

JOANNA SOBOŃ

Szkoła Podstawowa Nr 5, Świdnik

Diagnoza i terapia zaburzeń płynności mówienia. Studium przypadku jedenastoletniej uczennicy

Diagnosis and Treatment of Speech Fluency Disorders. A Case Study of An Eleven-year-old Schoolgirl

STRESZCZENIE

Artykuł zawiera opis przypadku jedenastoletniej uczennicy z gielkotem, skonstruowany według schematu standardu postępowania logopedycznego w przypadku diagnozy i terapii zaburzeń płynności mówienia. Metoda studium przypadku ma charakter analityczny i bazuje na mechanizmie wszechstronnego porównywania poszczególnych danych pacjentki.

Z uwagi na rozliczne powiązania jąkania i gielkotu, w sposób szczegółowy omówiona zostaje diagnoza różnicowa obu jednostek nozologicznych. Jak potwierdzają obserwacje terapeutyczne, wyłącznie w oparciu o prawidłowo postawioną diagnozę, jaką jest orzeczenie o typie zaburzenia, jesteśmy w stanie precyzyjnie dokonać procedury programowania terapii (sformułować jej zasadnicze cele, obrać metody postępowania i wyznaczyć w miarę możliwości jej mierzalne etapy), a następnie przeprowadzić skuteczne postępowanie terapeutyczne.

SUMMARY

The paper contains a description of the case of an eleven-year-old schoolgirl with cluttering. The description follows the pattern of standard logopedic management in the case of diagnosis and treatment of speech fluency disorders. The case study method is analytical and based on the mechanism of in-depth comparison of the patient's particular data.

Because of many connections between stuttering and cluttering, the differential diagnosis of both nosological entities was discussed in detail. As therapeutic observations confirm, it is exclusively on the basis of an accurate diagnosis, which is a medical opinion on the disorder type, that we are able to precisely perform the procedure of programming a therapy (formulate its essential objectives, choose methods of treatment, and, as far as possible, define its measurable stages) and then perform effective therapeutic procedures.

Faktem jest, że skuteczna procedura postępowania logopedycznego powinna być odzwierciedleniem ujednoczonego standardu¹, umożliwiającego programowanie i obrazowanie przebiegu jednostkowej terapii, jak również czyniącego ją mierzalną. Tym samym, każde postępowanie terapeutyczne winno być działaniem celowym, motywowanym rzetelną diagnozą różnicową. Sąd ten nabiera szczególnego znaczenia w przypadku zaburzeń płynności mówienia, obserwowanych nade wszystko w jankaniu i gielkocie.

Pierwsze wzmianki na temat rozlicznych powiązań obu zaburzeń odnajdujemy w literaturze końca XIX w.² Wtedy też dokonano wstępnej deskrypcji gielkotu, wyraźnie rozgraniczając go od jankania³. Co więcej, domagano się także rozróżnienia gielkotu od tzw. „mamrotania”. Poprzez „mamrotanie” badacze rozumieli fizjologiczny okres rozwoju mowy dziecka, manifestowany powtarzaniem sylab i słów, przyspieszonym tempem mówienia, nieumiejętnością wyrażenia myśli – szczególnie w sytuacjach silnych emocji⁴. Jak się wydaje, przywołane trudności są niczym innym jak normalnym zjawiskiem – związanym z opanowywaniem przez dziecko systemu językowego – określanym mianem rozwojowej niepełności mówienia (RNM)⁵.

¹ Standard postępowania logopedycznego rozumiemy jako „wzorcowy układ czynności stosowanych w terapii określonego zaburzenia mowy, konstruowanych tak, by to postępowanie było skuteczne” (S. Grabias, *Postępowanie logopedyczne. Diagnoza, programowanie terapii, terapia*, „Logopedia” 2008, t. 37, s. 13). Struktura standardu realizuje ogólny paradygmat prawidłowego postępowania logopedycznego w odniesieniu do zaburzeń mowy w ogóle, zawiera zaś trzy podstawowe procedury postępowania logopedycznego (diagnozowanie, budowanie programu terapii, postępowanie terapeutyczne).

² Por. L. Kaczmarek, *Program studiów logopedycznych*, Lublin 1981; I. Langova, M. Moravek, *Príspevek k experimentalizmu rozlise ni koptavosti a breptavosti*, „Československa Otolaryngologia” 1973, 22, s. 287–291; I. Langova, F. Michek, L. Svab, *Rozsak frekvence zakladniho tonu v promluvah koptavych a breptavych*, „Československa Otolaryngologia” 1983, 32, s. 256–270; V. Raisova, *Koptavost a breptavost z hlediska biochemickych ukazateli*, „Československa Otolaryngologia” 1984, 33, s. 361–366; C. Ripper, *Cluttering and Stuttering. The Differential Diagnosis*, „Folia Phoniatica” 1970, 22, 347–353; D. A. Weiss, *Cluttering*, New Yorker 1964; D. E. Williams, *Differential Diagnosis of Disorders of Fluency* [w:] *Diagnostic Methods in Speech Pathology*, F. L. Darley, D. C. Spriestersbach (ed.), New York, London 1978; H. Wülff, *Diagnose von Sprache und Stimmstörungen*, München 1984.

³ Kussmał oba zaburzenia zaliczył do nerwic mowy, przy czym, o ile w przypadku jankania akcentował czysto artykulacyjną formę nieprawidłowości, o tyle w odniesieniu do gielkotu na plan pierwszy wysuwał funkcjonalny charakter zaburzenia. Kryterium prymarnym różnicującym oba zaburzenia uczynił sąd, zgodnie z którym skierowanie uwagi na akt mówienia poprawia płynność wypowiedzi w przypadku gielkotu, zaś jej pogorszenie – w jankaniu (por. Z. Tarkowski, M. Smul, *Gielkot*, Warszawa 1988, s. 6).

⁴ Por. *ibidem.*, s. 7.

⁵ Rozwojowa niepełność mówienia – zdaniem Z. Tarkowskiego – to zaburzenie swo-

Kwestią priorytetową w diagnozie gielkotu, podobnie jak w przypadku jąkania, jest zatem przyjęcie odpowiedniej definicji tego zaburzenia. S. Grabias w *Logopedycznej klasyfikacji zaburzeń mowy* postrzega gielkot (ICD-10 – F 98.6, ICD-10 – 9307.0) jako zaburzenie mowy związane z brakiem lub niedowładem sprawności realizacyjnych, ujawniające się w postaci wzmożonego tempa realizacji ciągu fonicznego⁶. Z przeglądu różnorodnych stanowisk, odnoszących się do gielkotu, wynika, że najbardziej funkcjonalnym dla logopedy-praktyka rozwiązaniem jest traktowanie zaburzenia jako syndromu, którego przejawy dotyczą różnych aspektów zachowań ludzkich⁷. Tego rodzaju perspektywa pociąga za sobą: po pierwsze – konieczność szczegółowej, kompleksowej diagnozy; po drugie zaś – wymóg wielostronnej terapii. Należy zatem przyjąć, iż gielkot jest zaburzeniem płynności mówienia związanym z szybkim i nieregularnym tempem mówienia. Objawy niepłynności mówienia w większości różnią się od objawów w jąkaniu i polegają głównie na niespastycznych powtórzeniach, dźwiękach wtrąconych. Objawom tym towarzyszą zaburzenia koartykulacji. Mało tego – prócz niepłynności mówienia obserwujemy symptomy opisywane kolejno na płaszczyznach: językowej, psychicznej i neurofizjologicznej. Na płaszczyźnie językowej jest to obniżona spójność gramatyczna i semantyczna wypowiedzi. Na płaszczyźnie psychicznej: słaba koncentracja, wąski zakres uwagi, osłabiona zdolność wsłuchiwania się, natłok myśli, nadpobudliwość, nieświadomość doświadczanych trudności. Na płaszczyźnie neurofizjologicznej zaś – nieprawidłowości w zapisie EEG⁸.

Należy stwierdzić, że diagnoza dyferencjalna jąkania i gielkotu ma istotne znaczenie zarówno z teoretycznego, jak i z praktycznego punktu widzenia. Pomimo iż w obu przypadkach mamy do czynienia z zaburzeniami płynności mówienia, to jednak obraz kliniczny obu jednostek różni

bodnego przechodzenia od jednego elementu wypowiedzi do drugiego oraz zakłócenie jej tempa i rytmu w następstwie desynchronizacji procesu formowania trzech poziomów wypowiedzi: treści, formy językowej i substancji fonicznej, występujących w okresie intensywnego rozwoju językowego dziecka. Rozwojowa niepłynność mówienia jest zatem zjawiskiem powszechnym w okresie kształtowania się mowy dziecka, jest przejawem przejściowych trudności w niezwykle skomplikowanym procesie przyswajania języka.

⁶ S. Grabias, *Mowa i jej zaburzenia*, „Logopedia” 2000, t. 28, s. 33.

⁷ Z. Tarkowski i M. Smul w monografii poświęconej gielkotowi (patrz przyp. 3) – w oparciu o przegląd literatury przedmiotu – twierdzą, iż gielkot „nie jest izolowaną jednostką nozologiczną, lecz przypomina syndrom” (s. 9). Podkreślają więc jego niespecyficzny i wieloraki charakter, wynikający ze swoistej kombinacji zaburzeń psychologicznych, lingwistycznych i fizjologicznych.

⁸ Por. T. Woźniak, *Standard postępowania logopedycznego w przypadku gielkotu*, „Logopedia” 2008, t. 37, s. 227–228.

się jakością ich objawów, specyfiką przebiegu czy etiologią zaburzeń. Generalnie rzecz ujmując, o ile jąkanie traktowane jest jako zaburzenie realizacji mówienia (*speech*), o tyle gielkot bywa lokowany w grupie zaburzeń mowy w sensie systemowym (*language*).

Nie dziwi zatem fakt, iż Z. Tarkowski w diagnozie różnicowej jåkania i gielkotu postuluje uwzględnienie szeregu uwarunkowań różnicujących wyodrębnione zaburzenia płynności mówienia. Wyróżnia bowiem następujące czynniki: podłoże i charakter zaburzenia, stopień świadomości własnych trudności, cechy charakterystyczne (w tym oddziaływanie na kanały informacji, tj. czytanie, pisanie, rytm, muzykalność i zwykłe zachowanie), przebieg i rodzaj terapii oraz zagadnienie prognozy. Spróbujmy zatem pokrótce przyrzeć się wyżej wymienionym podstawom różnicowania obu zaburzeń.

Otóż, gielkot posiada podłoże dziedziczne oraz należy do grupy tzw. centralnych zaburzeń mowy (języka) o charakterze nieskurczowym (nie-spastycznym). Podczas gdy podłoże jåkania stanowią raczej dysfunkcje neurowegetatywne; zaburzenie zaś ma charakter skurczowy (spastyczny). O ile jåkający uświadamia sobie własne trudności, o tyle osoba z gielkotem takiej świadomości na ogół nie ma. Należy jednak zaznaczyć, iż napotkamy przypadki jåkania formujące się na gruncie gielkotu. Dotychczas nie odnotowano sytuacji odwrotnej. Co ciekawe, zgodnie z hipotezą D. A. Weissa, korzenie jåkania niejednokrotnie tkwią w gielkocie; który bądź utrzymuje się we wczesnej fazie jåkania, bądź też je poprzedza⁹.

Objawy gielkotu mogą być wielorakie. Wśród cech charakterystycznych należy zwrócić szczególną uwagę na zdecydowanie zbyt szybkie tempo mówienia, które w przypadku jåkania jest zwykle normalne. U osób z gielkotem można zaobserwować powtórzenia sylab, wyrazów i krótkich zdań, przeciągnięcia głosek, obecność dźwięków dodatkowych; współruchy i grymasy raczej nie występują. Tymczasem dla jåkających się – prócz powtórzeń, przeciągnięć, dźwięków nadwyżkowych – znamienne są bloki, tj. niemożność wypowiedzenia głoski w danym wyrazie. Blokowanie zaś ma zawsze charakter spastyczny, w związku z czym to właśnie jåkaniu bardzo często towarzyszą współruchy i grymasy. Ponadto w przypadku gielkotu wskazuje się dodatkowo następujące objawy: częstą niepoprawną budowę i mniejszą spójność wypowiedzi, słabą koncentrację i wąski zakres uwagi, opuszczanie i krzyżowanie sylab oraz wyrazów (szczególnie podczas czytania i pisania), zacinanie się (pauzy), rozległą dysrytmie w zapisie EEG, słabą integrację procesów myślowych (myślenie wyprzedza mówienie; myślenie wolniejsze niż mówienie), trudności

⁹ Por. Z. Tarkowski, M. Smul, *Gielkot*, s. 23–29.

artykulacyjne (dotyczą realizacji głosek: omijanie, zamienianie miejsc, inwersje, antycypacje, postpozycje, powtórki początkowych głosek)¹⁰.

Z kolei – w przeciwieństwie do gielkotu – w jąkanii możemy dostrzec takie cechy, jak: poprawna na ogół budowa wypowiedzi; fakt, iż koncentracja uwagi na mówieniu zwykle je pogarsza zamiast poprawiać; pismo nie tyle niedbałe co raczej ścięśnione; zapis EEG zwykle w normie; obawa przed wymową niektórych głosek lub wyrazów. O ile relaks i rozluźnienie poprawia płynność wypowiedzi u jękającego się, o tyle u osoby z gielkotem wywiera ujemny wpływ na proces mówienia. Co więcej, osoby jękające się i osoby z gielkotem cechuje odmienny typ osobowości. U tych drugich rzadko kiedy dochodzi do stanów fobicznych czy afektywnych reakcji, takich jak w przypadku jękających się. Osoby takie bowiem cechuje kłótlivość, impulsywność, wybuchowość, chaotyczność i rozbieganie. Podczas gdy jękający się to ludzie przeważnie nieśmiali, wrażliwi, nieufni, niepewni, zamknięci w sobie, introwertyczni. Choć oczywiście i tu istnieje duże zróżnicowanie indywidualne.

Co interesujące, przebieg gielkotu ma charakter ciągły, nie obserwuje się raczej – w opozycji do jękania – okresów spontanicznego polepszenia czy nawrotów zaburzenia. Terapia osób dotkniętych gielkotem polega więc na zwróceniu całej uwagi pacjenta na mówieniu. Jak podaje L. Kaczmarek, koncentracja uwagi na mówieniu polepsza płynność u osoby z gielkotem, a pogarsza u osoby jękającej się, natomiast rozluźnienie odwrotnie – poprawia płynność wypowiedzi osoby jękającej się, a obniża w przypadku gielkotu. W rezultacie, prognoza w terapii osób z gielkotem przybiera znacznie bardziej pozytywny charakter aniżeli u jękających się. Skuteczność terapii osób jękających się zależy bowiem w dużej mierze od postawy emocjonalnej pacjenta, zaś w przypadku gielkotu – wymaga przede wszystkim optymalnego skupienia się pacjenta na procesie mówienia¹¹.

W związku z powyższym, istnieją uzasadnione przesłanki terapeutyczne, by – na etapie diagnozowania zaburzeń płynności mówienia¹² – dokonać odróżnienia ewentualnego jękania od gielkotu. Otóż, po pierwsze – można wówczas precyzyjniej zaprogramować terapię (badacze zgodnie postulują odmienne postępowanie terapeutyczne w przypadku obu tych zaburzeń). Po drugie zaś, rozpoznanie gielkotu skutkuje odmiennym od

¹⁰ Por. W. Kostecka, *Gielkot. Studium przypadku*, Lublin 2006, s. 11–32.

¹¹ Por. Z. Tarkowski, M. Smul, *Gielkot*, s. 10–17.

¹² Zgodnie ze standardem postępowania logopedycznego, w przypadku gielkotu w celu zdiagnozowania zaburzenia wykonujemy następujące czynności diagnostyczne: ocenę płynności mówienia, ocenę symptomów towarzyszących, ocenę czynności pisania, wywiad oraz inne badania specjalistyczne (o ile zachodzi taka potrzeba).

strony psychologicznej prowadzeniem pacjentów, w przeciwieństwie do tych, u których zdiagnozowano jąkanie¹³. Potwierdzają to także moje obserwacje terapeutyczne.

Wypada zatem stwierdzić, że procedura nazwana przez nas w modelu postępowania logopedycznego „diagnozą różnicową” stanowi przede wszystkim wypadkową wiedzy i doświadczeń logopedy, na którym spoczywa obowiązek rzetelnego odgraniczenia obu podobnych w swych objawach zaburzeń płynności mówienia. Wyłącznie w oparciu o prawidłowo postawioną diagnozę, jaką jest orzeczenie o typie zaburzenia, jesteśmy w stanie precyzyjnie dokonać procedury programowania terapii (sformułować jej zasadnicze cele, obrać metody postępowania i wyznaczyć w miarę możliwości jej mierzalne etapy), a następnie przeprowadzić skuteczne postępowanie terapeutyczne.

Za egzemplifikację tej tezy niech posłuży kończący artykuł opis przypadku jedenastoletniej uczennicy, skonstruowany według schematu standardu postępowania logopedycznego. Metoda studium przypadku ma charakter analityczny i bazuje na mechanizmie wszechstronnego porównywania poszczególnych danych pacjentki¹⁴. Czynności diagnostyczne wykonane zostały przy użyciu dwojakiego rodzaju technik badawczych: deskrypcji („rejestracja i opis stanów oraz zachowań badanej osoby”) i interpretacji („włączenie zarejestrowanych stanów i zachowań w perspektywę wiedzy objaśniającej ich istotę”¹⁵).

Opis przypadku

Dane ogólne:

Patrycja K., wiek 11,6 lat, uczennica V klasy szkoły podstawowej. Brat Sylwester (14 lat) i siostra Agnieszka (8 lat).

Problem kliniczny (logopedyczny) – podała matka pacjentki.

Kłopoty z płynną mową ujawniły się w wieku 3 lat po pobycie na wsi u dziadków. Patrycja powtarzała sylaby i wyrazy (przeważnie funkcyjne, tj.

¹³ Jąkaniem nazywać będziemy zaburzenie mowy, na które składa się zespół wzajemnie warunkujących się objawów opisywanych na trzech różnych płaszczyznach: na poziomie komunikacji językowej (niepłynność mówienia), na poziomie psychicznym (uczucie frustracji i lęku), na poziomie neurofizjologicznym (spastyczne ruchy mięśni i inne reakcje fizjologiczne), por. T. Woźniak, *Pojęcie jąkania a metodyka postępowania logopedycznego*, [w:] *Opuscula Logopaedica in honorem Leonis Kaczmarek*, Lublin 1993, s. 313–316.

¹⁴ Z. Jaworowska-Obłój, *Studium przypadku jako metoda diagnozy klinicznej*, [w:] *Materiały do nauczania psychologii*, red. L. Wołoszynow, t. IV, Warszawa 1985, s. 339.

¹⁵ S. Grabias, *Postępowanie logopedyczne. Diagnoza...*, s. 17.

spójniki i przyimki) na początku wypowiedzi bądź przy przejściu od jednego do drugiego jej członu. Z czasem do tego dołączyły również rewizje i nienapięte pauzy. W przedszkolu zwracało uwagę stosunkowo szybkie tempo mowy dziecka. Dziewczynka określona została przez matkę jako dziecko bardzo nerwowe, roztargnione. U progu szkoły podstawowej pojawiły się problemy z analizą i syntezą głoskową, a tym samym z nauką czytania.

DIAGNOZOWANIE

DESKRYPCJA

Dane kliniczne

1. Wywiad rodzinny (z matką dziewczynki)

Dane biograficzne

Dziewczynka jest wychowywana w pełnej rodzinie. Rodzice Patrycji na co dzień posługują się językiem niejednokrotnie naruszającym ustalony porządek normatywny. W wypowiedziach uczennicy napotkać można liczne kolokwializmy, błędy i usterki językowe (przede wszystkim w sferze gramatycznej), zauważalne zarówno w mówionej, jak i pisanej odmianie polszczyzny.

W najbliższej rodzinie jąkał się w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym brat ojca dziewczynki. Ponadto, matka Patrycji, wujek (brat matki) oraz dziadek (ojciec matki) mówią w szybkim tempie.

Ciąża matki przebiegała prawidłowo. Mowa rozwijała się poprawnie. Tempo mówienia badanej od najmłodszych lat było dość szybkie.

Początki niepełnego mówienia Patrycji sięgają wieku trzech lat, kiedy – po pobycie na wakacjach na wsi u dziadków – pojawiły się pierwsze objawy niepełności. Po zażywaniu herbatki z ziołem melisy niepełność wydawała się ustępować. W wieku pięciu lat – podczas pobytu w domu z ojcem pod nieobecność matki – dziecko skaleczyło się nożem. W efekcie dziewczynkę przewieziono do szpitala z nadciętym palcem u ręki. Widok krwawiącego palca wywołał u pięcioletniej Patrycji ogromny niepokój i zdenerwowanie. Od tego wydarzenia powróciły objawy niepełności mówienia i pozostały do momentu rozpoczęcia nauki szkolnej. W klasach I–III dziewczynka mówiła bardzo szybko, nie przejawiała żadnych objawów frustracji czy zdenerwowania na skutek występujących trudności. Patrycja nie uświadamiała sobie własnych problemów. Nie przeżywała lęku przed mówieniem. Jej sposób mówienia nie był dla niej żadnym stre-

sem. Była aktywna na lekcjach, choć bardzo często zdarzało jej się niejako „gubić” w swych wypowiedziach na forum klasy (dłuższe polecenia rozumiała dopiero po kilkakrotnym powtórzeniu i ewentualnym wyjaśnieniu przez nauczyciela). Uczęszczała na liczne zajęcia pozalekcyjne (tańce, chór, zespół wokalny), choć – zdaniem matki – dziewczynka ma problemy z poruszaniem się w rytm muzyki i nie ma też raczej zdolności muzycznych. Pomimo tego Patrycja nie zrażała się i chętnie brała udział w zajęciach. Początkowe trudności szkolne dziewczynki dotyczyły przede wszystkim nauki czytania i pisania. Uczennica słabo czytała (często głoskując poszczególne wyrazy), z dużą trudnością skupiała się na czytanych tekście, nie potrafiła śledzić tekstu, domyślała się czytanych treści, zgadywała kolejne wyrazy. Jak wynika z relacji wychowawcy nauczania zintegrowanego I–III, pisała niestarannie, popełniając liczne błędy (m.in. fonetyczne, ortograficzne, gramatyczne). W klasie czwartej doszły trudności w nauce języka angielskiego oraz matematyki.

Dane aktualne

Na obecnym etapie u dziewczynki występują jedno- lub dwusylabowe niespastyczne powtórzenia pierwszej sylaby w wyrazie bądź też wyrazów – głównie niesamodzielnych (takich jak: przyimki, spójniki, zaimki, partykuły) oraz dźwięki wtrącone w postaci embołofrazji (*yyy, eee...*). Patrycja swe trudności w mówieniu określa mianem przejęzyczeń, które – jak twierdzi – zdarzają się również kolegom i koleżankom z klasy. Wypowiedziom uczennicy towarzyszy nieregularne, przyspieszone tempo mowy. Zastrzeżenia budzi także słaba koncentracja uwagi, utrzymująca się niedostateczna kontrola słuchowa własnych wypowiedzi; trudności w pisaniu oraz problemy w nauce języka angielskiego i matematyki.

2. Obserwacja

Patrycja od momentu pojawienia się na terapii logopedycznej była dzieckiem zniecierpliwionym, podenerwowanym i nieco roztargnionym. Występował niski poziom koncentracji, chaotyczność myślenia, zaburzenia orientacji przestrzennej. Miała problemy z dostrzeganiem detali. Zadania w trakcie zajęć oraz prace domowe wykonywała niestarannie i w nieuzasadnionym pośpiechu. Nie potrafiła trwale kontrolować swojego zachowania. Zwrócenie dziewczynce uwagi skutkowało wyłącznie chwilową poprawą, po czym następował powrót do wcześniejszych nawyków. Opisywana uczennica to typ ekstrawertyczki otwartej na kontakty z rówieśnikami; chętnie uczestniczącej w zajęciach pozalekcyjnych.

3. Analiza wyników badań specjalistycznych

Badania psychologiczno-pedagogiczne

W wyniku badań psychologiczno-pedagogicznych (2006 r.) u 7-letniej Patrycji stwierdzono przeciętne możliwości intelektualne ($II=105$) oraz obniżony poziom funkcji słuchowych i zakłócenia w obrębie lateralizacji.

Uczennica wykazywała odbiegający on normy wiekowej poziom percepcji słuchowej (koncentrację uwagi, pamięć słuchową – świeżą i trwałą) oraz koordynacji wzrokowo-ruchowej (skrzyżowaną lateralizację – lewoboczność, praworęczność, obunożność). Zaobserwowano wyraźną przewagę funkcji wzrokowych nad słuchowymi. Negatywnie oceniono także poziom sprawności językowej pierwszoklasistki w zakresie czytania i pisania. Patrycja czytała w zadowalającym tempie, chociaż sama technika (czytanie wyrazami poprzedzone uprzednią analizą głoskową) oraz trudności z rozumieniem czytanych treści budziły znaczne zastrzeżenia badających, podobnie zresztą jak problemy z opanowaniem umiejętności pisania. W zapisie zauważono bowiem liczne skreślenia, poprawki, pomyłki przy odwzorowywaniu liter o podobnych kształtach, opuszczanie elementów graficznych, niejednokrotnie zdeformowane litery oraz trudności z utrzymaniem się w liniaturze i zaburzony kierunek kreślenia liter.

Obserwacja pedagoga i psychologa pozwoliła stwierdzić, że dziewczynka podczas badania spontanicznie nawiązała dobry kontakt słowny oraz wykazała prawidłową motywację do pracy. Patrycja bardzo dobrze współpracowała, potrafiła pracować samodzielnie i finalizować zalecone czynności. Zakłócona płynność mówienia nie stanowiła dla uczennicy przeszkody w porozumiewaniu się z badającymi. Ze względu na obniżony poziom funkcji słuchowych oraz zakłócenia w obrębie lateralizacji nie wykluczono ewentualnego wystąpienia w przyszłości u uczennicy dysortografii czy dysgrafii. W rezultacie zalecono intensywną stymulację koordynacji wzrokowo-ruchowej na materiale zabawowym, rysunkowym i literowym (klocki, puzzle, kalkowanie wzorów, odwzorowywanie kształtów, krzyżówki graficzne itp.), rozwijanie umiejętności samodzielnego sprawdzania i korygowania popełnianych błędów (np. uzupełnianie pominiętych elementów graficznych liter). Wśród wskazówek kierowanych do nauczycieli odnotowano przede wszystkim zapis dotyczący bardziej tolerancyjnej oceny zeszytów przedmiotowych uczennicy pod względem poziomu graficznego. Zalecono, by należycie uwzględnić zaangażowanie i wkładany wysiłek dziewczynki w przezwyciężanie trudności, zaś – w mniejszym stopniu oceniać uzyskiwane efekty. W sytuacji utrzymy-

wania się bądź nasilenia problemów edukacyjnych wskazano badanie kontrolne uczennicy w klasie III.

W wyniku kontrolnego badania (2009 r.) potwierdzono utrzymującą się przewagę zdolności wzrokowo-przestrzennych nad słowno-pojęciowymi. Deficyty rozwojowe, w znaczący sposób utrudniające Patrycji osiągnięcie zadowalających postępów edukacyjnych w zakresie języków obcych, języka polskiego i matematyki, obejmowały kolejno: funkcje werbalne (trudności z obszaru definiowania i rozumienia pojęć, obniżony zasób słownictwa), pamięć (obniżony poziom pamięci zarówno słuchowej, jak i wzrokowej), rozumowanie arytmetyczne oraz lateralizację (utrzymujące się u dziewczynki skrzyżowanie w zakresie lewego oka i prawej ręki, w sposób niekorzystny wpływające na koordynację wzrokowo-ruchową). Wyniki badań potwierdziły również liczne niedociągnięcia i luki w systemie wiadomości oraz umiejętności szkolnych uczennicy.

Stwierdzono zadowalający poziom techniki czytania i rozumienia czytanych treści, przy jednoczesnych zaburzonych procesach pamięciowych, odpowiedzialnych za mało satysfakcjonujące oceny z większości przedmiotów szkolnych. Mało tego, odnotowano niewłaściwy poziom sprawności językowej w zakresie mówienia i pisania. Wypowiedzi czwartoklasistki były nieuporządkowane, niezwykle lapidarne. Dziewczynka miała trudności z doborem słów i sformułowań, z wyznaczeniem granicy zdania – pauz w języku mówionym, kropki w pisaniu. Podczas redagowania poszczególnych form wypowiedzi pisemnych nie zachowywała zasadniczych części kompozycyjnych, popełniała liczne błędy, realizowała temat na poziomie znaczeń elementarnych, operowała ubogim słownictwem. Z kolei pismo Patrycji, choć wykazywało warunek czytelności, to jednak pozostało bardzo niestaranne. Co więcej, zauważono, iż w obrębie kompetencji matematycznych dziewczynka nie przyswoiła w sposób trwały podstawowych reguł i definicji matematycznych z klas młodszych, co skutkowało obniżoną kompetencją matematyczną na ówczesnym etapie nauczania.

W rezultacie opinii zalecono obserwację uczennicy w kierunku specyficznych trudności edukacyjnych oraz podjęcie dodatkowej pracy na terenie domu. Wskazania z poradni dotyczyły przede wszystkim: kształtowania u dziewczynki nawyku samodzielnego sprawdzania i korygowania popełnianych błędów (po uprzednim naprowadzeniu przez nauczyciela), pracy ze słownikiem ortograficznym, rozwijania teoretycznej znajomości zasad poprawnej pisowni, doskonalenia umiejętności tworzenia rozwiniętych wypowiedzi ustnych oraz pisemnych. Ponowne badanie kontrolne wskazano pod koniec klasy V szkoły podstawowej.

Badanie EEG

W wyniku badania elektroencefalograficznego (EEG) w stanie czuwania stwierdzono nieprawidłowy zapis aktywności elektrycznej mózgu. W okolicy skroniowej obustronnie, z przewagą po lewej stronie, zarejestrowano zmiany zlokalizowane pod postacią serii fal ostrych (10–15 Hz do 50–70 uV). Czynność podstawowa (w postaci czynności fal alfa-beta 11–13–15 Hz do 30–50 uV) wykazała tendencję do przyspieszania.

4. Dane z badań testowych

*Próba Sylabowa do Oceny Niepłynności Mówienia*¹⁶

Protokół badania obejmował trzy liczące 100 sylab próbki wypowiedzi. Procent niepłynności w poszczególnych typach wypowiedzi przedstawiał się następująco: czytanie (13 %), dialog (15 %) oraz historyjka obrazkowa (14 %). Na ich podstawie wyznaczono średni procent niepłynności wynoszący 14.

*Kwestionariusz Niepłynności Mówienia i Logofobii*¹⁷

Protokół badania przewidywał wyłącznie ocenę logofobii (część B). Uzyskano wynik – 0 pkt. Badana jednakowo oceniła poziom własnego lęku związanego z mówieniem, przyznając zgodnie w czterostopniowej skali po 0 pkt (odpowiednik formuły: „nie boję się mówić”)¹⁸.

*Logopedyczny Test Przesiewowy dla Dzieci w Wieku Szkolnym*¹⁹

Protokół badania (Karta logopedyczna) składał się z czterech podtestów badających kolejno: wymowę, sprawność narracyjną (semantyczną, strukturę opowiadania, językową realizację wypowiedzi), motorykę narządów mowy oraz percepcję dźwięków mowy. Po zsumowaniu punktów w poszczególnych poleceniach uzyskano wynik ogólny – 85, plasujący badaną poniżej przeciętnej.

¹⁶ Z. M. Kurkowski, *Próba Sylabowa do Oceny Niepłynności Mówienia*, Warszawa 2003.

¹⁷ Z. Tarkowski, *Kwestionariusz Niepłynności Mówienia i Logofobii. Diagnoza i Terapia Jąkania*, Lublin 2001.

¹⁸ Warto zauważyć, iż *Kwestionariusz Niepłynności Mówienia i Logofobii* – wbrew deklaracjom autora – z całą pewnością w żaden sposób nie bada niepłynności mówienia (ani w aspekcie ilościowym, ani też jakościowym). Co najwyżej, rejestruje percepcję niepłynności, będącą odzwierciedleniem subiektywnej oceny pacjenta. Niemniej jednak narzędzie stanowi cenną pomoc w opisie i analizie stanów logofobicznych, towarzyszących czynności mówienia osobom z zaburzeniami płynności.

¹⁹ S. Grabias, Z. M. Kurkowski, T. Woźniak, *Logopedyczny Test Przesiewowy dla Dzieci w Wieku Szkolnym*, Lublin 2007.

Wymowa

Ocena realizacji poszczególnych głosek i grup spółgłoskowych w różnych pozycjach fonetycznych wypadła satysfakcjonująco. Nie odnotowano żadnej błędnej artykulacji nazywanych zjawisk na obrazkach. Natomiast zaburzenia struktury fonologicznej wyrazu ujawniły się przy powtarzaniu zdań wypowiedzianych przez badającego (np. *šežešyn* 'Szczebreszyn', *pšep'ižyce* 'przepiórzyce', *kolarovego* 'koralowego'). Wypowiedź miała nieprawidłowy kontur intonacyjny. Pojawiły się przerwy zakłócające przebieg ciągu fonicznego.

Sprawność narracyjna – semantyczna

Superstruktura wypowiedzi narracyjnej uczennicy – opowiadania o krasnoludku – ukierunkowana była na pięć podstawowych kategorii semantycznych. Patrycja samodzielnie włączyła postać do klasy zjawisk ogólniejszych i wskazała jego pole aktywności. Niemniej jednak wyodrębnienie cech fizycznych i psychicznych krasnoludka oraz jego miejsca pobytu zostało wymuszone pytaniami badającego.

Sprawność narracyjna – struktura opowiadania

Oceni poddana została sprawność komunikacyjna dziewczynki w zakresie układu zdarzeń i linii narracji w trakcie opowiadania, wymuszonego pięcioma zdarzeniami historyjki obrazkowej. Patrycja prawidłowo wbudowała w swą wypowiedź cztery „sytuacje odniesienia” zaprojektowane w historyjce. Zdarzenia poukładała w logiczną, wyznaczoną następstwem czasowym linię narracji.

Sprawność narracyjna – językowa realizacja wypowiedzi

Językowa realizacja wypowiedzi badanej oparta była na takich komponentach, jak: płynność narracji (teksty zawierały powtórzenia wyrazów i liczne pauzy namysłu), płynność przebiegów fonicznych (właściwe natężenie dźwięków, niepoprawna intonacja i przedłużony iloczas końcowych głosek wyrazu), poprawność gramatyczna (teksty niepoprawne pod względem gramatycznym, np. agramatyzm *x→opcov'i* 'chłopcu'), sprawność leksykalna (teksty raczej ubogie leksykalnie), zdolność do nawiązywania interakcji słownych (niska).

Motoryka narządów mowy

Wszystkie ćwiczenia naśladowujące ruchy języka zostały wykonane prawidłowo.

Percepcja dźwięków mowy

W ocenie słuchowej wskazywania dwóch słów jako jednakowych bądź różnych wyłącznie jedna para została przez dziewczynkę rozpoznana błędnie. Tymczasem w „głoskowaniu” wyrazów odnotowano trzy nieprawidłowe odpowiedzi (tzn. *samorodek* : a-s-o-m-o-r-o-d-e-k, *kolaborant* : k-o-l-a-b-o-r-a-n-d, *m'ikroencefalopat'a* : m-i-n-c-e-e-l-y-f-o-p-a-t-i-a).

Badanie pamięci słuchowej

Opowiedziany przez Patrycję uprzednio wysłuchany tekst zawierał 8 spośród 14 ważnych do zapamiętania informacji. Z perspektywy struktury wypowiedzi w narrację wbudowane zostały cztery sytuacje odniesienia, dwa układy zdarzeń pominięto. Linia narracji została zachowana w sensownym następstwie czasowym.

5. Dane eksperymentalne

Ocena realizacji wypowiedzi przy użyciu DAF (*delayed auditory feedback*)

Zastosowanie wspomaganie aparaturowego²⁰ u Patrycji, którego istotą jest mówienie w sposób zsynchronizowany z własnym echem opóźnionym o 0,1 – 0,3 sekundy, nasiliło odsetek nie płynności w mowie badanej.

INTERPRETACJA

6. Hipoteza diagnostyczna

Istota zaburzenia

Patologiczna nie płynność mówienia²¹, gielkot. Deficyty rozwojowe, uniemożliwiające sprostanie wymaganiom edukacyjnym, wynikającym z programu nauczania; obniżony poziom funkcji słuchowych, zakłócenia

²⁰ Wspomaganie aparaturowego wymaga metoda „Echo” prof. B. Adamczyka. W skonstruowanych przez siebie aparatach-korektorach mowy wykorzystał on odkryty przez Lee efekt opóźnionego sprzężenia zwrotnego (*delayed auditory feedback* – DAF). Istotą metody „Echo” jest bowiem mówienie w sposób zsynchronizowany z własnym echem opóźnionym o 0,1–0,3 sekundy. Dzięki temu mówiący spostrzega swój głos z opóźnieniem, w konsekwencji zaś – zaczyna zwalniać tempo mówienia i mówić płynnie. Należy dodać, iż tzw. echokorekcja zakłada prowadzenie ćwiczeń w sytuacji zarówno emocjonalnie sztucznej (w gabinecie logopedy), emocjonalnie łatwej (w domu rodzinnym), jak i emocjonalnie trudnej (w szkole bądź w pracy).

²¹ Zgodnie z kryterium ilościowym nie płynności norma w próbie sylabowej dla dzieci wynosi 3 % (maksymalnie do 5 %). W opisywanym przypadku nie płynność mówienia wynosi 14 %. Przekracza zatem 5 %, może być więc uznana za patologiczną.

w obrębie lateralizacji, nieprawidłowy zapis aktywności elektrycznej mózgu (EEG).

Przejawy zaburzenia

Niepłynność mówienia demonstrowana poprzez niespastyczne powtórzenia sylab (wyłącznie nagłosowych) lub wyrazów, pozbawione napięcia pauzy, nadużywanie dźwięków wtrąconych (na ogół w postaci *yyy...*, *eee...*) oraz nieregularne, przyspieszone tempo mówienia. Symptomy te mają charakter ciągły. Występują niezależnie od zmiennych interakcyjnych, takich jak chociażby: kontakt, rangi społeczne czy rodzaj swoistej identyfikacji (znany/nieznany). Zmniejszenie objawów ma miejsce w sytuacji wymagającej od uczennicy wzmoczonej kontroli zachowania. Mowa niepłynna nie stanowi dla Patrycji przeszkody w kontaktach interpersonalnych. Dziewczynka nie przejawia żadnych objawów lęku związanego z komunikacją językową.

Niepłynności mówienia towarzyszą zaburzenia poprawności gramatycznej wypowiedzi, percepcji słuchowej dźwięków, obniżony poziom estetyki pisma i specyficzne trudności w pisaniu (pismo charakteryzujące się nieregularnością, powtórkami, licznymi poprawkami, skreśleniami i pomijaniem liter, przerwami w łączeniu znaków). Wypowiedzi piątoklasistki są nieuporządkowane, chaotyczne; zawierają liczne błędy gramatyczne (bardzo częste mylenie liczby i rodzaju gramatycznego). Dziewczynka ponadto przejawia deficyty uwagi, słabą pamięć słuchową oraz zaburzenia struktury fonologicznej wyrazu. Ma problemy z nauką matematyki (rozwiązywaniem zadań tekstowych, których poleceń często nie rozumie) i języka angielskiego (słownictwo wyniesione z lekcji natychmiast jej „umyka”, nie zostaje zmagazynowane w formie trwałych śladów pamięciowych).

Przyczyny zaburzenia

Występujące u Patrycji zaburzenie ma wymienione niżej uwarunkowania.

A. Dziedziczne

Istotną rolę w etiologii zaburzenia u piątoklasistki pełni mechanizm dziedziczenia²². W myśl teorii B. E. Arnolda – w przypadku gielkotu – istnieją dwa typy uwarunkowań dziedzicznych: specyficzny i niespecy-

²² D. A. Weiss stwierdza, iż gielkot jest centralnym zaburzeniem mowy o podłożu genetycznym; zaburzeniem procesów programujących mowę, a bazujących na predyspozycjach dziedzicznych. Ku podobnym wnioskom skłania się H. Freund i R. Luchsinger (por. H. Freund, *Observations on tachylalia*, „Folia Phoniatica” 1970, 4–5, s. 280–287; R. Luchsinger, *Poltern*, Berlin 1963; D. A. Weiss, *Cluttering*, Englewood Cliffs N. Y., 1964).

ficzny. O ile dziedziczenie specyficzne występuje w rodzinach, u których stwierdzono we wcześniejszych pokoleniach jąkanie bądź gielkot (przede wszystkim w linii męskiej), o tyle dziedziczenie niespecyficzne objawia się niską zdolnością językową przekazywaną z pokolenia na pokolenie²³.

W opisywanym przypadku – jak należy przypuszczać – mamy do czynienia z jednym i drugim. Po pierwsze, w najbliższej rodzinie dziewczynki jąkał się w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym brat ojca Patrycji. Po drugie, rodzice dziewczynki na co dzień posługują się językiem niejednokrotnie naruszającym ustalony porządek normatywny. W ich wypowiedziach napotkać można liczne kolokwializmy, błędy i usterki językowe, co najprawdopodobniej świadczy o niskich zdolnościach językowych opiekunów badanej.

B. Organiczne

Nie bez znaczenia pozostaje też obraz zmian aktywności elektrycznej mózgu dziewczynki. W wyniku badania elektroencefalograficznego (EEG) w stanie czuwania stwierdzono bowiem zapis nieprawidłowy. W okolicy skroniowej obustronnie, z przewagą po lewej stronie, zarejestrowano zmiany zlokalizowane pod postacią serii fal ostrych. Czynność podstawowa wykazała tendencję do przyspieszania.

Na organiczne podłoże gielkotu wskazywali między innymi L. Kaczmarek i K. Seeman. Wśród przyczyn gielkotu upatrywali zarówno niedojrzałość centralnego systemu nerwowego, jak i zaburzenia powstałe na skutek minimalnych uszkodzeń w okolicy podkorowej²⁴. Faktem jest, że badania EEG wskazują na większą nieregularność w zapisach u osób z gielkotem aniżeli u jąkających się²⁵.

C. Wieloczynnikowe

Przyjmując postulat Cosgrove, przy określaniu etiologii gielkotu, należy – prócz mechanizmu dziedziczności i wrodzonej niezdolności językowej – uwzględnić też takie czynniki, jak: wrodzona dyspraksja motoryczna, zaburzenia lateralizacji i orientacji przestrzennej, małe zdolności muzyczne, słaba pamięć słuchowa, nieprecyzyjność ruchów graficznych, impulsywny i gwałtowny charakter czy wpływy środowiskowe²⁶.

²³ Por. B. E. Arnold, *An attempt to explain the causes of cluttering with the LLMM theory*, „Folia Phoniatria” 1970, 4–5, s. 247–260.

²⁴ Por. L. Kaczmarek, *Program studiów logopedycznych*, Lublin 1981; K. Seeman, *Relations between motorics of speech and general motor ability in clutterers*, „Folia Phoniatria” 1970, 4–5, s. 376–380.

²⁵ Por. W. Kostecka, *Gielkot...*, s. 19–20.

²⁶ Referuję za: B. E. Arnold, *An attempt to explain the causes...* op. cit.

Z całą pewnością gielkot u Patrycji – pomijając uwarunkowania dziedziczne czy organiczne – może być ukształtowany na bazie konstytucjonalnych zadatków, obejmujących nade wszystko: słabą zdolność słuchowego różnicowania (obniżony, odbiegający od normy wiekowej poziom percepcji słuchowej – pamięci słuchowej świeżej i trwałej), trudności w pisaniu (niski poziom grafomotoryczny, liczne skreślenia, poprawki, opuszczanie elementów graficznych, zaburzony kierunek kreślenia liter), zakłócenia w obrębie lateralizacji (lateralizacja skrzyżowana – lewooczość, praworęczność, obunożność), zaburzenia orientacji przestrzennej, małe zdolności muzyczne oraz wpływy środowiskowe (matka Patrycji, wujek (brat matki) oraz dziadek (ojciec matki) mówią w szybkim tempie). Warto dodać, iż wynik badania *Logopedycznym Testem Przesiewowym dla Dzieci w Wieku Szkolnym* S. Grabiasa, Z. M. Kurkowskiego T. Woźniaka uplasował uczennicę poniżej przeciętnej.

Mechanizm zaburzenia

Gielkot u jedenastoletniej uczennicy ma przede wszystkim uwarunkowania dziedziczne i organiczne. Ujawnił się w okresie wczesnego dzieciństwa na podłożu dziedziczenia (jąkanie u brata ojca; przyspieszone tempo mowy matki, wujka i dziadka) i organicznie zaburzonego centralnego mechanizmu mowy (nieprawidłowy zapis EEG²⁷). Ponadto, za konstytucjonalny zadatek gielkotu należy uznać obniżony poziom funkcji słuchowych uczennicy (słuchowego różnicowania dźwięków, analizy i syntezy słuchowej, pamięci słuchowej – świeżej i trwałej). Z kolei, zakłócenia w obrębie lateralizacji (skrzyżowanie w zakresie lewego oka i prawej ręki) w sposób niekorzystny wpłynęły na koordynację wzrokowo-ruchową, odpowiedzialną za obniżony poziom grafomotoryczny pisma oraz specyficzne trudności w pisaniu. Jak należy przypuszczać, trudności w czytaniu i pisaniu u dziewczynki uformowały się na skutek rozwoju zaburzenia. Słaba umiejętność czytania jest wynikiem wyuczonego sposobu domyślania się dalszej części tekstu lub jego zapamiętywania. Stąd Patrycja lepiej wypada w tekstach nieznanach, niż tych, których czytanie jest wielokrotnie ćwiczone na zajęciach. Deficyt kontroli procesów programowania wypowiedzi prawdopodobnie odpowiada za brak świadomości występujących u jedenastolatki trudności oraz zbyt szybkie tempo wypowiedzi, liczne powtórzenia, błędy gramatyczne, urywanie zdań, gorsze funkcjonowanie uwagi słuchowej.

²⁷ Badanie EEG wskazuje na większą nieregularność w zapisach u osób z gielkotem niż u osób jękających się.

Skutki zaburzenia

Uczennica nie osiąga satysfakcjonujących ocen z większości przedmiotów szkolnych, w szczególności z języka angielskiego, języka polskiego i matematyki. Jak wynika z relacji nauczycieli przedmiotowych, piątoklasistka ma poważne problemy z rozwiązywaniem zadań tekstowych z obszaru matematyki, rozumowaniem arytmetycznym, pamięciowym opanowaniem angielskich słówek, redagowaniem wypowiedzi ustnych i pisemnych, doбором odpowiednich słów i sformułowań, zachowaniem kompozycji tekstu. Analiza zeszytów szkolnych wypada niezadowolająco. Patrycja pisze bardzo niestarannie, niedbale, popełniając liczne błędy gramatyczne (np. *te zadan'e* 'to zadanie', ...*bo w torn'ister n'e m'eščę s'e...* 'bo w tornistrze nie mieszczą się..', *s'ež'uem* 'siedziałem' itp.), ortograficzne, interpunkcyjne, fonetyczne itp. Wypowiedziom dziewczynki towarzyszą zaburzenia poprawności gramatycznej wypowiedzi, jej chaotyczność oraz zaburzenia struktury fonologicznej wyrazu (choćby asymilacje²⁸ – *bžybobran'e* 'grzybobranie', przestawki – *lomokotyva* 'lokomotywa', redukcja grup spółgłoskowych – *obdyvano* 'obdarowywano', *xararystyka* „charakterystyka” itp.). Dziewczynka zdradza deficyty uwagi, które w sposób znaczący utrudniają jej samodzielne wykonywanie szkolnych zadań domowych. Obserwacja pedagoga i psychologa nie wyklucza wystąpienia u uczennicy specyficznych trudności edukacyjnych; dysortografii oraz dysgrafii.

Diagnoza pozytywna

Jak się wydaje, w opisywanym przypadku nie powinno dojść do uformowania się jąkania na podłożu gielkotu. Dziewczynka bowiem – pomimo świadomości zaburzenia – nie przejawia uczuć zażenowania, wstydu, frustracji, złości bądź lęku związanych ze sposobem mówienia. Niepłynności nie towarzyszy występowanie współruchów, napięcia mięśniowego czy utrata kontaktu wzrokowego. Swoje trudności w mówieniu określa mianem przejęczyń, które bardzo często dostrzega także u rówieśników w szkole. Istnieje zatem szereg wartości wpływających pozytywnie na prognozę w terapii gielkotu u Patrycji. Należy zwrócić szczególną uwagę przede wszystkim na wpływy środowiskowe (gotowość matki do zwolnienia tempa mówienia w interakcjach językowych z córką) oraz dobrze rokującą współpracę z pedagogiem i psychologiem szkolnym.

²⁸ Asymilacja, czyli upodobnienie, polega na zmniejszeniu różnicy między dwoma fonemami sąsiednimi (bezpośrednio lub pośrednio) przez rozszerzenie artykulacji jednego z nich na drugi (T. Milewski, *Językoznawstwo*, Warszawa 2005).

Program i przebieg terapii

Badana objęta została opieką logopedyczną w październiku 2005 roku. Zważywszy na etiologię i symptomatologię zaburzenia w analizowanym przypadku, istota procesu postępowania terapeutycznego została skupiona wokół następujących celów:

- 1) w odniesieniu do zaburzeń językowych:
 - ukształtowania płynności mówienia,
 - zwolnienia tempa mówienia,
 - opanowania budowania poprawnych tekstów,
 - usunięcia trudności w czytaniu i pisaniu;
- 2) w odniesieniu do objawów psychicznych:
 - zwiększenia kontroli zachowania,
 - zwiększenia koncentracji uwagi i poszerzenia jej zakresu.

W związku z powyższym, w programowaniu terapii jedenastoletniej uczennicy z gielkotem uwzględniono:

- a) metody kształtowania płynności mowy i zwalniania jej tempa (rytmizacja mówienia, mowa chóralna, metoda demonstracyjna przy użyciu dyktafonu – wypowiedzi dziewczynki nagrywano, następnie zaś demonstrowano czytanie wzorca poprawnego; w rezultacie pacjentka stopniowo zwalniała tempo mówienia),
- b) metody usprawniające różnicowanie słuchowe, analizę i syntezę słuchową,
- c) metody usuwania trudności w czytaniu i pisaniu (ćwiczenia usuwające trudności z liniową analizą tekstu – czytanie przez przesłone; równoczesne czytanie i pisanie tekstu),
- d) ćwiczenia budowania wypowiedzi narracyjnych,
- e) ćwiczenia leksykalne,
- f) ćwiczenia koncentracji uwagi (układanie puzzli, zabawy pamięciowe, czytanie wsteczne, różnego rodzaju gry i zabawy językowe, uczenie się na pamięć),
- g) trening kontroli zachowania.

Na podstawie zarysowanego programu terapeutycznego rozpoczęto intensywną terapię. Spotkania terapeutyczne miały charakter indywidualny; odbywały się w systemie cotygodniowym i trwały 60 minut. Uczennica regularnie i systematycznie brała udział w zajęciach. Początkowo skupienie uwagi na ćwiczeniach sprawiało jej duży problem. Z czasem trudności ustępowały. Na obecnym etapie Patrycja znacznie zwolniła tempo mówienia, stara się kontrolować własne wypowiedzi. Odsetek niepłynności znacząco się zmniejszył. Systematyczne ćwiczenia analizy i syntezy słuchowej przyniosły wymierne efekty w usprawnieniu czynności czytania i pisania. Niemniej jednak – pomimo względnie przyswojonego

nawyku płynnego mówienia – jedenastolatka wymaga dalszego kształtowania zdolności językowych w zakresie samodzielnego budowania poprawnych (zarówno pod względem gramatycznym, jak i semantycznym), spójnych tekstów. Patrycja pozostaje pod opieką psychologa i pedagoga szkolnego.

Gielkot – w przeciwieństwie do jąkania – jest zaburzeniem mało wyrazistym społecznie. Należy przypuszczać, że niezwykle rzadko diagnozowany przez logopedów, pozostaje wciąż w polu działania innych specjalistów²⁹. Innymi słowy, młodzież i osoby dorosłe z gielkotem – z uwagi na brak świadomości doświadczanych trudności – z reguły nie przejawiają zainteresowania uczestnictwem w terapii mowy. Jeśli już zdecydują się na pomoc specjalisty, trafiają najczęściej do psychoterapeutów (psychologów, psychiatrów). W przypadku dzieci sytuacja jest o tyle interesująca, że u tych w wieku przedszkolnym problemy z płynną mową i towarzyszące im ogólne trudności w budowie wypowiedzi uważa się za przejaw opóźnionego rozwoju mowy (ORM)³⁰; natomiast u dzieci nieco starszych, w wieku wczesnoszkolnym na plan pierwszy wysuwają się przede wszystkim zaburzenia uwagi i zachowania. Stąd u uczniów tych zwykle stwierdza się zespół zaburzeń uwagi i zachowania (ADHD)³¹.

Często gielkot jest mylony z jąkaniem. Niejednokrotnie u małych pacjentów, którzy ukończyli 5–7 rok życia, czyli wiek umownie uznawany za próg zaniku rozwojowej niepłynności mówienia (RNM), występującą niepłynność wypowiedzi nazbyt pochopnie – jak się wydaje – określa się mianem jąkania wczesnodziecięcego, w którym niepłynności zwykle to-

²⁹ Sądy takie pozostają wyłącznie w sferze hipotetycznej. Nie dysponujemy bowiem aktualnymi wynikami badań, które pozwoliłyby na weryfikację tego rodzaju przypuszczeń. Należy jednak nadmienić, iż w Polsce badania nad częstotliwością występowania gielkotu prowadziła w latach 70. XX w. lekarz A. Mitrinowicz (por. A. Mitrinowicz, *Familial auditory disability of cluttered children*, „Folia Phoniatria” 1970, 22, s. 58–62). W oparciu o uzyskane dane stwierdziła ona gielkot u 30 % małych pacjentów z Warszawskiego Oddziału Foniatrycznego. W grupie tej znalazło się dwukrotnie więcej chłopców niż dziewcząt.

³⁰ Opóźniony Rozwój Mowy (syn. *alalia prolongata*) to deficyt językowy i komunikacyjny, niebędący konsekwencją innych ograniczeń zdolności psychofizycznych dziecka, tj. uszkodzeń w obrębie centralnego układu nerwowego, defektów narządu zmysłu, nieprawidłowości w budowie i funkcjonowaniu aparatu artykulacyjnego, całościowych zaburzeń rozwojowych oraz znacznego ogólnego upośledzenia zdolności intelektualnych.

³¹ W literaturze psychologicznej i psychiatrycznej zespół ADHD omawiany jest w kontekście zaburzeń zachowania i emocji lub specyficznych zaburzeń rozwoju psychofizycznego. Badacze najczęściej zwracają uwagę na następujące aspekty: zaburzenie rozwoju samokontroli oraz zachowań społecznych; nadmierną pobudliwość układu nerwowego na ogół objawiającą się nadruchliwością, wzmożoną pobudliwością emocjonalną, impulsywnością, deficytem uwagi oraz specyficznymi zaburzeniami w sferze poznawczej.

warzyszy już spastyczność i stopniowo pojawia się świadomość zaburzenia. W związku z tym, niezwykle istotna jest należyte przeprowadzona, rozłożona w czasie, oparta na stałej weryfikacji danych klinicznych, testowych, eksperymentalnych pacjenta – diagnoza różnicowa zaburzeń płynności mówienia. Terapeuta przed przystąpieniem do właściwej procedury postępowania logopedycznego musi rozstrzygnąć, z jakim zaburzeniem ma do czynienia. Rozpoznanie logopedyczne ma istotne znaczenie diagnostyczne, gdyż gielkot i jąkanie wymagają odmiennego postępowania terapeutycznego. Należy dodać, iż z uwagi na specyfikę zaburzenia, jakim jest gielkot³² – prócz interwencji logopedy – pożądanym jest również oddziaływanie psychologa i pedagoga. Wyłącznie interdyscyplinarne podejście specjalistów połączone z czynnym zaangażowaniem rodziców i nauczycieli dziecka może przynieść wymierne efekty terapeutyczne.

BIBLIOGRAFIA

- Arnold B. E., 1970, *An attempt to explain the causes of cluttering with the LLMM theory*, „Folia Phoniatica”, 4–5, s. 247–260.
- Freund H., 1970, *Observations on tachylalia*, „Folia Phoniatica” 4–5, s. 280–287;
- Grabias S., 2000, *Mowa i jej zaburzenia*, „Logopedia” 28, s. 7–36.
- Grabias S., Kurkowski Z. M., Woźniak T., 2007, *Logopedyczny Test Przesiewowy dla Dzieci w Wiekach Szkolnym*, Lublin.
- Grabias S., 2008, *Postępowanie logopedyczne. Diagnoza, programowanie terapii, terapia*, „Logopedia” 37, s. 13–37.
- Jaworowska-Obłój Z., 1985, *Studium przypadku jako metoda diagnozy klinicznej*, [w:] *Materiały do nauczania psychologii*, red. L. Wołoszynow, t. IV, Warszawa.
- Kaczmarek L., 1981, *Program studiów logopedycznych*, Lublin.
- Kostecka W., 2006, *Gielkot. Studium przypadku*, Lublin.
- Kurkowski Z. M., 2003, *Próba Syllabowa do Oceny Niepłynności Mówienia*, Warszawa.
- Langova I., Moravek M., 1973, *Prispevek k experimentalizmu rozlise ni koktavosti a breptavosti*, „Československa Otolaryngologia” 22, s. 287–291.
- Langova I., Michek F., Svab L., 1983, *Rozsak frekvence zakladniho tonu v promluvoch koktavych a breptavych*, „Československa Otolaryngologia” 32, s. 256–270.
- Luchsinger R., 1963, *Poltern*, Berlin.
- Milewski T., 2005, *Językoznawstwo*, Warszawa.
- Mitrinowicz A., 1970, *Familial auditory disability of cluttered children*, „Folia Phoniatica” 22, s. 58–62.
- Raisova V., 1984, *Koktavost a breptavost z hlediska biochemických ukazateli*, „Československa Otolaryngologia” 33, s. 361–366.
- Riper C., 1970, *Cluttering and Stuttering. The Differential Diagnosis*, „Folia Phoniatica” 22, s. 347–353.

³² Gielkot to mowa manifestująca centralne zaburzenie mowy, które oddziałuje na wszystkie kanały komunikacji, tzn. czytanie, pisanie, rytm, muzykalność i zwykle zachowanie (za W. Kostecką, *Gielkot...*, s. 12).

- Seeman K., 1970, *Relations between motorics of speech and general motor ability in clutterers*, „Folia Phoniatria” 4–5, s. 376–380.
- Tarkowski Z., 1988, Smul M., *Gielkot*, Warszawa.
- Tarkowski Z., 2001, *Kwestionariusz Niepłynności Mówienia i Logofobii. Diagnoza i Terapia Jąkania*, Lublin.
- Weiss D. A., 1964, *Cluttering*, Englewood Cliffs, N. Y.
- Williams D. E., 1978, *Differential diagnosis of disorders of fluency*, [w:] *Diagnostic Methods in Speech Pathology*, ed. F. L. Darley, D. C. Spriestersbach, New York, London.
- Woźniak T., 1993, *Pojęcie jąkania a metodyka postępowania logopedycznego*, [w:] *Opuscula Logopaedica in honorem Leonis Kaczmarek*, Lublin, s. 313–316.
- Woźniak T., 2008, *Standard postępowania logopedycznego w przypadku gielkotu*, „Logopedia” 37, s. 227–234.
- Wülff H., 1984, *Diagnose von Sprache und Stimmstömngen*, München.