspierającego środowiska redukującego presję komunikacyjną oraz współpracę rodziny, nauczycieli i specjalistów (Onslow i in., 2003; Kelman i Nicholas, 2020). Coraz częściej profilaktyka obejmuje także działania psychospołeczne związane

z przeciwdziałaniem stygmatyzacji i wspieraniem pozytywnych doświadczeń komunikacyjnych dzieci (Węsierska i Krawczyk, 2022; Yarusss i Reeves, 2024). W edukacji elementarnej jąkanie ma szczególne znaczenie, ponieważ pierwsze objawy pojawiają się w okresie intensywnego rozwoju językowego i społeczno-emocjonalnego dziecka, a brak odpowiednio wcześniej wdrożonego wsparcia może prowadzić do utrwalania się trudności (Blood i in., 2011; Kelman i Nicholas, 2020; Reilly i in., 2013).

Celem artykułu jest przedstawienie ewolucji standardów opieki i terapii jąkania w ujęciu historyczno-systemowym, ze szczególnym uwzględnieniem profilaktyki i wczesnej interwencji. Analiza obejmuje rozwój podejść terapeutycznych – od modeli korekcyjnych i medycznych po współczesne, interdyscyplinarne koncepcje oparte na dowodach naukowych – oraz ich znaczenie dla praktyki edukacyjnej i logopedycznej, zwłaszcza na etapie edukacji elementarnej.

Założenia metodologiczne

Artykuł ma charakter narracyjnego przeglądu literatury, ukierunkowanego na analizę ewolucji podejść do opieki i terapii jąkania w perspektywie profilaktycznej. Celem opracowania jest syntetyczne ujęcie zmian w sposobie rozumienia jąkania oraz wynikających z nich praktyk terapeutycznych i działań profilaktycznych, ze szczególnym uwzględnieniem kontekstu historycznego i systemowego. W pracy zastosowano metodę narracyjnej analizy literatury, umożliwiającą syntetyczne przedstawienie i interpretację rozwoju wybranych koncepcji teoretycznych oraz praktyk terapeutycznych w ujęciu historycznym i systemowym (Baumeister i Leary, 1997; Ferrari, 2015). Dobór materiału miał charakter celowy i obejmował zarówno publikacje klasyczne, jak i współczesne opracowania z zakresu logopedii, psychologii, foniatrii oraz nauk o edukacji. Uwzględniono prace dotyczące etiologii jąkania, modeli teoretycznych, podejść terapeutycznych oraz zagadnień związanych z profilaktyką i wczesną interwencją. Analiza obejmowała identyfikację dominujących koncepcji wyjaśniających jąkanie w kolejnych okresach historycznych, porównanie stosowanych strategii terapeutycznych oraz ocenę roli środowiska społecznego i edukacyjnego w procesie wspierania osób jąkających się.

Zastosowana metoda pozwala na uchwycenie kierunków przemian w myśleniu o jąkanii oraz wskazanie ich implikacji dla współczesnych działań profilaktycznych i terapeutycznych, jednak nie umożliwia ilościowej oceny skuteczności poszczególnych interwencji.

Od „wady języka” do problemu medyczno-moralnego – najwcześniejsze koncepcje jąkania

Najwcześniejsze wzmianki o jąkanii pojawiają się w źródłach starożytnych, gdzie opisano je jako defekt cielesny lub zaburzenie równowagi fizjologicznej. W pismach Hipokratesa i Galena wiązano je z nieprawidłowym funkcjonowaniem języka oraz zaburzeniem równowagi „humorów” ustrojowych (Brosch i Pirsig, 2001). Proponowano ćwiczenia języka, zalecenia dietetyczne oraz zabiegi chirurgiczne, które rzadko przynosiły poprawę (Bloodstein i Ratner, 2008). W źródłach opisywano również metody behawioralno-dyscyplinujące, takie jak wymuszanie rytmicznej mowy czy publiczne czytanie pod presją otoczenia (Brosch i Pirsig, 2001; Ward, 2018). W dawnych przekazach medycznych jąkanie łączono ze słabością charakteru, nadmierną emocjonalnością lub niewłaściwym wychowaniem (Brosch i Pirsig, 2001; Guitar, 2014). Dopiero przełom XVIII i XIX wieku przyniósł bardziej systematyczne próby opisu jąkania w kontekście rozwijającej się medycyny i fonetyki. Podejmowano próby klasyfikacji objawów i odróżniania jąkania od innych zaburzeń mowy, jednak terapia wciąż koncentrowała się głównie na eliminacji widocznych symptomów (Yairi i Seery, 2015).

Brak wiedzy o rozwoju mowy, neurobiologicznych uwarunkowaniach jąkania oraz roli środowiska sprawiał, że profilaktyka i wczesna interwencja pozostawały poza głównym nurtem praktyki. Dopiero rozwój logopedii jako dyscypliny naukowej w XX wieku stworzył podstawy do odejścia od moralizującego i wyłącznie korekcyjnego podejścia na rzecz zintegrowanych modeli opieki.

Od korekcji do standaryzacji – narodziny nowoczesnej logopedii i edukacyjnych modeli wsparcia (1900–1970)

Pierwsza połowa XX wieku stanowiła istotny etap w rozwoju opieki nad osobami jąkającymi się – powstanie poradni logopedycznych oraz programów kształcenia specjalistów zwiększyło dostępność pomocy, zwłaszcza dla dzieci w wieku szkolnym (Bloodstein i in., 2021). Dominowały modele korekcyjne modyfikujące mowę, oparte na ćwiczeniach artykulacyjnych, kontroli tempa wypowiedzi i nauce „prawidłowych” wzorców mówienia (Blomgren, 2010; Connery i in., 2020; Brignell i in., 2021). Podejścia te sprzyjały przenoszeniu odpowiedzialności za płynność na dziecko i rzadko uwzględniały psychospołeczne konsekwencje jąkania (Guitar, 2014; Kroll i Scott-Sulsky, 2010; Bijak i Kamińska, 2013). Wraz z rozwojem edukacji powszechnej dzieci jąkające się częściej trafiały pod opiekę specjalistów za pośrednictwem szkoły. Nauczyciele odgrywali istotną rolę w identyfikowaniu trudności komunikacyjnych, jednak ich przygotowanie do takiej pracy było zwykle ograniczone (Scott, 2012; Węsierska

i Krawczyk, 2022). Prowadziło to do niesystemowych działań profilaktycznych oraz trudności w rozpoznawaniu potrzeb komunikacyjnych uczniów (Ward, 2018; Węsierska i Krawczyk, 2022; Scott, 2012).

Okres ten przyniósł również postęp w standaryzacji diagnozy i terapii — pojawiły się pierwsze narzędzia oceny płynności mowy oraz większa świadomość znaczenia czynników środowiskowych (Yairi i Ambrose, 2005). Z dzisiejszej perspektywy lata 1900–1970 stworzyły fundamenty nowoczesnej logopedii, choć dominacja podejść korekcyjnych i ograniczona jeszcze wiedza sprawiały, że potencjał wczesnej interwencji pozostawał w dużej mierze niewykorzystany (Yaruss i Quesal, 2004; Smith i Weber, 2017).

Od objawu do procesu rozwojowego – zwrot neurobehawioralny i narodziny podejścia opartego na dowodach (1970–2000)

Lata 70. XX wieku przyniosły zmianę w rozumieniu jąkania, określaną jako zwrot w kierunku podejść neurobehawioralnych (Bloodstein i Ratner, 2008; Smith i Weber, 2017). Odchodzono od podejść czysto objawowych na rzecz analizowania procesów neurofizjologicznych, poznawczych i emocjonalnych. Rozwój neuronauk oraz badań nad planowaniem mowy formułował bardziej złożoną etiologię, w której jąkanie postrzegano jako interakcję tych czynników. Rozwijały się podejścia behawioralne i poznawczo-behawioralne, łączące modyfikację mowy z redukcją napięcia (Blomgren, 2010; Connery i in., 2020; Guitar, 2014). Coraz większą uwagę zwracano także na rolę reakcji otoczenia oraz znaczenie bezpiecznego środowiska komunikacyjnego (Scott, 2012; Węsierska i Krawczyk, 2022). Istotnym osiągnięciem tego okresu było wprowadzanie zasad praktyki opartej na dowodach (*evidence-based practice*), integrującej wyniki badań naukowych, doświadczenie kliniczne oraz potrzeby pacjenta i jego rodziny (Zipoli i Kennedy, 2005). Badania longitudinalne nad rozwojem jąkania u dzieci pozwoliły lepiej opisać naturalny jego przebieg, w tym zjawisko spontanicznego ustępowania objawów, wiek pojawienia się pierwszych symptomów, czynniki językowe i tło rodzinne (Reilly i in., 2009; Yairi i Ambrose, 2005).

W latach 80. i 90. pojawiły się zalecenia dotyczące systematycznej obserwacji dzieci w wieku przedszkolnym oraz współpracy specjalistów z rodziną i placówkami edukacyjnymi (Reilly i in., 2009; Zipoli i Kennedy, 2005). Jąkanie zaczęto postrzegać jako złożony proces rozwojowy, a nie wyłącznie jako problem wymagający korekcji mowy (Chang i in., 2019; Ward, 2018). Okres 1970–2000 stworzył podstawy współczesnych modeli profilaktyki, wczesnej interwencji oraz podejść interdyscyplinarnych łączących logopedię, psychologię rozwojową i pedagogikę.

Profilaktyka i wczesna interwencja jako współczesny standard opieki nad jąkaniem (2000–2026)

Początek XXI wieku ugruntował jąkanie jako zjawisko neurorozwojowe o dynamicznym przebiegu. Współczesne standardy opieki akcentują znaczenie profilaktyki rozumianej nie tylko jako zapobieganie utrwaleniu objawów, lecz także ograniczanie psychospołecznych konsekwencji jąkania (Yairi i Seery, 2015; Kelman i Nicholas, 2020). Wskazuje się, że modyfikacja stylu komunikacji, redukcja presji językowej oraz wspieranie pozytywnych doświadczeń komunikacyjnych mogą wpływać na przebieg jąkania dziecka (Kelman i Nicholas, 2020; Berquez i Kelman, 2018). Kluczowym elementem pozostaje wczesna identyfikacja grup ryzyka. Badania longitudinalne wskazują, że pierwsze objawy jąkania pojawiają się najczęściej między 2. a 5. rokiem życia – część dzieci doświadcza spontanicznego ustępowania objawów, u innych pojawiają się czynniki zwiększające ryzyko utrwalenia trudności (Reilly i in., 2013). Wiedza ta stała się podstawą rozwoju narzędzi screeningowych i rekomendacji monitorowania rozwoju mowy w wieku przedszkolnym.

Współczesne podejścia terapeutyczne coraz częściej koncentrują się na modyfikacji środowiska komunikacyjnego oraz wspieraniu interakcji dziecka z otoczeniem (Kelman i Nicholas, 2020; Berquez i Kelman, 2018; Yaruss i Quesal, 2004; Węsierska i Krawczyk, 2022). Zakładają one, że zmiany w sposobie komunikowania się rodziców i nauczycieli mogą wpływać na przebieg jąkania oraz ograniczanie jego konsekwencji psychospołecznych. (Onslow i in., 2003). Z perspektywy edukacji elementarnej podkreśla się znaczenie środowiska szkolnego jako ważnego obszaru działań profilaktycznych. Badania wskazują, że środowisko szkolne może zarówno łagodzić, jak i nasilać trudności związane z jąkaniem (Blood i in., 2011; Węsierska i Krawczyk, 2017, 2022; Kowalczyk, 2020; Dyl i in., 2015). Z tego względu działania edukacyjne i przygotowanie kadry pedagogicznej stanowią ważny element profilaktyki wtórnej.

Wieloczynnikowa etiologia jąkania jako podstawa współczesnych działań profilaktycznych

Współczesne koncepcje etiologii jąkania opierają się na modelach wieloczynnikowych, zakładających interakcję czynników neurobiologicznych, językowych, emocjonalnych i środowiskowych. Jąkanie postrzegane jest jako efekt współwystępowania predyspozycji oraz czynników wyzwalających i podtrzymujących, których znaczenie zmienia się na różnych etapach rozwoju dziecka (Smith i Weber, 2017). Węsierska i Krawczyk podkreślają, że takie ujęcie wymaga odejścia od linearnego myślenia przyczynowo-skutkowego na rzecz perspektywy uwzględniającej rozwój i środowiskowe

funkcjonowanie dziecka (Węsierska i Krawczyk, 2022; Węsierska, 2021). Badania wskazują na udział czynników genetycznych oraz różnic w organizacji sieci neuronalnych odpowiedzialnych za planowanie i koordynację mowy, dlatego podkreśla się znaczenie uważnej obserwacji rozwoju i ostrożnej interpretacji wczesnych niepełności (Yairi i Ambrose, 2005; Chang i in., 2019). Akcentuje się również znaczenie współpracy z rodziną i nauczycielami oraz budowanie wspierającego kontekstu komunikacyjnego w codziennych sytuacjach (Węsierska, 2021). Istotnym obszarem oddziaływań pozostaje rozwój językowy dziecka, szczególnie w okresach intensywnego rozwoju kompetencji leksykalnych i syntaktycznych. Szybki rozwój języka może czasowo zwiększać obciążenie systemu planowania mowy, dlatego profilaktyka powinna łączyć wspieranie harmonijnego rozwoju z dostosowaniem wymagań komunikacyjnych do możliwości dziecka (Guitar, 2014; Howell, 2010). Ważnym komponentem etiologii jąkania są także czynniki emocjonalne i temperamentalne, takie jak wrażliwość na ocenę czy trudności w regulacji napięcia. Podkreśla się, że wtórne problemy emocjonalne, w tym lęk przed mówieniem, rozwijają się często jako konsekwencja negatywnych doświadczeń komunikacyjnych, dlatego istotne znaczenie ma kształtowanie wspierających reakcji otoczenia (Blood i in., 2011; Craig i Tran, 2014; Iverach & Rapee, 2014; Smith i Weber, 2017).

Modele te zwracają również uwagę na czynniki środowiskowe i interakcyjne, obejmujące styl komunikacji w rodzinie i szkole, tempo interakcji oraz reakcje dorosłych i rówieśników (Smith i Weber, 2017; Chang i in., 2019). Środowisko komunikacyjne może pełnić funkcję ochronną w zakresie strategii wspierających komfort komunikacyjny dziecka, takich jak uważne słuchanie, akceptacja tempa wypowiedzi czy ograniczanie presji językowej (Onslow i in., 2003; Yaruss i Quesal, 2004; Kelman i Nicholas, 2020; Berquez i Kelman, 2018). Zintegrowanie tych perspektyw pozwala traktować profilaktykę jako proces dostosowany do indywidualnej trajektorii rozwojowej dziecka (Yaruss i Quesal, 2004; Kelman i Nicholas, 2020).

Implikacje dla praktyki edukacyjnej w kontekście profilaktyki jąkania

Przyjęcie wieloczynnikowej etiologii jąkania wiąże się ze zmianami dla praktyki edukacyjnej, zwłaszcza na etapie edukacji elementarnej (Smith i Kelly, 1997; Smith i Weber, 2017). Skoro jąkanie jest efektem interakcji czynników biologicznych, rozwojowych i środowiskowych, działania profilaktyczne nie mogą ograniczać się wyłącznie do terapii logopedycznej. Konieczne staje się systemowe podejście, w którym szkoła i przedszkole odgrywają aktywną rolę w tworzeniu warunków sprzyjających rozwojowi komunikacyjnemu dziecka (Yaruss i Quesal, 2004; Kelman i Nicholas, 2020;

Radkowska-Marczak, 2025). Jedną z kluczowych implikacji jest potrzeba wczesnego rozpoznawania trudności w mowie w środowisku edukacyjnym, dlatego istotne jest dysponowanie podstawową wiedzą dotyczącą jąkania oraz czynników ryzyka jego utrwalenia (Reilly i in., 2013).

Ważnym obszarem jest organizacja środowiska komunikacyjnego, gdyż presja związana z tempem wypowiedzi, częste przerywanie dziecku, poprawianie formy językowej lub wymuszanie bardziej poprawnej realizacji wypowiedzi mogą nasilać trudności oraz sprzyjać rozwojowi wtórnych reakcji emocjonalnych (Blood i in., 2011; Winters i Byrd, 2024; Węsierska i Krawczyk, 2022). Przeciwdziałanie temu wpisuje się w profilaktykę wtórną ukierunkowaną na ograniczanie negatywnych konsekwencji jąkania (Blood i in., 2011). Istotnym elementem profilaktyki pozostaje również współpraca nauczycieli z rodzicami i specjalistami. Konsultacje z logopedą oraz wspólne ustalanie strategii wsparcia pozwalają uniknąć sprzecznych komunikatów kierowanych do dziecka (Onslow i in., 2003; Fatyga i in., 2019; Faściszewska, 2018). W kontekście edukacji elementarnej szczególnego znaczenia nabiera także profilaktyka psychospołeczna ukierunkowana na przeciwdziałanie stygmatyzacji i wykluczeniu rówieśniczemu. Działania promujące empatię, akceptację różnorodności komunikacyjnej oraz bezpieczne relacje rówieśnicze mogą ograniczać ryzyko trudności emocjonalnych (Craig i Tran, 2014).

Coraz większe znaczenie zyskuje również zmiana postaw społecznych wobec jąkania, inspirowana koncepcją neuro różnorodności (Vanryckeghem, 2026; Yaruss i Quesal, 2016). W tym ujęciu jąkanie postrzegane jest jako jedna z form komunikacji, a nie wyłącznie deficyt wymagający korekcji. Podejście to przesuwa akcent z normalizacji mowy na wspieranie dobrostanu, autonomii i samooceny osoby jąkającej się. W polskiej literaturze logopedycznej zagadnienie to omawiają m.in. Pakura, Szymczakowska i Węsierska (2024), podkreślając potrzebę aktualizacji wiedzy terapeutów oraz edukacji społecznej dotyczącej jąkania. Z perspektywy edukacji elementarnej oznacza to konieczność budowania bezpiecznej przestrzeni komunikacyjnej, w której dziecko może uczestniczyć w interakcjach niezależnie od płynności mowy (Boyle, 2015; Craig i Tran, 2014).

Wnioski końcowe

Perspektywa historyczna pokazuje, że przez wiele dekad działania wobec osób jąkających się miały charakter fragmentaryczny, a profilaktyka pozostawała poza głównym nurtem praktyki terapeutycznej (Smith i Kelly, 1997; Smith i Weber, 2017; Yairi i Ambrose, 2013). Współczesne podejście akcentuje znaczenie wczesnej identyfikacji trudności oraz współpracy specjalistów, rodziny i szkoły (Yairi i Ambrose, 2013;

Kelman i Nicholas, 2020; Yaruss i Quesal, 2004). Wieloczynnikowe modele etiologii jąkania stanowią podstawę działań profilaktycznych obejmujących także emocjonalne, społeczne i edukacyjne funkcjonowanie dziecka. Takie podejście pozwala ograniczyć ryzyko wtórnych konsekwencji jąkania, takich jak lęk komunikacyjny, obniżona samoocena czy unikanie sytuacji społecznych i komunikacyjnych (Alharbi i in., 2025; Craig i Tran, 2014). Przedszkole i szkoła stanowią ważne środowiska kształtowania postaw wobec różnorodności. Działania nauczycieli obejmujące tworzenie bezpiecznego klimatu komunikacyjnego, elastyczne podejście do wypowiedzi ustnych oraz współpracę z logopedami i rodzicami mogą znacząco wpływać na doświadczenia komunikacyjne dziecka (Reeves i Yaruss, 2024; Vanryckeghem, 2026).

Podsumowując, współczesne standardy opieki nad jąkaniem coraz wyraźniej sytuują profilaktykę jako integralny element działań terapeutycznych i edukacyjnych. Perspektywa ta stwarza możliwości ograniczania długofalowych konsekwencji jąkania oraz wspierania dzieci w budowaniu pozytywnej tożsamości komunikacyjnej już na etapie edukacji elementarnej.

Bibliografia

- Alharbi, E., Hewat, S., Walters, J. i Unicomb, R. (2025). The experiences of adolescents who stutter: A scoping review. *Speech, Language and Hearing, 28*(1). <https://doi.org/10.1080/2050571X.2024.2429899>
- Baumeister, R.F. i Leary, M.R. (1997). Writing narrative literature reviews. *Review of General Psychology, 1*(3), 311–320. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.1.3.311>
- Berquez, A. i Kelman, E. (2018). Methods in stuttering therapy for desensitizing parents of children who stutter. *American Journal of Speech-Language Pathology, 27*(3S), 1124–1138. https://doi.org/10.1044/2018_AJSLP-ODC11-17-0193
- Bijak, E. i Kamińska, D. (2013). Społeczny aspekt jąkania – wskazówki dla jąkających się i logopedów. *Logopedia Silesiana, 2*, 168–180.
- Blood, G.W., Blood, I.M., Tramontana, G.M., Sylvia, A.J., Boyle, M.P. i Motzko, G.R. (2011). Self-reported experience of bullying of students who stutter: Relations with life satisfaction, life orientation, and self-esteem. *Perceptual and Motor Skills, 113*(2), 353–364. <https://doi.org/10.2466/07.10.15.17.PMS.113.5.353-364>
- Blomgren, M. (2010). Behavioral treatments for children and adults who stutter: A review. *Psychology Research and Behavior Management, 3*, 49–57. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S6541>
- Bloodstein, O. i Bernstein Ratner, N. (2008). *A handbook on stuttering* (wyd. 6). Delmar Cengage Learning.
- Bloodstein, O., Bernstein Ratner, N. i Brundage, S.B. (2021). *A handbook on stuttering* (wyd. 8). Plural Publishing.

- Boyle, M.P. (2015). Relationships between psychosocial factors and quality of life for adults who stutter. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 24(1), 1–12. https://doi.org/10.1044/2014_AJSLP-14-0089
- Brignell, A., Krahe, M., Downes, M., Kefalianos, E., Reilly, S., Morgan, A.T. i Block, S. (2021). Interventions for children and adolescents who stutter: A systematic review, meta-analysis, and evidence map. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 64(7), 2547–2571. https://doi.org/10.1044/2021_JSLHR-20-00531
- Brosch, S. i Pirsig, W. (2001). Stuttering in history and culture. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 59(2), 81–87. [https://doi.org/10.1016/S0165-5876\(01\)00493-8](https://doi.org/10.1016/S0165-5876(01)00493-8)
- Chang, S.E., Garnett, E.O., Etchell, A. i Chow, H.M. (2019). Functional and neuroanatomical bases of developmental stuttering: Current insights. *The Neuroscientist*, 25(6), 566–582. <https://doi.org/10.1177/1073858418803594>
- Chang, S.E., Kenney, M.K., Loucks, T.M.J. i Ludlow, C.L. (2009). Brain activation abnormalities during speech and non-speech in stuttering speakers. *NeuroImage*, 46(1), 201–212. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2009.01.066>
- Connery, A., Galvin, R., McCurtin, A. i Walsh, I.P. (2020). The relationship between stuttering and psychosocial functioning in children and adolescents: A systematic review. *Journal of Communication Disorders*, 85, 105944. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2020.105944>
- Craig-McQuaide, A., Akram, H., Zrinzo, L. i Tripoliti, E. (2014). A review of brain circuitries involved in stuttering. *Frontiers in Human Neuroscience*, 8, 884. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2014.00884>
- Craig, A. i Tran, Y. (2014). Fear of speaking: Chronic anxiety and stammering. *Advances in Psychiatric Treatment*, 20(3), 206–213. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.113.011593>
- Dyl, K., Skrzypiec, M. i Wilk, M. (2015). Wsparcie ucznia jākającego się w szkole. W: K. Węsierska (red.), *Zaburzenia płynności mowy: teoria i praktyka* (t. 1, s. 227–250). Wydawnictwo Komlogo.
- Faściszewska, M. (2018). Trudne postawy i emocje towarzyszące jākaniu – sposoby wspierania jākającego się dziecka. W: A. Myszka i K.I. Bieńkowska (red.), *Głos, język komunikacja*. T. 5: *W obliczu emocji* (s. 49–60). Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego.
- Fatyga, A., Kilian, K. i Węsierska, K. (2019). Mobbing szkolny wśród uczniów z zaburzeniami w komunikowaniu się – percepcja zjawiska i potencjalne kierunki działań. *Logopaedica Lodziensia*, 3, 53–68. <https://doi.org/10.18778/2544-7238.03.05>
- Ferrari, R. (2015). Writing narrative style literature reviews. *Medical Writing*, 24(4), 230–235. <https://doi.org/10.1179/2047480615Z.000000000329>
- Guitar, B. (2014). *Stuttering: An integrated approach to its nature and treatment* (wyd. 4). Lippincott Williams & Wilkins.
- Howell, P. (2010). *Recovery from stuttering*. Psychology Press.
- Iverach, L. i Rapee, R.M. (2014). Social anxiety disorder and stuttering: Current status and future directions. *Journal of Fluency Disorders*, 40, 69–82. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2013.08.003>

- Kelman, E. i Nicholas, A. (2020). *Palin parent-child interaction therapy for early childhood stammering*. Routledge.
- Kowalczyk, Ł. (2020). Jak wspierać w szkole jākającego się ucznia? *Szkola Specjalna*, 81(5), 364–369. <https://doi.org/10.5604/3001.0014.6316>
- Kroll, R. i Scott-Sulsky, L. (2010). The Fluency Plus Program: An integration of fluency shaping and cognitive restructuring procedures for adolescents and adults who stutter. W: B. Guitar i R. McCauley (red.), *Treatment of stuttering: Established and emerging interventions* (s. 277–311). Lippincott Williams & Wilkins.
- Neef, N.E. i Chang, S.E. (2024). Knowns and unknowns about the neurobiology of stuttering. *PLoS Biology*, 22(2), e3002492. <https://doi.org/10.1371/journal.pbio.3002492>
- Nye, C., Vanryckeghem, M., Schwartz, J. B., Herder, C., Turner, H. M., III i Howard, C. (2013). Behavioral stuttering interventions for children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 56(3), 921–932. [https://doi.org/10.1044/1092-4388\(2012\)12-0036](https://doi.org/10.1044/1092-4388(2012)12-0036)
- Onslow, M., Packman, A. i Harrison, E. (2003). *The Lidcombe program of early stuttering intervention: A clinician's guide*. Pro-Ed.
- Pakura, M., Szymczakowska, J. i Węsierska, K. (2024). Czas na zmianę podejścia do jākania. *Prace Językoznawcze*, 26(4), 53–67.
- Radkowska-Marczak, N. (2025). Postawy komunikacyjne dzieci w wieku wczesnoszkolnym z jākaniem w samoocenie i ocenie rodziców. *Forum Linguisticum*, 13(2). <https://doi.org/10.31261/FL.2025.13.2.16>
- Reeves, N. i Yaruss, J.S. (2024). *School-age stuttering: Information and support for parents and caregivers* (wyd. 2). Stuttering Therapy Resources.
- Reilly, S., Onslow, M., Packman, A., Cini, E., Conway, L., Ukoumunne, O.C., Bavin, E.L., Prior, M., Eadie, P. i Wake, M. (2013). Natural history of stuttering to 4 years of age: A prospective community-based study. *Pediatrics*, 132(3), 460–467. <https://doi.org/10.1542/peds.2012-3067>
- Reilly, S., Wake, M., Ukoumunne, O.C., Bavin, E., Prior, M., Cini, E., Conway, L., Eadie, P. i Bretherton, L. (2009). Predicting stuttering onset by the age of 3 years: A prospective, community cohort study. *Pediatrics*, 123(1), 270–277. <https://doi.org/10.1542/peds.2007-3219>
- Scott, L. (2012). *Jak mówić w szkole o jākaniu? Podręcznik dla nauczycieli i logopedów* (M. Węsierska, tłum.). Centrum Logopedyczne.
- Smith, A. i Kelly, E. (1997). Stuttering: A dynamic, multifactorial model. W: R. Curlee i G. Siegel (red.), *Nature and treatment of stuttering: New directions* (s. 204–217). Allyn & Bacon.
- Smith, A. i Weber, C. (2017). How stuttering develops: The multifactorial dynamic pathways theory. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 60(9), 2483–2505. https://doi.org/10.1044/2017_JSLHR-S-16-0343
- Vanryckeghem, M. (2026). Stuttering and neurodiversity: A question of ableism or anti-ableism? One central premise: The person who stutters. *Journal of Fluency Disorders*, 87, 106188. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2025.106188>

- Ward, D. (2018). *Stuttering and cluttering: Frameworks for understanding and treatment* (wyd. 2). Psychology Press.
- Węsierska, K. (red.). (2021). *Profilaktyka logopedyczna w praktyce edukacyjnej*. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Węsierska, K. i Krawczyk, A. (2017). Wspieranie dzieci jąkających się w środowisku szkolnym. *Logopedia*, 46, 203–216.
- Węsierska, K. i Krawczyk, A. (2022). Wsparcie dziecka jąkającego się w środowisku edukacyjnym. W: M. Kaczmarzyk (red.), *Siła różnorodności* (s. 47–63). EduAkcja.
- Winters, K.L. i Byrd, C.T. (2024). Caregiver predictions of their 3- to 6-year-old child who stutters' communication attitude. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 67(7), 2086–2105. https://doi.org/10.1044/2024_JSLHR-23-00662
- Yairi, E. i Ambrose, N.G. (2005). *Early childhood stuttering: For clinicians by clinicians*. Pro-Ed.
- Yairi, E. i Ambrose, N. (2013). Epidemiology of stuttering: 21st century advances. *Journal of Fluency Disorders*, 38(2), 66–87.
- Yairi, E. i Seery, C.H. (2015). *Stuttering: Foundations and clinical applications* (wyd. 2). Pearson.
- Yaruss, J.S. i Quesal, R.W. (2004). Stuttering and the International Classification of Functioning, Disability, and Health: An update. *Journal of Communication Disorders*, 37(1), 35–52. [https://doi.org/10.1016/S0021-9924\(03\)00052-2](https://doi.org/10.1016/S0021-9924(03)00052-2)
- Yaruss, J.S. i Quesal, R.W. (2016). Overall assessment of the speaker's experience of stuttering (OASES): Documenting multiple outcomes in stuttering treatment. *Journal of Fluency Disorders*, 50, 90–115. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2016.10.001>
- Yaruss, J.S. i Reeves, L. (2024). *Early childhood stuttering therapy: A practical guide*. Stuttering Therapy Resources.
- Zipoli, R.P., Jr. i Kennedy, M. (2005). Evidence-based practice among speech-language pathologists: Attitudes, utilization, and barriers. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 14(3), 208–220. [https://doi.org/10.1044/1058-0360\(2005\)021](https://doi.org/10.1044/1058-0360(2005)021)



Karolina Kantyka-Dziwisz

<https://orcid.org/0000-0002-9157-4151>

e-mail: kkantyka@ubb.edu.pl

Uniwersytet Bielsko-Bialski, Polska

Trzeciorzędowa profilaktyka logopedyczna w pracy z dzieckiem dwujęzycznym w wieku przedszkolnym – możliwości i ograniczenia

Tertiary Speech Therapy Prevention in Working With Bilingual Preschool Children – Possibilities and Limitations

KEYWORDS ABSTRACT

bilingual and multilingual children, speech therapy, speech therapy prevention, speech and language assessment, child with migration experience,

The purpose of this article is to highlight the possibilities and limitations of tertiary speech therapy for bilingual children. It also highlights the therapeutic approaches, challenges encountered, collaboration with parents, and areas requiring further research and action to support the preventive interventions and therapeutic approaches developed by specialists.

The research was qualitative in nature, grounded in a pragmatic paradigm aimed at developing best practices in speech therapy and tertiary prevention for multilingual preschool children. The study was based on case reports of bilingual children receiving speech therapy and interviews with speech therapists. The collected empirical material was subjected to qualitative analysis, which identified thematic categories related to diagnosis, therapeutic interventions, outcomes, and collaboration with parents.

This article presents a theoretical and methodological section, a description of the research results, and a summary. It highlights that in times of ongoing geopolitical transformation, bilingual or multilingual children are increasingly becoming the subject of therapeutic interventions, which poses a challenge for speech-language pathologists and therapists.

The results demonstrate that therapeutic and preventive measures yield varying results. Therefore, it is justified to expand research exploration to develop best practices and advocate for systemic support.

SŁOWA KLUCZE ABSTRAKT

dziecko dwu-
i wielojęzyczne,
profilaktyka
logopedyczna,
terapia
logopedyczna,
diagnoza
logopedyczna,
dziecko
z doświadczeniem
migracji

Celem niniejszego artykułu jest ukazanie możliwości i ograniczeń związanych z profilaktyką logopedyczną trzeciorzędową w stosunku do dzieci dwujęzycznych, a także zwrócenie uwagi na sposoby prowadzenia postępowania terapeutycznego, napotykanne trudności, współpracę z rodzicami, obszary wymagające dalszych badań i podjęcia działań zmierzających do wsparcia oddziaływań profilaktycznych i form terapeutycznych wypracowanych przez specjalistów.

Przeprowadzone badania miały charakter jakościowy, osadzony w paradygmacie pragmatycznym nastawionym na wypracowanie dobrych praktyk w terapii logopedycznej i profilaktyce trzeciorzędowej skierowanej do dzieci wielojęzycznych w wieku przedszkolnym pochodzenia ukraińskiego przebywających w Polsce w wyniku migracji wojennej. Badania opierały się na opisach przypadków dzieci dwujęzycznych objętych terapią logopedyczną i wywiadach w formie rozmowy z logopedami. Zebrany materiał empiryczny poddano analizie jakościowej, która wyodrębniła kategorie tematyczne związane z diagnozą, podjętymi działaniami terapeutycznymi, uzyskanymi rezultatami, współpracą z rodzicami.

Artykuł prezentuje część teoretyczną, metodologiczną, opis wyników badań oraz podsumowanie. Zwraca uwagę, że w czasach przemian geopolitycznych, które mają obecnie miejsce, dziecko dwu- lub wielojęzyczne stanowi coraz częściej podmiot oddziaływań terapeutycznych, co stanowi wyzwanie dla logopedów i terapeutów. Z uzyskanych rezultatów można dostrzec, że podejmowane działania terapeutyczne i profilaktyczne przynoszą zróżnicowane efekty. Zasadne zatem jest rozszerzenie eksploracji badawczej w celu wypracowania dobrych praktyk i postulowania wsparcia systemowego.

Wstęp

Zjawisko migracji od czasu rozpoczęcia wojny w Ukrainie wpisało się w naszą rzeczywistość, a co za tym idzie stanowi nieodłączny element życia i funkcjonowania w społeczeństwie, w którym różnice społeczno-kulturowe, językowe zaczynają się przenikać. Obecność dzieci z Ukrainy jest powszechna zarówno w placówkach

oświatowych, jak i terapeutycznych. Liczba dzieci migrantów w przedszkolach i szkołach jest dość liczna. Dlatego potrzebne jest zapewnienie odpowiedniego wsparcia edukacyjnego, psychologicznego i terapeutycznego. Mimo starań związanych z zachęceniem uczniów do udziału w dodatkowych zajęciach z języka polskiego (przy zmniejszeniu liczby godzin tygodniowo języka z 6 do 4) nadal liczba dzieci uczęszczająca na te zajęcia wynosi poniżej 40%, co wskazuje na potrzebę podjęcia dodatkowych działań związanych z dostosowaniem oferty pedagogicznej. Z jednej strony widać wsparcie związane z zachęceniem do podjęcia nauki języka polskiego, z drugiej potrzebę wsparcia terapeutycznego, w tym wprowadzenia profilaktyki logopedycznej. Niestety nie są prowadzone statystyki dotyczące dzieci migrantów uczęszczających na zajęcia terapeutyczne, w tym terapię logopedyczną. Taki obraz byłby interesujący, aby ukazać skalę zjawiska. Warto zauważyć, że nie tylko dzieci ukraińskie uczestniczą w zajęciach terapeutycznych. Również zauważalny jest powrót do kraju Polaków z migracji ekonomicznej. Wszystkie te aspekty przekładają się na rosnące potrzeby związane z dostosowaniem diagnozy i oferty terapeutycznej do zmieniających się realiów i otaczającej nas rzeczywistości.

Dziecko dwujęzyczne

Dziecko dwu- i wielojęzyczne potrzebuje wsparcia ze strony nauczycieli i rodziców, a także dostosowania form terapeutycznych do swoich potrzeb rozwojowych. Diagnoza i terapia logopedyczna stanowią nierzadko niezbędną formę wspierającą rozwój dziecka na wczesnym etapie edukacyjnym, rzutującą na jego dalsze funkcjonowanie społeczne. Definiując dwujęzyczność, „coraz częściej przyjmuje się, że dzieci dwujęzyczne to takie, które na co dzień używają więcej niż jednego języka. Ta definicja, proponowana między innymi również przez François Grosjeana i Ping Li jest bardzo obszerna, włącza bowiem do kategorii osób „dwujęzycznych” nie tylko osoby biegłe posługujące się dwoma językami od dzieciństwa, ale także osoby posługujące się jednym z języków słabiej, mówiące z silnym akcentem czy poznające drugi język niekoniecznie we wczesnym dzieciństwie oraz niekoniecznie poprzez kontakt z nim w środowisku domowym (Łuniewska i in., 2015, s. 37). Definicja ta jest bardzo ogólna. Jak podkreślają autorki, definiowanie wielojęzyczności jest trudne, ponieważ powinno się zwracać uwagę na wiele czynników, takich jak status socjoekonomiczny, sytuacja rodziny, a także zróżnicowanie kontaktu z językiem, w tym: kolejność przyswajania języków, wiek, w którym nastąpił pierwszy intensywny kontakt z drugim językiem, długość i bogactwo kontaktu z każdym z języków oraz kontekst, w jakim dziecko się z nimi styka (Łuniewska i in., 2015).

Dwujęzyczność traktowana jako indywidualne cechy danego użytkownika języka dotyczy specyficznie ludzkiej umiejętności w zakresie posługiwania się dwoma językami. Poziom tej umiejętności u osoby dwujęzycznej może wahać się od minimum kompetencji komunikacyjnej po pełną kompetencję językową w aspekcie mówienia czytania i pisania zwaną dwujęzycznością pełną lub ambilingwizmem (Rocławska-Daniluk, 2020 s. 14).

Termin „dwujęzyczność” pojawia się w literaturze również na określenie dzieci niemówiących, nieposługujących się żadnym z języków, a jedynie wychowujących się w środowisku dwujęzycznym. Sugeruje to, że dziecko prędzej czy później, obcując na co dzień z dwoma językami, będzie nabywać kompetencji językowych w tych językach (Korendo i Błasiak-Tytuła, 2019, s. 104). Kolejne rozróżnienia to bilingwizm równoczesny i sukcesywny, zrównoważony i pełen czy koordynacyjny i kompozycyjny (Sala-Suszyńska, 2016, s. 133). Przy tak wielu możliwościach niezbędne jest podejście indywidualne, dokonanie rozpoznania możliwości i ograniczeń, a także potrzeb rozwojowych dziecka.

Profilaktyka logopedyczna

W tym celu zasadne jest postulowanie wprowadzenia profilaktyki logopedycznej, co podkreśla Jagoda Cieszyńska: „Sytuacja dzieci dwujęzycznych, posługujących się w domu rodzinnym językiem ojczystym rodziców, a w przedszkolu lub szkole językiem nowej ojczyzny wymaga podjęcia działań wspomagających rozwój obu systemów językowych. [...] Powinny one zostać objęte specjalistyczną opieką logopedyczną” (Cieszyńska, 2006, s. 171, za: Marciniak-Firadza, 2023, s. 324). Podążając za definicją, możemy zauważyć, że

[...] profilaktyka logopedyczna to, obok działań promujących i stymulujących wszechstronny rozwój językowy dzieci i młodzieży, wszelkie strategie wczesnej identyfikacji zaburzeń mowy oraz szybko podjętej interwencji, jak również działania, które umożliwiają zapobieganie dalszym niepomysłnym skutkom w sytuacji, gdy problem logopedyczny już zaistniał. Jest to profilaktyka interdyscyplinarna, wdrażana na różnych poziomach: pierwotna, wtórna i trzeciorzędowa (Węsierska, 2012, s. 8).

Celem profilaktyki logopedycznej jest przeciwdziałanie zaburzeniom rozwojowym mowy. Logopeda podejmuje zatem świadome i systemowe oddziaływania, by wspomóc rozwój mowy dziecka. Takie programowane działanie, bardzo ważne zarówno w jednojęzyczności, jak i dwu- lub wielojęzyczności nie polega tylko na usprawnianiu pracy narządów artykulacyjnych i budowaniu samego podsystemu fonetyczno-fonologicznego, ale przede wszystkim na wspomaganiu kształtowania się wszystkich

podsystemów języka (a w sytuacji dwujęzyczności dodatkowo różnicowania dwóch kodów, co pozwoli uniknąć mieszania języków) oraz wspomaganie kompetencji komunikacyjnej (socjologicznej, komunikatywnej, pragmatycznej) i kulturowej, zwane często poznawczą (Marciniak-Firadza, 2023, s. 323).

Definicja ta nie skupia się jedynie na zaburzeniach występujących u dziecka, ale zwraca uwagę również na wspomaganie kompetencji komunikacyjnych, które w przypadku dzieci dwujęzycznych mogą nastęrczać trudności.

Wprawdzie dwujęzyczność nie jest zaburzeniem, ale na skutek wielu czynników sytuacja dwujęzyczności (powstała w wyniku migracji) może doprowadzić do tego, że – jak pisze Marzena Błasiak-Tytuła – dziecko nie będzie miało stworzonych odpowiednich warunków środowiskowych do wykształcenia dwóch systemów językowych, a w konsekwencji nie wykorzysta swojego potencjału intelektualnego oraz swoich możliwości rozwojowych (Marciniak-Firadza, 2023, s. 324).

Problem ten pogłębia się w przypadku występowania u dziecka zaburzeń rozwojowych. W takim przypadku niezbędne jest wprowadzenie działań profilaktyki trzeciorzędowej i oddziaływań terapeutycznych. Mimo że, jak podkreśla Ewa Małgorzata Skorek, „nie wszyscy specjaliści uznają działania podejmowane w ramach poziomu trzeciorzędowego za profilaktykę, [...] profilaktyka na tym etapie nie służy zapobieganiu realnie zdiagnozowanego zaburzenia, ale do zapobiegania dalszemu pogłębianiu się zaburzeń [...] oraz co najważniejsze – nawrotom i zaburzeniom wtórnym” (2023, s. 326). Dlatego tak istotne jest wprowadzanie działań prewencyjnych, a także podejścia wielospecjalistycznego (zapewniającego współpracę psychologów, pedagogów, rehabilitantów i innych specjalistów), szczególnie w przypadku dzieci w wieku przedszkolnym – zapewniających przygotowanie do podjęcia edukacji wczesnoszkolnej.

Praca logopedyczna z dzieckiem dwujęzycznym, którego pobyt w Polsce wynika z migracji spowodowanej konfliktem zbrojnym i które wykazuje odchylenia od normy, może nastęrczać dodatkowych trudności wynikających z bariery językowej, kulturowej, a także psychologiczno-emocjonalnej. Istotne zatem jest zapewnienie holistycznego wsparcia, dostosowanego do indywidualnych potrzeb i możliwości dziecka, skupienie się nie tylko na samej terapii logopedycznej, ale również na profilaktyce, działaniach wspierających wielokierunkowy rozwój podopiecznego, współpracy ze specjalistami, nauczycielami z placówek oświatowych, do których uczęszcza dziecko, a przede wszystkim z rodzicami/prawnymi opiekunami pacjenta.

Współpraca, o której mowa, może być utrudniona przez wiele czynników. Podstawowym jest bariera językowa, która wynika z braku znajomości języka polskiego przez rodziców i języka ukraińskiego/rosyjskiego przez logopedów. Drugi czynnik to niechęć do posługiwania się językiem obcego kraju zarówno w przypadku rodzin ukraińskich, jak i samych logopedów (przy znajomości przez nich języka obcego).

Trzeci czynnik wynika z samego nastawienia do działań terapeutycznych, wyparcia przez rodziców problemu zauważonego przez specjalistów. Kolejny element to sama diagnoza logopedyczna dzieci dwujęzycznych, która nastrocza nierzadko problemów logopedom. Jak podkreślają Jagoda Cieszyńska-Rożek i Anna Nallur:

[...] w przeprowadzaniu diagnozy dzieci bilingwalnych ważne jest spojrzenie ilościowe i jakościowe, które pokazuje, na jakie sfery rozwoju należy zwrócić szczególną uwagę. Taki ogląd umożliwia zastosowanie testu SON-R. Dzięki interpretacji uzyskanych rezultatów możliwe staje się budowanie optymalnego programu stymulacji rozwoju mowy i pozostałych funkcji poznawczych (2019, s. 304–305).

Dlatego tak istotne jest korzystanie z dostosowanych narzędzi diagnostycznych. „Niewątpliwie w Polsce istnieje potrzeba standaryzacji procedur i narzędzi diagnostycznych do badania mowy dzieci dwujęzycznych. Obecnie logopedzi korzystają z testów do badań kompetencji językowej stworzonych z myślą o użytkownikach jednojęzycznych” (Krawczyk i Lorenc, 2019, s. 308). Widoczny jest również brak specjalistów przeprowadzających diagnozę logopedyczną w drugim poza polskim języku dziecka, co powoduje, że diagnoza jest niepełna, a dalsze postępowanie terapeutyczne utrudnione. W konkluzji przeprowadzonych badań wśród 529 dzieci w wieku od 5 do 10 lat, w tym 88 z rozwojowymi zaburzeniami językowymi wynika, że

[...] profesjonaliści postrzegają te dzieci jako jednorodną grupę i stosują jednolite metody edukacyjne lub kliniczne. Obecność różnych profili potencjalnych w języku i dziedzinie podkreśla potrzebę tworzenia zróżnicowanych systemów wsparcia dla dzieci dwujęzycznych. W warunkach klinicznych wyniki te podkreślają potrzebę uwzględnienia i oceny dzieci dwujęzycznych we wszystkich językach i dziedzinach, aby uzyskać pełną zdolność językową dzieci (Wang i in., 2026, s. 471).

Dlatego też część logopedów odmawia prowadzenia terapii dzieci dwujęzycznych, uważając, że nie posiadają odpowiednich kompetencji w tym zakresie. „Wielu nauczycieli logopedów w polskich szkołach przyznaje, że brak im odpowiedniego przygotowania teoretycznego i praktycznego, aby pracować z dziećmi dwujęzycznymi” (Krawczyk i Lorenc, 2019, s. 308) Bariera językowa wydaje się tutaj zasadnym argumentem stosowanym wobec dzieci, które funkcjonują w polskim szkolnictwie czy też przedszkolach, a nie znają języka polskiego i porozumiewają się jedynie w języku ojczystym. Jednakże, jak podkreślają Anna Majewska-Tworek i Zbigniew Tarkowski:

Logopeda nie musi znać języka ojczystego dziecka dwujęzycznego i powinien postępować podobnie jak nauczyciel języka polskiego przyswajanego przez cudzoziemców. W czasie zajęć logopedycznych powinien obowiązywać język polski. Nie oznacza to, że logopeda nie powinien znać innych języków (np. angielskiego, niemieckiego i rosyjskiego), ale nie powinien ich preferować (2019, s. 264).

Rozwój badań z zakresu logopedii międzykulturowej wskazuje na pewne obszary warte dalszych eksploracji i potwierdzenia, jak: zauważalny pozytywny wpływ wczesnej interwencji na zakres rozumienia i produkcji słownictwa u dzieci dwujęzycznych, transfer umiejętności z jednego języka na drugi, zalety dwujęzyczności wynikające z elastyczności poznawczej i wzbogaceniu językowego, skuteczność interwencji domowej – wsparcia rodziców i tworzenia stymulującego środowiska (Benaissy, 2025). Zwracając uwagę na powyżej opisane trudności oraz konkluzje, zasadne jest dokonywanie eksploracji badawczych w celu ich weryfikacji.

Badania własne

W przeprowadzonych badaniach, które miały miejsce w październiku 2025 r., wzięło udział dwoje logopedów i pięcioro dzieci dwujęzycznych pochodzenia ukraińskiego. Badania miały charakter jakościowy, osadzony w paradygmacie pragmatycznym nastawionym na wypracowanie dobrych praktyk w terapii logopedycznej i profilaktyce trzeciorzędowej skierowanej do dzieci wielojęzycznych w wieku przedszkolnym. Badania opierały się na opisach przypadków dzieci dwujęzycznych objętych terapią logopedyczną i wywiadach w formie rozmowy z logopedami. Zastosowano celowy dobór próby badawczej ze względu na przyjęte kryterium dwujęzyczności, wieku dziecka, pobytu w Polsce spowodowanego migracją wojenną. Celem badań było pozyskanie informacji dotyczących postępowania terapeutycznego, uzyskiwanych wyników w terapii i profilaktyce logopedycznej, napotykanych trudności, możliwości i sposobów wsparcia dla rodziców badanych dzieci. Zebrany materiał empiryczny poddano analizie jakościowej, która wyodrębniła kategorie tematyczne związane z diagnozą, podjętymi działaniami terapeutycznymi, uzyskanymi rezultatami, współpracą z rodzicami. Ze względu na jakościowy charakter badań oraz niewielką próbę badawczą niewłaściwe jest uogólnianie uzyskanych wyników. Przyjęta metodologia jakościowa pozwoliła na opisanie indywidualnych przypadków oraz specyfiki prowadzenia terapii logopedycznej i profilaktyki trzeciorzędowej z dziećmi dwujęzycznymi.

Przypadek pierwszy – dziewczynka – diagnoza w wieku 2 lat i 8 miesięcy

Diagnoza medyczna: niepełnosprawność ruchowa, zaburzenia napięcia i postawy.

Diagnoza logopedyczna/neurologopedyczna: niesamoistny opóźniony rozwój mowy, zaburzenia orofacjalne.

Terapia, stan początkowy:

Dziewczynka posługuje się kilkoma wyrazami dźwiękonaśladowczymi i wyrazami prymarnymi: „mama”, „tata”, „daj”. Zaburzony jest rozwój systemu językowego w języku polskim, jak i w języku ukraińskim. U dziecka zauważalna jest obniżona praca aparatu artykulacyjnego. Badanie aparatu artykulacyjnego jest niemożliwe. Dziewczynka wychowuje się w środowisku dwujęzycznym. Na krótko nawiązuje wspólne pole uwagi, szybko się rozprasza. Wykazuje słabe zainteresowanie drugą osobą. Podejmuje aktywności i działania na własnych zasadach. Reaguje na proste polecenia, znane z kontekstu sytuacyjnego. Ma trudności ze zrozumieniem nowych komunikatów, wymaga dodatkowych powtórzeń, demonstracji, wypowiedzi. Różnicuje instrumenty muzyczne. Prezentuje nierównomierny rozkład napięcia mięśniowego. Przyjmuje nieprawidłowy wzorec siadu.

Terapia, stan obecny:

Dziewczynka po półtora roku terapii dalej używa jedynie pojedynczych wyrazów. Mówi proste równoważniki zdań „daj mi”, „co to”. Różnicuje prozodię mowy, która związana jest ze stanami emocjonalnymi i uczuciami. Powoli zaczyna podczas terapii mówić po polsku. Dziewczynka często choruje, co utrudnia systematyczność terapii. Częste infekcje dróg oddechowych u dziecka wynikają ze stałego oddychania ustami. Dziewczynka nie zamyka ust ani w ciągu dnia, ani w nocy. Wykluczono przerost 3 migdała, alergię. Zastosowano ćwiczenia orofacjalne, masaże wewnętrzne i zewnętrzne, elektrostymulacje, jednak nie przyniosły one efektu.

Dziewczynka uczęszcza do prywatnego przedszkola, w którym uczestniczy w zajęciach rewalidacyjnych i logopedycznych. Mimo starań nie udało się nawiązać współpracy z logopedą pracującym w przedszkolu.

Współpraca z rodzicami: Mama dziewczynki jest obecna na każdych zajęciach. Mówi w języku polskim. Po wyjściu z gabinetu rozmawia z dzieckiem tylko w języku rosyjskim. Ojciec nie uczestniczy w terapii, nigdy nie był obecny na zajęciach. Została założona teczka logopedyczna dla rodzica z zaleceniami i ćwiczeniami do wykonywania w domu – niestety widoczny jest brak motywacji do realizacji zalecanych zadań.

Konkluzja:

Ze względu na dużą liczbę nieobecności dziecka, a także brak współpracy z rodzicami postępy w terapii są niewielkie. Zwracają na to uwagę również inni terapeuci, z którymi dziewczynka ma zajęcia, np. z fizjoterapii. Bez dalszej współpracy, a także postawienia diagnozy medycznej dotyczącej powodu nawracających infekcji postępowanie terapeutyczne będzie utrudnione, a efekty niewielkie.

Przypadek drugi – chłopiec – diagnoza w wieku 3 lat i 4 miesięcy

Diagnoza medyczna: niepełnosprawność ruchowa z afazją.

Diagnoza logopedyczna/neurologopedyczna: zaburzenia rozwoju mowy i komunikacji, zaburzenia orofacjalne.

Terapia, stan początkowy:

Dziecko posiada nieharmonijny poziom rozwoju psychomotorycznego. Jego zainteresowania dotyczą wybranych zabawek, głównie pojazdów. Nie zwraca uwagi na figurki, np. zwierząt, lub na ilustracje. Nie wskazuje części ciała. Dziecko posiada obniżoną umiejętność odtwarzania prostych wzorów z klocków, wskazywania takich samych obrazków oraz łączenia w całość obrazków przeciętych na 2 części. Chłopiec wychowywany jest w domu, w którym używa się języka ukraińskiego. Nie uczęszcza do żłobka. Brak reakcji na imię. Zmienne wspólne pole uwagi i przelotny kontakt wzrokowy. Brak komunikacji werbalnej, nie posługuje się na chwilę obecną żadnym wyrazem ze znaczeniem. Bawi się głosem, artykułuje podczas zabawy dowolną sylabę pozbawioną znaczenia. Brak zabawy naprzemiennej i zabawy z naśladownictwem. Nieprawidłowy rozkład napięcia mięśniowego okolicy orofacjalnej.

Terapia, stan obecny:

Dziecko po 2 latach terapii wypowiada pojedyncze słowa. Nie uczęszcza do przedszkola. Bawi się sam. Nie rozumie języka polskiego, dlatego podczas terapii często następuje frustracja przez brak komunikacji. Preferuje kontakt dla korzyści, np. słodczy, naklejek. Wyczuwalny jest strach wobec kobiet. Unika kontaktu wzrokowego. Brak jakichkolwiek informacji o przyczynie takiego stanu. Obecnie widoczne są załóżki rozumienia – odkładanie rzeczy na swoje miejsce, sięganie po wymienione przedmioty. Dziecko jest spokojne, brak autoagresji. Dzięki terapii widoczna jest poprawa możliwości aparatu artykulacyjnego, głoski wypowiedane są prawidłowo. Dziecko nie ma

zaburzeń słuchu fonematycznego ani zaburzeń oddechowych. Porozumiewa się z rodzicami tylko w języku ojczystym.

Współpraca z rodzicami:

Rodzice współpracują z terapeutą, mimo że kontakt jest utrudniony przez barierę językową. Widoczne są postępy wynikające z zastosowania ćwiczeń w domu, które zostały omówione podczas terapii. Ze względu na barierę językową nie została założonateczka dla rodziców. Mama za zgodą terapeuty nagrywa ćwiczenia, które są wykonywane podczas terapii i zalecane do wykonywania w domu.

Konkluzja:

Dzięki współpracy i zaangażowaniu udało się wypracować niektóre wspomniane elementy, jednak bez wdrożenia nauki języka polskiego dla dziecka, jak i rodziców dalsza terapia będzie mocno utrudniona. Niestety przewiduje się, że przy przystąpieniu do klasy zerowej i w późniejszym okresie podjęciu edukacji wczesnoszkolnej problemy z komunikacją językową będą występowały zarówno w mowie, jak i nauce pisania oraz czytania u dziecka.

Przypadek trzeci – chłopiec – diagnoza w wieku 4 lata i 4 miesiące

Diagnoza medyczna: zaburzenia neurorozwojowe.

Diagnoza logopedyczna/neurologopedyczna: zaburzenia afatyczne, podejrzenie zaburzeń ze spektrum autyzmu.

Terapia stan początkowy:

Rozumienie i nadawanie mowy u dziecka na poziomie niskim. Chłopiec nie naśladuje wyrażeń dźwiękonaśladowczych. Bawi się na swoich zasadach. Nie zwraca uwagi na terapeuta podczas zajęć. Napięcie mięśniowe w obrębie sfery orofacialnej obniżone. Słaba praca policzków, nieprawidłowa pozycja spoczynkowa języka. Połykanie infantylne, słabe żucie. Chłopiec nie je twardych pokarmów, ma wybiórczość pokarmową. Nie przejawia naśladownictwa motorycznego. Uwaga rozproszona, podąża za interesującymi go bodźcami. W nowym miejscu dziecko jest nadruchliwe, drażliwe, włącza się do zabaw zgodnych z jego preferencjami. Próby ukierunkowania aktywności prowadzą do krzyku i pobudzenia ruchowego. Nie nawiązuje kontaktu wzrokowego. W grupie szuka odrębnej przestrzeni. Bawi się sam.

Terapia, stan obecny:

W trakcie 1,5-roczej terapii nie udało się wypracować znaczących postępów. Dziecko nie nawiązuje kontaktu z terapeutą. Jego nadrucliwość została zastąpiona szukaniem spokojnego miejsca, chowaniem się. Chłopiec bawi się stereotypowo w ten sam sposób, tymi samymi wybranymi zabawkami. Jeżeli nie ma ich wyciągniętych, w gabinecie zachowuje się agresywnie. Terapia nie jest prowadzona systematycznie ze względu na dużą ilość nieusprawiedliwionych nieobecności dziecka. Rodzice nie podają powodu braku udziału w zajęciach. Dziecko nie wykazuje postępów w rozwoju mowy. Nawiązano kontakt z przedszkolem, do którego uczęszcza chłopiec. Obserwację ze strony nauczycieli i terapeutów są tożsame. Dziecko w przedszkolu zachowuje się w sposób identyczny jak na zajęciach w poradni. Brak postępów. Należy zaznaczyć, że przedszkole nie posiada oddziałów terapeutycznych, jest przedszkolem państwowym bez oddziałów integracyjnych.

Współpraca z rodzicami:

Bardzo trudny kontakt z rodzicami. Brak porozumienia. Rodzice nie mówią w języku polskim, posługują się tylko językiem rosyjskim. Wypowiadają szczątkowe zwroty w języku polskim, tak by pozostawić dziecko na terapii. Nie chcą uczestniczyć w zajęciach. Brak motywacji do nawiązania kontaktu z logopedą.

Konkluzja:

Zalecana jest ponowa diagnoza medyczna. Niestety bez niej nie będzie możliwe wdrożenie dalszej terapii i zapewnienie dziecku odpowiedniej do jego stopnia i rodzaju niepełnosprawności wsparcia i opieki.

Przypadek czwarty – dziewczynka – diagnoza w wieku 4 lat 6 miesięcy

Diagnoza medyczna: afazja ruchowa.

Diagnoza logopedyczna/neurologopedyczna: samoistny opóźniony rozwój mowy.

Terapia, stan początkowy:

Dziecko posiada obniżone funkcje słuchowo-językowe. Rozwój mowy jest opóźniony. Dziewczynka komunikuje się z rodzicami w języku ukraińskim. Słownictwo ogranicza się do prymarnych słów oraz wyrażeń dźwiękonaśladowczych. Gesty zastępują słowa. Koncentracja uwagi jest rozproszona. Dziecko podąża za interesującymi

bodźcami i na krótko dzieli pole uwagi. Pojawia się krótkotrwały kontakt wzrokowy. Próby przerwania aktywności powodują czynny opór. Dziewczynka wykazuje stereotypie w zabawie. Jej reakcja na komunikaty i polecenia jest obniżona. Dziecko wykazuje zaburzenia w obrębie motoryki małej, jak i dużej.

Terapia, stan obecny:

Po dwóch latach terapii dziecko płynnie mówi po polsku i ukraińsku. Potrafi składać i rozpoznawać litery. Jest przygotowane do podjęcia nauki w klasie pierwszej. W dalszym ciągu problemy związane są z dyskalkulią – dziecko nie rozpoznaje niektórych liczb i ma problemy z pojęciem czasu. Odnajduje się w grupie społecznej, nawiązuje kontakt z innymi dziećmi i z osobami dorosłymi.

Współpraca z rodzicami:

Współpraca z rodzicami na początku terapii była utrudniona. Matka początkowo nie zauważała problemów u dziecka. Mimo że mama dziewczynki przebywa 11 lat w Polsce i posługuje się językiem polskim, w obecności dziecka mówi jedynie w języku ukraińskim (i karze dziecko za mówienie w języku polskim). Po merytorycznej rozmowie z rodzicami przeprowadzonej przez terapeutę została nawiązana współpraca, która przyniosła oczekiwane efekty. Założono teczkę logopedyczną dla rodziców. Ścisła współpraca wpłynęła na postępy w terapii.

Konkluzja:

Mimo początkowych trudności z nawiązaniem kontaktu z rodzicami wypracowano porozumienie, które przyniosło oczekiwane rezultaty. Obecnie dziewczynka jest w pełni przygotowana do podjęcia nauki w klasie pierwszej. Terapia będzie trwała do czerwca tego roku.

Przypadek piąty – dziewczynka – diagnoza w wieku 4 lat

Diagnoza medyczna: afazja motoryczna.

Diagnoza logopedyczna/neurologopedyczna: opóźniony rozwój mowy.

Terapia, stan początkowy:

Dziewczynka przejawia opóźniony rozwój mowy czynnej i biernej. Dziecko funkcjonuje w dwóch systemach językowych: ukraińskim i polskim. Poziom rozwoju jest zaburzony w stosunku do wieku. Deficyty są widoczne na poziomie rozumienia mowy.

Dziewczynka nie identyfikuje na obrazkach usłyszanych pojęć, nawet gdy mama podaje jej nazwę w języku ojczystym. Ma trudności z wykonywaniem poleceń dwuetapowych i nie wychwytuje nielogiczności w wypowiedziach drugiej osoby. Umiejętności nadawania mowy są na obniżonym poziomie. Nie jest w stanie wymienić kilku słów do podanej kategorii. Nie definiuje pojęć, nie buduje samodzielnie narracji. Pierwsze słowa u dziewczynki pojawiły się późno, a dopiero od niedawna zaczyna je łączyć w postaci zdań. Reakcje słuchowe są obniżone. Widoczne są trudności z koncentracją uwagi.

Terapia, stan obecny:

Dziecko obecnie jest w dalszym postępowaniu diagnostycznym: diagnozy otolaryngologicznej i audiologicznej. Terapia (po roku) opiera się na wzmacnianiu percepcji słuchowej, w mniejszym stopniu na ćwiczeniach artykulacyjnych i oddechowych. Dziecko wypowiada proste pojedyncze zdania w języku polskim. Polecenia wykonuje poprzez odczytywanie z ruchu warg wypowiedzi terapeuty. Brak prawidłowych prozodii mowy. Dziecko chętnie uczestniczy w terapii i nawiązuje kontakt wzrokowy.

Współpraca z rodzicami:

Relacje z rodzicami, mimo że oboje porozumiewają się w języku polskim, są utrudnione. Brak akceptacji związany jest z oporem przeprowadzenia pełnej diagnozy zaburzeń centralnego przetwarzania słuchowego. Mimo że matka dziecka jest z zawodu lekarzem, nie przyjmuje, że dziecko może posiadać zaburzenia słuchu. Rodzice nie uczestniczą w terapii. Kontakt jest sporadyczny, widoczny jest brak zaangażowania i motywacji do nawiązania współpracy z terapeutą i podjęcia działań terapeutycznych w domu.

Konkluzja:

Przy dalszym braku zaangażowania ze strony rodziców i chęci przeprowadzenia u dziecka diagnozy otolaryngologicznej i audiologicznej można spodziewać się braku oczekiwanych rezultatów. Dziecko nie będzie odpowiednio przygotowane do podjęcia nauki w klasie pierwszej, a trudności komunikacyjne mogą się nasilić.

Zaprezentowane opisy przypadków zostały opracowane na podstawie wywiadów w formie rozmowy z logopedami i dokumentów udostępnionych przez logopedów prowadzących terapię. Wyłania się z nich obraz wyzwania, jakie stawiane są logopedom pracującym z dziećmi dwujęzycznymi, jak i obraz napotykanego problemu.

Podsumowanie

Dokonując podsumowania, można zauważyć, że od czasu inwazji Rosji na Ukrainę, a tym samym migracji rodzin ukraińskich do Polski, zapotrzebowanie na diagnozę i wsparcie terapeutyczne, w tym terapię i profilaktykę logopedyczną stale rośnie. Niestety, nie zostały stworzone w tym celu odpowiednie narzędzia diagnostyczne, co w dalszym ciągu nastęrcza logopedom trudności w dokonaniu odpowiedniego rozpoznania diagnostycznego. Postępowanie terapeutyczne, jeżeli już zostanie podjęte, opiera się na diagnozie w jednym języku, z reguły nieznanym dziecku. Z zaprezentowanych opisów przypadków wyłania się konkluzja złożona z kilku istotnych elementów: a) rezultaty w dużej mierze zależne są od zaangażowania ze strony rodziców dziecka w działania terapeutyczne; b) prawidłowa diagnoza i postępowanie medyczne oddziałują na postępowanie terapeutyczne i zapewnienie dziecku należytego wsparcia w rozwoju; c) stopień zaburzeń przejawianych przez dziecko rzutuje na możliwości i postępy w terapii; d) znajomość języka, którym posługują się rodzice, ułatwia terapię i nawiązanie kontaktu, ale nie zapewnia zwiększenia zaangażowania w działania terapeutyczne; e) przedszkola i logopedzi w nich pracujący nawiązują współpracę sporadycznie; f) nowoczesne technologie i możliwości wykorzystywania ich zarówno przez terapeutów, jak i rodziców są rzadko stosowane, co uniemożliwia np. założenie teczki terapeutycznej czy też zachęcenie do nawiązania kontaktu z terapeutą i zwiększenie zaangażowania. Dlatego mimo starań ze strony specjalistów bez systemowego wsparcia prowadzona terapia będzie opierać się na zaangażowaniu, pomysłowości i działaniu interdyscyplinarnym terapeutów, którzy starają się sprostać, jak najlepiej potrafią, zaistniałej sytuacji, w której się znaleźli i do której (jak zaznaczają) nie zostali odpowiednio przygotowani.

Bibliografia

- Benaissy, A. (2025). Early language-based interventions in preschool bilinguals with language impairment: A narrative review of evidence. *Revue Algérienne des Sciences du Langage*, 10(1), 95–115. <https://asjp.cerist.dz/en/article/270861>
- Cieszynska-Rożek, J. i Nallur, A. (2019). Rola diagnozy funkcji poznawczych testem SON-R w budowaniu oddziaływań stymulujących rozwój mowy dzieci bilingwalnych. *Logopedia*, 48(2), 293–306. <https://doi.org/10.24335/y7p2-8927>
- Korendo, M. i Błasiak-Tytuła, M. (2019). Ocena rozwoju mowy dzieci dwujęzycznych – znaczenie wczesnej diagnozy dla rozpoznania i terapii zaburzeń. *Poznańskie Studia Polonistyczne. Seria Językoznawcza*, 26(2), 104–118. <https://doi.org/10.14746/pspsj.2019.26.2.7>

- Krawczyk, A. i Lorenc, A. (2019). Diagnostyka artykulacji u dzieci wychowujących się w środowisku polsko-amerykańskim. *Logopedia*, 48(2), 308–320.
- Łuniewska, M., Kołak, J., Kacprzak, A., Białecka-Pikul, M., Haman, E. i Wodniecka, Z. (2015). Wyzwania w diagnostyce rozwoju językowego dzieci dwu- i wielojęzycznych. W: A. Myszka i E. Oronowicz-Kida (red.), *Głos – język – komunikacja* (t. 2, s. 37–48). Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego.
- Majewska-Tworek, A. i Tarkowski, Z. (2019). Terapia logopedyczna dziecka dwujęzycznego. W: A. Domagała i U. Mirecka (red.), *Metody terapii logopedycznej* (s. 264–280). Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Marciniak-Firadza, R. (2023). Jak logopeda może wspomagać rozwój kompetencji językowych i komunikacyjnych dziecka uczącego się JPJO/JPJ2 (w odniesieniu do dzieci z Ukrainy). *Acta Universitatis Lodzianensis. Kształcenie Polonistyczne Cudzoziemców*, 30, 391–335. <https://doi.org/10.18778/0860-6587.30.20>
- Rocławska-Daniluk, M. (2020). *Dwujęzyczność i wychowanie dwujęzyczne z perspektywy lingwistyki i logopedii*. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.
- Sala-Suszyńska, J. (2016). Dwujęzyczność jako wyzwanie edukacyjne. *Edukacja Elementarna w Teorii i Praktyce*, 11(4/42), s. 131–144.
- Skorek, E. (2023). *Profilaktyka w logopedii. Wybrane zagadnienia*. Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Wang, D., Lam, J.H.Y., McMillen, S., Su, P.L., Iglesias, A., Bedore, L.M. i Peña, E.D. (2026). Dual language profiles in Spanish–English bilingual children with and without developmental language disorder. *Bilingualism: Language and Cognition*, 29(2), 471. <https://doi.org/10.1017/S1366728925100102>
- Węsierska K. (2012). Wstęp. W: K. Węsierska (red.), *Profilaktyka logopedyczna w praktyce edukacyjnej* (t. 1, s. 8). Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.



Aleksandra Ślusarczyk

<https://orcid.org/0009-0004-0023-0516>

e-mail: ola.slusarczyk@onet.eu

Szkoła Doktorska Uniwersytetu Ignatianum w Krakowie, Polska

Możliwość zastosowania logorytmiki w profilaktyce logopedycznej w opiniach małopolskich logopedów

Use of Logorhythmics in Speech Therapy Prevention: Perspectives of Speech Therapists in Southern Poland

KEYWORDS ABSTRACT

logorhythmics, speech disorders prevention, logorhythmics in speech disorders prevention, music therapy, rhythmics

Logorhythmics is a method that combines speech, rhythm, and music. The aim of this article is to draw attention to the possibility of using logorhythmics in preventive activities in speech therapy. The article is based on the author's own research, the purpose of which was to determine the level of familiarity and the scope of application of this method in speech therapy prevention by speech therapists working in Małopolska, Poland, as well as to identify the advantages and limitations of logorhythmics resulting from the nature of specialists' work. The research problem was formulated as a question concerning the place of logorhythmics in speech therapy and speech therapy prevention implemented by speech therapists. The study was conducted using the diagnostic survey method with the use of a questionnaire. Thirty-seven speech therapists working in the Małopolska region participated in the study. The results obtained indicate that the vast majority of respondents are familiar with and use logorhythmics in their work, appreciating its attractiveness, multisensory nature, and positive impact on child development. Respondents also pointed to difficulties related to the use of this method, primarily concerning inadequate facilities, a lack of musical instruments and teaching materials, as well as limited access to publications and specialist training in the field of logorhythmics. The research results confirm the value of

logorhythmic in speech therapy prevention, which indicates the need for its broader dissemination and more frequent inclusion in preventive activities.

SŁOWA KLUCZE ABSTRAKT

logorytmika,
profilaktyka
logopedyczna,
logorytmika
w profilaktyce
logopedycznej,
muzykoterapia,
rytmika

Logorytmika jest metodą łączącą słowo, rytm oraz muzykę. Celem niniejszego artykułu jest zwrócenie uwagi na możliwość wykorzystywania logorytmiki w działaniach profilaktycznych w logopedii. Artykuł opiera się na badaniach własnych, których celem było określenie stopnia znajomości oraz zakresu stosowania tej metody w profilaktyce logopedycznej przez logopedów pracujących w Polsce, a także identyfikacja zalet i ograniczeń logorytmiki wynikających z charakteru pracy specjalistów. Problem badawczy sformułowano w postaci pytania dotyczącego miejsca logorytmiki w profilaktyce logopedycznej realizowanej przez logopedów. Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego z zastosowaniem kwestionariusza ankiety. W badaniu uczestniczyło 37 logopedów pracujących na terenie Małopolski. Uzyskane wyniki wskazują, że zdecydowana większość respondentów zna oraz stosuje logorytmikę w swojej pracy, doceniając jej atrakcyjność, polisensoryczny charakter oraz pozytywny wpływ na rozwój dziecka. Respondenci zwracali również uwagę na trudności związane z wykorzystaniem tej metody, które dotyczą przede wszystkim nieodpowiednich warunków lokalowych, braku instrumentów muzycznych i materiałów dydaktycznych, a także ograniczonego dostępu do publikacji oraz szkoleń specjalistycznych w zakresie logorytmiki. Wyniki badań potwierdzają wartość logorytmiki w profilaktyce logopedycznej, co wskazuje na potrzebę jej szerszej popularyzacji i częstszego uwzględniania w podejmowanych działaniach profilaktycznych.

Wprowadzenie

Logorytmika to metoda terapii mowy łącząca elementy logopedii, rytmiki i ruchu w celu ujednoczenia tempa, rytmu i melodii wypowiedzi oraz wzmocnienia funkcji motorycznych aparatu artykulacyjnego. Praktycznym celem stosowania jej w terapii jest poprawa artykulacji, poprawa tempa i rytmu mowy, koordynacji oddechu i artykulacji oraz rozwój percepcji rytmicznej, przy równoczesnym wsparciu aspektów emocjonalnych i motorycznych (Pring i in., 2012; Kucherak, 2024). Logorytmika znajduje zastosowanie zarówno w terapii, jak i w profilaktyce logopedycznej. Ćwiczenia logorytmiczne mogą przybierać formę rytmicznego mówienia do pulsu metronomu lub wzorca muzycznego w celu regulowania tempa wypowiedzi (Shakirova

i Sapparbaeva, 2025), synchronizacji ruchu i gestu z mową w celu wspierania koordynacji motorycznej i automatyzacji wzorców artykulacyjnych (Pring i in., 2012) czy pracy nad prozodią poprzez ćwiczenia intonacji, akcentu i dynamiki w połączeniu z muzyką i zadaniami słuchowymi (Stakhova i in., 2024). Jak wskazują badania, metoda ta szczególnie sprawdza się w pracy z dziećmi przedszkolnymi oraz osobami z zaburzeniami rytmu motoryki mowy. Badania i opisy kliniczne wskazują na pozytywne efekty u dzieci z dysartrią, opóźnieniem rozwoju mowy, niedosłuchem oraz jękających się (Kucherak, 2024; Daigmorte i in., 2022).

W polskich opracowaniach dotyczących logorytmiki duże znaczenie miała działalność Elżbiety Kilińskiej-Ewertowskiej, która przyczyniła się do jej spopularyzowania na terenie kraju. Autorka wskazywała, że w logorytmice nie chodzi o samo umuzykalnianie, ale przede wszystkim o rozwijanie funkcji motorycznych i słuchowych dziecka oraz uwrażliwienie na elementy wspólne dla mowy i muzyki, takie jak rytm, tempo, melodię, natężenie, akcent, frazę czy artykulację. Zdaniem Kilińskiej-Ewertowskiej (1978) metoda ta wspiera terapię ruchową, słuchową oraz słuchowo-ruchową, a także świetnie sprawdza się w profilaktyce logopedycznej w żłobkach i przedszkolach. W polskojęzycznej literaturze logorytmika jest postrzegana jako metoda oparta na trzech filarach – muzyce, słowie i ruchu, która wspomaga przyswajanie suprasegmentalnych cech języka (Wasińska-Zdżalik, 2017). W niektórych opracowaniach określa się ją jako formę muzykoterapii nastawioną na usprawnianie lub korygowanie komunikacji językowej oraz zapobieganie zaburzeniom w tym zakresie (Walencik-Topiłko, 2005).

Pomimo wielu potencjalnych korzyści, wynikających z zastosowania logorytmiki w terapii i profilaktyce, w literaturze przedmiotu brakuje badań empirycznych dotyczących skali jej rzeczywistego wykorzystania przez logopedów w Polsce. W analizowanych polskojęzycznych źródłach dotyczących logorytmiki przeważają opisy pojedynczych przypadków, artykuły metodyczne i przeglądy. Systematyczny przegląd literatury polskiej i zagranicznej wskazuje, że skala badań nad logorytmiką pozostaje stosunkowo niewielka w porównaniu z innymi metodami terapii mowy. Ponadto publikacje nie uwzględniają badań ukazujących realne rozpowszechnienie logorytmiki na terenie Polski.

Logorytmika w profilaktyce logopedycznej

Zgodnie z definicją zaproponowaną przez American Speech-Language-Hearing Association (2017) profilaktyka logopedyczna to działania mające na celu redukcję ryzyka wystąpienia zaburzeń komunikacji oraz ograniczenie ich wpływu na funkcjonowanie jednostki. Skuteczna profilaktyka powinna obejmować działania edukacyjne,

screeningowe oraz wczesną interwencję, szczególnie w populacjach podwyższonego ryzyka. Gacka i Kaźmierczak (2017) opisują profilaktykę jako zapobieganie i wczesne wykrywanie zaburzeń mowy z prowadzeniem badań przesiewowych służących identyfikacji osób wymagających pogłębionej diagnozy.

Węsierska (2012) wyróżnia trzy poziomy profilaktyki. Pierwszym z nich jest profilaktyka pierwszorzędowa, która odnosi się do najwcześniejszych działań mających na celu zapobieganie wystąpieniu danego zaburzenia poprzez ograniczenie ryzyka zaistnienia problemów z nim związanych. W logopedii profilaktyka pierwszorzędowa ma na celu szerzenie wiedzy logopedycznej oraz działania popularyzujące właściwości prawidłowego przebiegu rozwoju mowy i komunikacji. Poziom drugi, profilaktyka drugorzędowa, opiera się na wczesnym diagnozowaniu i niwelowaniu negatywnych skutków pojawiających się zaburzeń. Jej zadaniem jest odszukanie osób z grupy ryzyka, a następnie podejmowanie prób przedwczesnego wykrycia wszelkich nieprawidłowości i zapobieganie ich negatywnym skutkom. W logopedii profilaktyka wtórna polega na wczesnym ujawnianiu zaburzeń, zakłóceń i opóźnień w rozwoju mowy. Ostatni poziom to profilaktyka trzeciorzędowa mająca na celu zapobieganie dalszemu rozwojowi już istniejących zaburzeń oraz niwelowanie ich powikłań. W logopedii ten poziom profilaktyki skierowany jest do osób, u których problem komunikacyjny został już wykryty, a zadaniem logopedy jest wyeliminowanie jego negatywnych skutków.

Logorytmika może zostać zastosowana zarówno w przypadku profilaktyki pierwszo-, drugo-, jak i trzeciorzędowej. Może przybrać formę zajęć grupowych prowadzonych w przedszkolach, a także indywidualnych oddziaływań prewencyjnych. Na pierwszym poziomie profilaktyki logopedycznej logorytmika stanowić może ciekawe narzędzie wspierające prawidłowy rozwój motoryczny oraz rozwój mowy. Grupowe zajęcia logorytmiczne umożliwiają logopedzie wczesne wykrycie potencjalnych trudności wśród dzieci w grupie, co stanowi element profilaktyki drugorzędowej. W przypadku wykrycia dzieci z nieprawidłowościami w ramach profilaktyki trzeciorzędowej można wdrożyć do zajęć logorytmicznych konkretne ćwiczenia mające na celu zapobieganie dalszemu pogłębieniu istniejących nieprawidłowości.

Dzięki swojej atrakcyjnej formie logorytmika może być stosowana w profilaktyce już u dzieci od drugiego roku życia, u których zaczynają pojawiać się pierwsze słowa. Zajęcia logorytmiczne powinny obejmować ćwiczenia aparatu artykulacyjnego, ćwiczenia ruchowe i słuchowe, a także działania wspierające koordynację ruchową, wzrokowo-ruchową, ruchowo-słuchową oraz wrażliwość percepcyjną. Mogą one przyczynić się do wspierania rozwoju artykulacji poprzez odtwarzanie słyszanych dźwięków, wykorzystywanie prostych sylab otwartych oraz stosowanie onomatopei.

Ćwiczenia aparatu artykulacyjnego mogą być wykonywane rytmicznie na podstawie słyszanego akompaniamentu, w którym określony fragment muzyki odpowiada konkretnemu ćwiczeniu. Wykorzystać można również proste instrumenty wchodzące

w skład instrumentarium Orffa, aby utożsamić dane ćwiczenie z określonym instrumentem. Na przykład: gdy prowadzący gra na dzwoneczkach, dzieci wykonują ruchy lateralne językiem, a gdy słyszą bębenek – kłaskają. Taka forma ćwiczeń wspiera również pamięć oraz percepcję słuchowo-ruchową dziecka, ze względu na konieczność reagowania ruchem na zmiany w akompaniamencie.

W celu wspierania sfery ruchowej i słuchowej, koordynacji ruchowej oraz wrażliwości percepcyjnej warto uwzględnić w programie zajęć logorytmicznych ćwiczenia oparte na swobodnym poruszaniu się do muzyki o zróżnicowanym tempie, dynamice i natężeniu. Mogą one wykorzystywać różne formy ruchu, takie jak chodzenie, marsz, bieg, podskoki, przysiady czy obroty, ponieważ wymagają od dziecka reagowania na zmiany w akompaniamencie. Przykładowym ćwiczeniem wspierającym motorykę, percepcję słuchowo-ruchową oraz koordynację ruchową jest wykonywanie określonych ruchów w reakcji na konkretne zmiany w muzyce. Gdy muzyka jest szybka, dzieci biegają, słysząc niskie dźwięki, poruszają się na czworakach lub wykonują przysiady, natomiast gdy w akompaniamencie pojawiają się ósemki z kropką i szesnastki (grupa rytmiczna często określana jako „podskok”), wykonują podskoki obunóż.

Aby dodatkowo oddziaływać na rozwój motoryki artykulacyjnej, do ruchu całego ciała można dobrać odpowiednie ćwiczenie aparatu artykulacyjnego. W celu ułatwienia dziecku zrozumienia zasad reagowania ruchem na dany rodzaj akompaniamentu warto odwołać się do elementów dobrze mu znanych. W tym celu dobrym rozwiązaniem jest wykorzystanie jako przykładu zwierząt, pojazdów lub roślin posiadających charakterystyczne cechy. Przykładowo dzieci poprosić można o poruszanie się jak koniki (krok odstawno-dostawny połączony z kłaskaniem), motorki (bieg z wystawionymi przed siebie dłońmi i parskanie) lub muchomorki (poruszanie się zgodnie z rytmem muzyki, a po jej zatrzymaniu – stanie na jednej nodze i dotykanie językiem podniebienia, naśladując językiem ruch „rysowania” na nim kropek).

Zajęcia logorytmiczne umożliwiają dodatkowo wspieranie koordynacji oraz pamięci wzrokowo-ruchowej poprzez wykorzystanie obrazków, znaków graficznych i odpowiednio przygotowanych kart pracy. W ćwiczenia ruchowe wpleść można element zatrzymania się i wykonania zadania prezentowanego na ilustracji – zarówno w zakresie motoryki dużej, jak i motoryki artykulacyjnej. Istnieje również możliwość zastosowania ćwiczeń polegających na zapamiętywaniu sekwencji aktywności ruchowych demonstrowanych na ilustracjach, a następnie odtwarzaniu ich z pamięci.

Logorytmika ma charakter polisensoryczny i polimodalny. Oddziałuje jednocześnie na wiele zmysłów oraz łączy różne formy aktywności. Ćwiczenia realizowane w ramach profilaktyki logopedycznej z wykorzystaniem ruchu, rytmu, słowa i muzyki umożliwiają wieloaspektowy rozwój dziecka w sferach kluczowych dla prawidłowego rozwoju mowy i artykulacji.

Badania własne nad wykorzystaniem logorytmiki w profilaktyce logopedycznej

Przedmiotem badań przedstawionych w niniejszym artykule jest zastosowanie logorytmiki w profilaktyce logopedycznej. Celem badań było określenie miejsca i znaczenia logorytmiki w działaniach profilaktycznych oraz wskazanie możliwości jej szerszego wykorzystania w praktyce, ukierunkowanego na wspieranie rozwoju mowy i komunikacji. W nawiązaniu do przyjętych celów sformułowano główny problem badawczy: Jakie jest miejsce logorytmiki w profilaktyce logopedycznej?

W celu jego operacjonalizacji wyodrębniono dwa obszary pytań szczegółowych dotyczących znajomości logorytmiki w środowisku logopedów (poziom wiedzy, obecność tej tematyki w programach studiów, źródła pozyskiwania wiedzy, formy dokształcania, zależność między stosowaniem logorytmiki a wykształceniem muzycznym, prowadzenie zajęć logorytmicznych, ocena zalet i ograniczeń metody) oraz wykorzystania logorytmiki w profilaktyce logopedycznej (rodzaje stosowanych ćwiczeń, znajomość i stosowanie instrumentarium Orffa, subiektywna ocena skuteczności).

Do realizacji badań wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego, umożliwiającą systematyczne gromadzenie faktów i danych o opiniach, postawach oraz praktykach zawodowych respondentów (Apanowicz, 2002). Metoda ta pozwala na analizę zakresu, poziomu i dynamiki badanego zjawiska oraz stanowi podstawę do formułowania wniosków i projektowania działań modyfikacyjnych (Dutkiewicz, 2000).

Narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankiety skonstruowany zgodnie z zasadami projektowania narzędzi badawczych, obejmującymi jasność sformułowań, logiczny układ pytań oraz ich zgodność z celami badawczymi. Konstrukcja kwestionariusza jest istotna dla jakości uzyskiwanych danych, co podkreślają badacze zajmujący się metodologią badań ankietowych (Koo i Li, 2016; Ranganathan, 2023). Kwestionariusz składał się z 21 pytań zamkniętych jednokrotnego i wielokrotnego wyboru oraz pytań otwartych, co umożliwiło pozyskanie zarówno danych ilościowych, jak i jakościowych.

Kwestionariusz został udostępniony w formie elektronicznej za pośrednictwem platformy Google Forms i rozpowszechniony poprzez media społecznościowe oraz drogą mailową.

Badanie przeprowadzono wśród 37 logopedów pracujących na terenie Małopolski, co stanowi stosunkowo niewielką grupę badawczą i jest pewnym ograniczeniem prezentowanych wyników. Z tego względu uzyskane dane można traktować jako pilotażowe, wskazujące kierunki dalszych analiz. W przyszłości zasadne wydaje się kontynuowanie badań z udziałem większej i bardziej zróżnicowanej próby, a także poszerzenie zakresu sondażu diagnostycznego. Mimo wskazanego ograniczenia uzyskane wyniki mogą stanowić inspirację do dalszych badań nad wykorzystaniem logorytmiki

w środowisku logopedycznym oraz wspierać inicjatywy zmierzające do szerszego stosowania tej metody w praktyce.

Wyniki analizy badań własnych

W nawiązaniu do sformułowanych pytań badawczych respondenci w pierwszej kolejności zostali poproszeni o udzielenie odpowiedzi na pytanie dotyczące znajomości terminu „logorytmika”. Spośród badanych logopedów tylko jedna osoba nie znała tego pojęcia przed przystąpieniem do badania, co świadczy o stosunkowo dużym rozpowszechnieniu tego terminu wśród logopedów.

W celu określenia okoliczności zapoznania z pojęciem logorytmiki respondentów zapytano o źródło tej wiedzy. Wyniki wskazują, że 30 na 37 badanych po raz pierwszy poznała logorytmikę w trakcie studiów. Szkolenia i kursy specjalistyczne jako źródło pierwszego kontaktu z tym terminem wskazało 5 respondentów, natomiast dwie osoby podały inne sposoby poznania logorytmiki.

W dalszej części badania zapytano respondentów o formę realizacji logorytmiki w toku studiów. Z odpowiedzi uzyskanych w kwestionariuszu wynika, że u 14 badanych logorytmika jako odrębny przedmiot była realizowana w trakcie studiów podyplomowych. Taka sama liczba (14 badanych) realizowała logorytmikę jako przedmiot na studiach licencjackich. Pięciu badanych logopedów zadeklarowało, że logorytmika nie była realizowana w toku ich kształcenia akademickiego. Wynik wskazuje, że logorytmika wciąż nie zawsze uwzględniana jest w programach studiów logopedycznych.

Respondenci zostali poproszeni o wskazanie, w jaki sposób poszerzają swoją wiedzę oraz umiejętności dotyczące logorytmiki, by oszacować ich chęci i możliwości rozwoju w tym zakresie. Najczęściej wskazywane źródła wiedzy o logorytmice to Internet, z którego w celu poszerzania wiedzy o logorytmice korzysta 22 badanych logopedów. Ze szkoleń i kursów korzysta połowa badanych, a z literatury 15 logopedów. Ponad połowa badanych deklaruje, że brała udział w szkoleniach dotyczących logorytmiki. Wynik sugeruje, że wśród logopedów istnieje potrzeba dokończenia się w zakresie stosowania tej metody, nie tylko za sprawą specjalistycznych szkoleń, ale także poprzez samodzielne poszukiwania inspiracji w literaturze i Internecie. Obecne możliwości poszerzania wiedzy na temat logorytmiki za wystarczające uznała niespełna połowa (17) badanych logopedów. Znaczna część respondentów (14) nie określiła swojego stanowiska w tej kwestii, a 6 osób oceniło dostępne możliwości jako niewystarczające.

Logorytmika jako metoda wykorzystująca elementy muzyczno-rytmiczne wiąże się z koniecznością posiadania przez osobę prowadzącą kompetencji takich jak poczucie rytmu, słuch muzyczny oraz umiejętność różnicowania cech dźwięku. Kompetencje te często rozwijane są w toku edukacji muzycznej. Z tego względu w badaniu

uwzględniono pytanie dotyczące posiadania wykształcenia muzycznego przez logopedów. Uzyskane wyniki wskazują, że większość respondentów (28 osób) nie posiada formalnego wykształcenia muzycznego. Ukończenie edukacji muzycznej zadeklarowało w sumie 9 badanych osób. Zakładając, że brak formalnego wykształcenia muzycznego może wpływać na poczucie kompetencji w zakresie stosowania logorytmiki, respondentów zapytano, czy ich zdaniem wykształcenie muzyczne jest warunkiem koniecznym do prowadzenia zajęć z wykorzystaniem tej metody. Uzyskane wyniki wskazują, że większość badanych logopedów (27) nie uznaje wykształcenia muzycznego za niezbędne w prowadzeniu logorytmiki. Czterech respondentów wskazało, że posiadanie formalnego wykształcenia muzycznego jest konieczne w przypadku realizacji zajęć logopedycznych z wykorzystaniem elementów muzycznych, natomiast 6 badanych wskazało brak jednoznacznego stanowiska w tej kwestii. W celu ustalenia czy logopedzi mimo braku wykształcenia muzycznego podejmują próby stosowania logorytmiki w praktyce, respondentów poproszono o wskazanie, czy dotychczas prowadzili oni logorytmikę. Jak wskazują wyniki, znaczna część logopedów (25 osób) prowadziła lub obecnie prowadzi logorytmikę. Pozostali logopedzi (12 osób) nie stosowali logorytmiki w swojej pracy. Uzyskane wyniki wskazują, że brak formalnego wykształcenia muzycznego nie stanowi istotnej bariery w postrzeganiu możliwości stosowania logorytmiki w praktyce logopedycznej. Większość badanych nie uznaje wykształcenia muzycznego za warunek konieczny do prowadzenia zajęć z wykorzystaniem tej metody, choć część respondentów dostrzega jego znaczenie w kontekście pracy z elementami muzycznymi lub nie ma jednoznacznego stanowiska w tej kwestii. Jednocześnie wyniki pokazują, że logopedzi mimo braku przygotowania muzycznego podejmują próby wdrażania logorytmiki w swojej pracy, co świadczy o jej dostępności i praktycznym potencjale w działaniach terapeutycznych. Brak wykształcenia muzycznego, zdaniem logopedów, nie stanowi ograniczenia w prowadzeniu logorytmiki.

W badaniu uwzględniono również pytanie dotyczące dostrzeganych przez logopedów zalet i wad logorytmiki. Respondenci formułowali swoje opinie w formie krótkich wypowiedzi. Ich analiza pozwoliła wyszczególnić najczęściej powtarzające się korzyści wynikające ze stosowania tej metody. Do najczęściej wskazywanych zalet logorytmiki należały: możliwość obcowania z muzyką, rozwijanie koordynacji słuchowo-wzrokowo-ruchowej oraz koncentracji uwagi, polisensoryczny charakter oddziaływań, atrakcyjność zajęć, obniżenie poziomu napięcia i stresu, kształtowanie funkcji słuchowych i percepcji słuchowej, a także pozytywny wpływ na rozwój umiejętności czytania i pisanie. Jedną z najczęściej podkreślanych zalet logorytmiki była jej atrakcyjna i angażująca forma zajęć. Respondenci zwracali również uwagę na możliwość wspierania rozwoju funkcji motorycznych i słuchowych, koordynacji oraz działania relaksacyjnego, wynikającego z wykorzystania muzyki w procesie terapeutycznym. Jednocześnie badani logopedzi wskazywali czynniki, które ich zdaniem mogą negatywnie wpływać

na jakość realizacji zajęć logorytmicznych. Do najczęściej wymienianych ograniczeń należały: brak odpowiednich warunków organizacyjnych w placówkach oświatowych, w tym niedostateczna przestrzeń, brak instrumentów oraz środków na zakup materiałów dydaktycznych, trudności w zapewnieniu indywidualizacji oddziaływań terapeutycznych, co w niektórych przypadkach może prowadzić do utrwalania nieadekwatnych wzorców, zbyt liczne grupy dzieci, a także niewystarczające kompetencje muzyczne części logopedów. Czternastu respondentów nie wskazało żadnych wad logorytmiki, uznając ją za metodę przynoszącą wyłącznie korzyści.

Jednym z istotnych elementów zajęć logorytmicznych jest umożliwienie dziecku kontaktu z instrumentami. W związku z tym respondentów zapytano, czy w prowadzonej przez nich profilaktyce logopedycznej wykorzystywane są instrumenty, a tym samym czy w sposób świadomy lub nieświadomy wprowadzają oni elementy logorytmiki do swoich działań profilaktycznych. Uzyskane wyniki wskazują, że większość badanych logopedów (25 osób) stosuje logorytmikę w profilaktyce logopedycznej.

W celu określenia stopnia znajomości narzędzi, które mogą być wykorzystywane w zajęciach logorytmicznych, w ankiecie zamieszczono ilustrację przedstawiającą instrumentarium Orffa. Uzyskane wyniki wskazują, że znaczna część respondentów miała trudności z fachowym nazwaniem instrumentów zaprezentowanych na grafice. Najczęściej udzielane odpowiedzi na pytanie „Co przedstawia poniższa ilustracja?” ograniczały się do określeń ogólnych, takich jak „instrumenty” lub „instrumenty perkusyjne”. Choć odpowiedzi te są poprawne, ich brak precyzji może świadczyć o ograniczonej znajomości specjalistycznych metod umożliwiających wprowadzanie elementów logorytmiki do profilaktyki logopedycznej. Pełnej, poprawnej odpowiedzi, identyfikującej instrumentarium Orffa, udzieliło 6 z 33 respondentów, którzy odpowiedzieli na to pytanie.

W celu oceny znajomości ćwiczeń wykorzystywanych w logorytmice respondenci mieli możliwość samodzielnego zaproponowania kilku z nich. Wśród najczęściej wymienianych aktywności stosowanych w ramach logorytmiki znalazły się: ćwiczenia słuchowe i słuchowo-ruchowe, gra na instrumentach, śpiewanie piosenek z elementami choreografii, ćwiczenia inhibicyjno-incytacyjne oraz rytmizacje. Odpowiedzi badanych logopedów wskazują na dobrą znajomość technik pracy stosowanych podczas zajęć logorytmicznych.

Zdecydowana większość respondentów (36 osób) uznała zajęcia z wykorzystaniem logorytmiki za atrakcyjne i interesujące z perspektywy dzieci oraz określiła wykorzystywanie logorytmiki jako skuteczną i efektywną formę profilaktyki logopedycznej. Trudność w jednoznacznej ocenie poziomu zainteresowania dzieci tego typu zajęciami oraz w ocenie efektywności logorytmiki wskazała jedynie jedna osoba badana.

Uzyskane wyniki wskazują, że udział w badaniu skłonił niemal połowę respondentów (18 osób) do deklaracji chęci dalszego poszerzania wiedzy na temat logorytmiki.

Jedenastu badanych logopedów zadeklarowało brak zamiaru pogłębiania wiedzy w tym zakresie po wypełnieniu ankiety, natomiast 8 respondentów nie potrafiło jednoznacznie określić, czy udział w badaniu wpłynął na ich motywację do dalszego poznawania logorytmiki.

Wnioski i rekomendacje

Wyniki badań wskazują, że logorytmika jest w znacznym stopniu znana i stosowana wśród badanych 37 logopedów pracujących na terenie Małopolski. Zdecydowana część respondentów zna tę metodę i wykorzystuje jej elementy w profilaktyce logopedycznej.

Wyniki badań wskazują, że logorytmika w środowisku logopedycznym uznawana jest za wartościową metodę pracy. Wśród jej zalet wymieniano głównie polisensoryczny i polimodalny charakter oraz atrakcyjną dla dzieci formę. Wśród ograniczeń związanych z możliwością stosowania logorytmiki w praktyce pojawiły się m.in. brak odpowiednich warunków organizacyjnych w placówkach oświatowych, w tym niedostateczna przestrzeń, brak instrumentów oraz środków na zakup materiałów dydaktycznych; trudności w zapewnieniu indywidualizacji oddziaływań terapeutycznych, co w niektórych przypadkach może prowadzić do utrwalania nieadekwatnych wzorców, zbyt liczne grupy dzieci oraz niewystarczające kompetencje muzyczne części logopedów. Ponadto tylko niespełna połowa badanych uważa obecne możliwości poszerzania wiedzy na temat logorytmiki za wystarczające, co wskazuje na potrzebę dalszego rozwoju oferty szkoleniowej i publikacji naukowych na temat logorytmiki.

Ograniczenia wskazane przez badanych logopedów są częściowo zbieżne z wyzwaniami opisywanymi w literaturze międzynarodowej dotyczącej wykorzystania interwencji muzycznych w praktyce logopedycznej. Badania wskazują, że mimo znajomości metod opartych na śpiewie logopedzi nie zawsze czują się odpowiednio przygotowani do ich stosowania (Behaghel i Zumbansen, 2022). Zwraca się również uwagę na potrzebę ujednolicenia sposobów prowadzenia interwencji muzycznych oraz oceny ich efektów, co może ułatwić ich wdrażanie do praktyki klinicznej (Grau-Sánchez i in., 2022).

Wykorzystanie logorytmiki może w znaczący sposób przyczynić się do poprawy jakości działań prowadzonych w ramach profilaktyki logopedycznej w szkołach i przedszkolach. Przeprowadzone badania wykazały duże zainteresowanie logorytmiką wśród logopedów w Małopolsce, co uzasadnia potrzebę przeprowadzenia analogicznych badań na większej próbie w przyszłości. Na podstawie wyników badań wyszczególnić można kilka obszarów wymagających dalszej analizy i pracy w celu umożliwienia logopedom swobodnego posługiwania się logorytmiką w profilaktyce logopedycznej. Na podstawie analizy potrzeb logopedów warto poszerzyć ofertę szkoleniową oraz zakres badań.

Dalsze badania powinny w jasny sposób prezentować skuteczność logorytmiki jako metody terapeutycznej stosowanej w logopedii. Należy również skupić się na opracowaniu i standaryzacji narzędzi diagnostycznych i terapeutycznych możliwych do zastosowania podczas logorytmiki. Warto również dążyć do ustrukturyzowania programów logorytmicznych, by zapewnić logopedom możliwość wyboru najbardziej adekwatnego do ich potrzeb systemu pracy terapeutycznej. Dalsza popularyzacja logorytmiki powinna obejmować również poprawę warunków organizacyjnych, umożliwiających jej systematyczne stosowanie w praktyce logopedycznej w tym w obszarze profilaktyki.

Bibliografia

- American Speech-Language-Hearing Association. (1988). *Prevention of communication disorders: Position statement*. <https://www.asha.org/policy/PS1988-00228>
- Apanowicz, J. (2002). *Metodologia ogólna*. Wyższa Szkoła Administracji i Biznesu.
- Behaghel, E. i Zumbansen, A. (2022). Singing for the rehabilitation of acquired neurogenic communication disorders: Continuing the evidence dialogue with a survey of current practices in speech-language pathology. *Healthcare*, 10(6), Article 1010. <https://doi.org/10.3390/healthcare10061010>
- Daigmorte, C., Tallet, J. i Astésano, C. (2022). On the foundations of rhythm-based methods in speech therapy. *Speech Prosody*, 2022, 47–51. <https://doi.org/10.21437/speechprosody.2022-10>
- Dutkiewicz, W. (2000). *Podstawy metodologii badań do pracy magisterskiej i licencjackiej z pedagogiki*. Wydawnictwo „Stachurski”.
- Gacka, E. i Kaźmierczak, M. (2017). Przesiewowe badania mowy jako przykład działań z zakresu profilaktyki logopedycznej. *Logopaedica Lodziensia*, 1, 31–42. <https://doi.org/10.18778/2544-7238.01.04>
- Grau-Sánchez, J., Jamey, K., Paraskevopoulos, E., Dalla Bella, S., Gold, C., Schlaug, G., Belleville, S., Rodríguez-Fornells, A., Hackney, M.E. i Särkämö, T. (2022). Putting music to trial: Consensus on key methodological challenges investigating music-based rehabilitation. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1518(1), 12–24. <https://doi.org/10.1111/nyas.14892>
- Kilińska-Ewertowska, E. (1978). *Logorytmika*. Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej.
- Koo, T.K. i Li, M.Y. (2016). A guideline of selecting intraclass correlation coefficients. *Journal of Chiropractic Medicine*, 15(2), 155–163. <https://doi.org/10.1016/j.jcm.2016.02.012>
- Kucherak, I.V. [Кучерак, І.В.](2024). Logoritmični vpravi u sistemì rozvitku prosodiki movlennâ doškil'nikiv iz psevdobul'barnoû dizartrièû na onlajn-zanâttâh [Логоритмічні вправи у системі розвитку просодики мовлення дошкільників із псевдобульбарною дизартрією на онлайн-заняттях]. *Pedagogični nauki: teoriâ ta praktika* [Педагогічні науки: теорія та практика], 2, 39–43. <https://doi.org/10.26661/2786-5622-2024-2-05>

- Pring, T., Flood, E., Dodd, B. i Joffe V. (2012). The working practices and clinical experiences of paediatric speech and language therapists: A national UK survey. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 47(6), 696–708. <https://doi.org/10.1111/j.1460-6984.2012.00177.x>
- Ranganathan, P. i Caduff, C. (2023). Designing and validating a research questionnaire – Part 1. *Perspectives in Clinical Research*, 14(3), 152–155. https://doi.org/10.4103/picr.picr_140_23
- Shakirova, S. i Saparbaeva, U. (2025). The role of logopedic rhythmic in correcting disorders in preschool children. *International Bulletin of Applied Science and Technology*, 5(1), 274–278. <https://doi.org/10.5281/zenodo.14744726>
- Stakhova, L., Zelinska-Liubchenko, K. i Kravchenko, A. (2024). Logoritmični vpravi v procesi korekcii porušen' movlennâ ditej doškil'nogo vîku [Логоритмічні вправи в процесі корекції порушень мовлення дітей дошкільного віку/Logorhythmic exercises in the correcting speech disorders process of preschool children]. *Aktual'ni pitannâ korekcijsnoï osviti (pedagogični nauki)* [Актуальні питання корекційної освіти (педагогічні науки/Actual Problems of the Correctional Education (Pedagogical Sciences)], 23, 278–287. <https://doi.org/10.32626/2413-2578.2024-23.278-287>
- Walencik-Topilko, A. (2005). Współczesne oblicze logorytmiki. W: B. Ostrowska (red.), *Rytmika w kształceniu muzyków, aktorów, tancerzy i w rehabilitacji* (s. 103–108). Akademia Muzyczna w Łodzi.
- Wasińska-Zdżalik, E. (2017). Wspomaganie rozwoju mowy małych dzieci z wadą słuchu – zajęcia logarytmiczne. *Głos – Język – Komunikacja*, 4, 117–134
- Węsierska, K. (2012). Profilaktyka logopedyczna w ujęciu systemowym. W: K. Węsierska (red.), *Profilaktyka logopedyczna w praktyce edukacyjnej* (t. 1, s. 25–47). Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.