

EWA GACKA

Uniwersytet Łódzki, Wydział Filologiczny
Instytut Filologii Polskiej i Logopedii, Zakład Dialektologii Polskiej i Logopedii

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

Podejście interakcyjne rodzic – dziecko w terapii opóźnień rozwoju mowy

Parent – Child Interaction Approach in the Therapy of Delayed Speech Development

STRESZCZENIE

W artykule zaprezentowano podejście interakcyjne rodzic – dziecko w terapii opóźnień rozwoju mowy. Autorka zwraca uwagę na wieloznaczność terminu „opóźniony rozwój mowy”, przedstawiając własne stanowisko w tej kwestii. Dokonuje także przeglądu definicji interakcji w różnych dyscyplinach naukowych: psychologii, socjologii, logopedii. Przedstawia techniki stymulacji rozwoju językowego oparte na podejściu interakcyjnym, w którym nacisk kładzie się na komunikowanie z dzieckiem (a nie tylko mówienie do dziecka) i które w nowym świetle stawia zalecenie tzw. kąpieli słownej.

Słowa kluczowe: opóźniony rozwój mowy, stymulacja rozwoju, interakcja, techniki stymulacji języka, rola rodzica

SUMMARY

The article presents a parent – child interaction approach in the therapy of delayed speech development. The author draws attention to the ambiguity of the term “delayed development of speech”, presenting her own opinion in this matter. She also reviews the definition of “interaction” in various scientific disciplines like: psychology, sociology, speech therapy. She presents techniques of stimulating language development based on an interactive approach, in which she puts pressure on communicating with the child, (and not just talking to the child) and that in a new light makes the recommendation of the so-called “verbal bath” in order to surround the child with speech.

Key words: delayed speech development, stimulation of development, interaction, language stimulation techniques, the role of the parent

WPROWADZENIE

Tytuł artykułu nawiązuje do podejścia terapeutycznego stosowanego wobec małych, jękających się dzieci w brytyjskim centrum terapii jękania imienia Michaela Palina (Parent-Child-Interaction). W przywołanym programie terapeutycznym nacisk kładzie się na zmiany w sposobie komunikowania się dorosłych (rodziców, opiekunów) z jękającym się dzieckiem. W Polsce propagatorką tego podejścia w terapii dzieci z zaburzeniami płynności mówienia jest Katarzyna Węsierska (patrz: Węsierska 2013; 2010).

W prezentowanym tekście zostanie przedstawione podejście interakcyjne rodzic – dziecko w terapii opóźnień rozwoju mowy (ORM). W tym nastawieniu kluczowy jest sposób komunikowania się z dzieckiem – wysyłanie niewerbalnych i werbalnych sygnałów do dziecka oraz dostrzeganie, interpretowanie, wzmacnianie i odpowiadanie na jego pierwsze zachowania o charakterze interakcyjnym (zarówno niewerbalne, jak i werbalne).

W sprzyjających warunkach język wykształca się „samorzutnie, w sposób nieświadomy i bez nadmiernego wysiłku w pierwszych latach życia jednostki” (Grabias 2012, s. 28). W przypadkach opóźnień rozwoju mowy¹ dziecko potrzebuje pomocy, która polega na różnorodnych działaniach uruchamiających i usprawniających proces rozwoju komunikacji językowej. Ponieważ przyswajanie języka odbywa się w naturalnych warunkach życia, rodzice/opiekunowie powinni wiedzieć, jak budować relacje z dzieckiem, aby ten proces ułatwić. Doskonalenia wymaga styl interakcji osób dorosłych z dzieckiem, bo – poza czynnikami biopsychicznymi – od jej jakości zależy tempo i jakość rozwoju mowy. O roli rodziców tak pisze Paul C. Holinger: „Twoje dziecko nabywa umiejętności komunikacji, uczy się wyrażać myśli i uczucia, radzić sobie z napięciem i niezadowolaniem, ma poczucie bezpieczeństwa lub odczuwa lęk przede wszystkim za pomocą twojego zachowania i sposobu postrzegania świata” (2006, s. 24). Znaczenie interakcji w rozwoju językowym dzieci potwierdzają wyniki badań podłużnych, prowadzonych wśród 136 rumuńskich dzieci przebywających w placówkach opiekuńczych, z których część została umieszczona w rodzinach zastępczych. Naukowcy wykazali, że poziom językowy (mierzony w wieku 30 miesięcy, 42 miesiące i 8 lat) dzieci wychowywanych w rodzinach zastępczych przewyższał umiejętności językowe tych, które pozostały w placówce (wyjściowy poziom rozwoju mowy w obu grupach był porównywalny). Odnotowano różnice w zakresie słownictwa, gramatyki, długości i złożoności wypowiedzi (Nelson i in. 2014). Trzeba pamiętać o istnieniu swoistej korelacji – dziecko przyswaja język poprzez interakcje z najbliż-

¹ Zgodnie z definicją S. Grabiasa mowa to „zeszół czynności, jakie przy udziale **języka** (po-grubienie – E.G.) wykonuje człowiek, poznając świat i przekazując jego interpretację innym uczestnikom życia społecznego” (2012, s. 15).

szym otoczeniem (rodzicami, opiekunami)², a zdobyte w ten sposób językowe umiejętności komunikacyjne pozwalają mu na pełne uczestnictwo w życiu społecznym (interakcje z pozostałymi członkami grupy społecznej).

OPÓŹNIONY ROZWÓJ MOWY – WIELOZNACZNOŚĆ POJĘCIA

Opóźniony rozwój mowy (ORM) to pojęcie niejednoznaczne, różnie definiowane, będące przedmiotem sporów. W niniejszych rozważaniach terminy: „opóźniony rozwój mowy”, „opóźnienie rozwoju mowy”, „opóźnienie w rozwoju mowy” będą traktowane synonimicznie³. Trzeba zaznaczyć, że w piśmiennictwie specjalistycznym znaleźć można też stwierdzenie, że „opóźniony rozwój mowy sugeruje, iż mamy do czynienia z rozpoznany deficytem (nazwą zaburzenia), natomiast drugi termin [opóźnienie rozwoju mowy – dopisek E.G.] wskazuje, że proces nabywania kompetencji i sprawności językowych przebiega nieprawidłowo, co manifestuje się wolniejszym niż u rówieśników tempem rozwoju mowy danego dziecka” (Jastrzębowska 2003, s. 14). Postrzeganie opóźnionego rozwoju mowy jako konkretnego zaburzenia budzi wątpliwości autorki artykułu, a także innych badaczy. W najbardziej popularnych w Polsce typologiach zaburzeń komunikacji językowej Leona Kaczmarka (1988), Ireny Styczek (1981) czy Stanisława Grabiasa (2012) nie wyodrębniono opóźnionego rozwoju mowy jako określonej jednostki nozologicznej.

W niniejszych rozważaniach przyjmuje się, że ORM to kształtowanie się mowy niezgodnie z normą rozwoju językowego⁴, którą pośrednio można określić w odniesieniu do etapów kształtowania się mowy dziecka (jednocześnie biorąc pod uwagę istnienie różnic indywidualnych w rozwoju mowy poszczególnych dzieci). W polskiej literaturze przedmiotu funkcjonują różne periodyzacje rozwoju mowy dziecka, między innymi Józefa Porayskiego-Pomsty (2015), Idy Kurcz (2000) czy najbardziej popularny podział według Leona Kaczmarka (1988). Poszczególne etapy rozwoju komunikacji językowej precyzują te umiejętności w zakresie mowy, którymi powinno charakteryzować się dziecko będące w danym wieku.

² Małe dzieci wychowywane w instytucjach opiekuńczych siłą rzeczy mają mniejsze możliwości wchodzenia w częste oraz wysokiej jakości interakcje z dorosłymi.

³ Podobne stanowisko prezentuje T. Zaleski. Pierwsze wydanie jego książki z 1992 roku jest zatytułowane *Opóźniony rozwój mowy*, drugie z 2002 roku nosi tytuł *Opóźnienia w rozwoju mowy*. Zamiennie terminów „opóźniony rozwój mowy” oraz „opóźnienie rozwoju mowy” używa też E. Dilling-Ostrowska (1990).

⁴ Samo pojęcie „norma” także jest wieloznaczne, gdyż można mówić o normie w sensie: statystycznym (czyli o wartości przeciętnej, uśrednionej), klinicznym (w znaczeniu braku cech patologicznych), teoretycznym (czyli o zespole cech pożądanых) (Bogdanowicz 1985).

W artykule uznaje się, że opóźniony rozwój mowy to objaw zaburzeń rozwoju mowy o określonej etiologii lub tylko prawdopodobnej, przypuszczalnej przyczynie. Część badaczy różnicuje zaburzenia i zakłócenia rozwoju mowy. Zakłócenia są uznawane za odmianę rozwoju, wynikającą z różnic indywidualnych pomiędzy rówieśnikami, mają charakter stosunkowo krótkotrwały (w tych przypadkach mowa rozwija się na prawidłowym podłożu). Zaburzenia są spowodowane jakimś – nieraz trudnym do stwierdzenia – czynnikiem patogennym (mowa rozwija się na patologicznym podłożu), w związku z czym nieprawidłowości utrzymują się długo (Jastrzębowska 2003). Autorka prezentowanego artykułu nie czyni takiego rozróżnienia. Przyjmuje, zgodnie z definicją zawartą w *Słowniku języka polskiego*, że zaburzenia to „zakłócenia [sic! – dopisek E.G.], nieprawidłowości w działaniu, funkcjonowaniu czegoś; stan odbiegający od normy, zwłaszcza w czynnościach fizjologicznych organizmu” (t. III, 1988, s. 889). Jednocześnie zakłada, że zaburzenia mogą mieć mniej lub bardziej trwałe charakter. Trzeba wyraźnie podkreślić, że w momencie diagnozowania problemów językowych, w przypadku ich niejasnej etiologii, kiedy deficyt językowy jest głównym problemem dziecka, przy braku innych zaburzeń nie jesteśmy w stanie stwierdzić jednoznacznie, czy mamy do czynienia z nieprawidłowościami o charakterze przewlekłym, czy przejściowym, względnie krótkotrwałym, które są przez niektórych autorów nazywane – jak już wspomniano wcześniej – zakłóceniami.

Amerykańskie badaczki Shari Brand Robertson oraz Susan Ellis Weismer wyróżniają trzy grupy dzieci z opóźnieniem w rozwoju mowy. Pierwsza to dzieci nazwane *late bloomers*, czyli „późno rozkwitające”, u których deficyt dotyczy wyłącznie mówienia (ekspresji), przy zachowanym rozumieniu, i które w stosunkowo niedługim czasie wyrównują opóźnienie, a poziom rozwoju ich języka jest analogiczny z rówieśnikami. U dzieci z tej grupy nie stwierdza się innych nieprawidłowości rozwojowych. Druga grupa to dzieci z opóźnieniem rozwoju mowy towarzyszącym różnym deficytom rozwojowym, np. głuchocie, niepełnosprawności intelektualnej. Trzecią grupę stanowią tzw. *late talkers*, czyli „późni mówcy” (inaczej dzieci z SLI), a więc tacy, u których także nie stwierdza się innych (poza językiem) deficytów, dzieci te jednak w dłuższej perspektywie wykazują utrzymujące się nieprawidłowości w różnych podsystemach języka w zakresie mówienia i/lub rozumienia (Robertson, Weismer 1999). Rozróżnienie tych trzech grup dzieci z opóźnionym rozwojem mowy obecne jest też w publikacjach Grażyny Jastrzębowskiej (2017; 2003).

Nawiązując do prezentowanego podziału i uwzględniając terminologię obecną w polskiej logopedii, wyróżnić można trzy typy opóźnień rozwoju mowy:

- niesamoistny opóźniony rozwój mowy (NORM)⁵,
- samoistny opóźniony rozwój mowy (SORM), który można utożsamić z prostym opóźnionym rozwojem mowy (PORM)⁶,
- opóźniony rozwój mowy, związany z SLI⁷ (specyficznymi zaburzeniami rozwoju języka).

Niesamoistny opóźniony rozwój mowy jest spowodowany określoną przyczyną, związany jest z innymi zaburzeniami rozwoju, np. mózgowym porażeniem dziecięcym, opóźnieniem rozwoju umysłowego/niepełnosprawnością intelektualną, głuchotą/niedosłyszeniem, całościowymi zaburzeniami rozwoju, rozszczepem wargi i/lub podniebienia (por.: Jastrzębowska 2003; Tarkowski 2017).

W przypadku SORM oraz ORM związanego z SLI współczesna nauka nie udziela jednoznacznej odpowiedzi na pytanie o ich etiologię, badacze wspominają tylko o czynnikach prawdopodobnych, przypuszczalnych. Za przyczynę samoistnego opóźnionego rozwoju mowy/prostego opóźnionego rozwoju mowy uznaje się późniejszą mielinizację włókien nerwowych odpowiadających za pracę mięśni artykulacyjnych (Zaleski 2002), opóźnienie w dojrzewaniu struktur nerwowych, które odpowiadają za procesy nadawczo-odbiorcze (Jastrzębowska 2003), opóźnienie dojrzewania korowych obszarów mowy (Pilarska 2014). W samoistnym opóźnionym rozwoju mowy nieprawidłowości dotyczą mówienia (ekspresji) przy zachowanej umiejętności rozumienia.

Także w przypadku ORM związanego z SLI brak jest uchwytne go czynnika etiopatogenetycznego. U dzieci nie stwierdza się zaburzeń słuchu, zaburzeń napadowych, mpd, uszkodzeń mózgu, nieprawidłowości w nawiązywaniu dwustronnych interakcji społecznych. Ich rozwój intelektualny (w skali bezsłownej) mieści się w granicach normy. Za najbardziej prawdopodobną przyczynę tego opóźnienia uznaje się kompilację czynników biologicznych (w tym bliżej niezidentyfikowanego czynnika genetycznego) i środowiskowych (Leonard 2006). W opóźnionym rozwoju mowy związanym z SLI nieprawidłowości manifestują

⁵ Określeniami NORM i SORM posługują się między innymi: Z. Tarkowski (2017, 1994) czy G. Jastrzębowska (2017, 2003).

⁶ Terminu prosty opóźniony rozwój mowy (PORM) używają różni autorzy, np. H. Mierzejewska i D. Emiluta-Rozya, podkreślając, że w przypadkach PORM „zdolność posługiwania się językiem rozwija się według normalnych prawidłowości, tyle że wszystkie procesy przebiegają z opóźnieniem kilkuletnim w stosunku do normy” (2000, s. 47). Terminem tym posługuje się też E. Pilarska (2014), która zaznacza, że ten typ opóźnienia dotyczy nadawania, przy zachowanym rozumieniu, a dziecko około 5.–6. roku życia dogania typowo rozwijających się rówieśników. Tomasz Zaleski używa określenia „zespół opóźnienia mowy czynnej”, który „jest nazywany również prostym opóźnieniem rozwoju mowy” (1993, s. 187). Termin „prosty opóźniony rozwój mowy” pojawia się także w pracach A. Pruszevicza (1992) oraz E. Dilling-Ostrowskiej (1990).

⁷ Określenie SLI pojawia się w publikacjach polskich badaczy, takich jak G. Jastrzębowska (2017, 2003), E. Czaplewska (2012), G. Krasowicz-Kupis (2012), M. Smoczyńska (2012), Z. Tarkowski (2017).

się w mówieniu i/lub rozumieniu, dotyczą wszystkich podsystemów języka. Tym, co różnicuje SORM oraz ORM związany z SLI, jest także łatwość ustępowania objawów. Samoistny opóźniony rozwój mowy ma charakter przejściowy, krótkotrwały, dzieci relatywnie szybko wyrównują opóźnienie. W opóźnionym rozwoju mowy towarzyszącym SLI objawy mają charakter przewlekły, pomimo prowadzonej terapii utrzymują się uporczywie, często są obecne (w złagodzonej formie) jeszcze w okresie dojrzewania, a nawet w dorosłym życiu, na co zwraca uwagę Laurence Leonard (2006). Na różnicę w tempie ustępowania niepokojących symptomów u dzieci z opóźnionym rozwojem mowy, występującym bez ewidentnej przyczyny, wskazuje też Magdalena Smoczyńska, podkreślając, że te późno zakwitające (*late bloomers*) stosunkowo szybko nadrabiają opóźnienie (można je nazwać dziećmi z SORM/PORM – dopisek E.G.), zaś u dzieci z SLI nieprawidłowości w zakresie nabywania języka utrzymują się w długiej perspektywie (2012). O braku jednoznaczności w rozumieniu omawianych terminów świadczy stanowisko Zbigniewa Tarkowskiego (nie do końca jasne dla autorki prezentowanego artykułu), dla którego „PORM [czyli proste, samoistne opóźnienie rozwoju mowy – dopisek E.G.] i SLI to terminy równoznaczne i mogą być stosowane zamiennie” (2017, s. 215).

ZNACZENIE TERMINU „INTERAKCJA” W RÓŻNYCH DYSCYPLINACH NAUKOWYCH

Termin „interakcja” jest obecny w refleksji naukowej różnych dyscyplin: socjologii, psychologii, farmakologii, fizyce, chemii, a także logopedii. W *Słowniku języka polskiego* jest definiowany jako „wzajemne oddziaływanie na siebie osób, przedmiotów, zjawisk; zetknięcie się ze sobą dwóch lub więcej jakichś akcji, działań, dążeń” (t. I, 1988, s.798).

Psycholodzy społeczni podkreślają, że człowiek, znajdując się w sytuacjach społecznych, kiedy spotyka się z innymi ludźmi, niemal zawsze wchodzi z nimi w interakcje o różnym stopniu intensywności, złożoności i o różnym czasie ich trwania (Mika 1982). Definiują interakcję jako „swoistego rodzaju wymianę bodźców i reakcji pomiędzy partnerami interakcji, z tym że zachowanie jednego uczestnika miałoby być zbiorem bodźców dla pozostałych uczestników i odwrotnie” (Mika 1982, s. 281).

We współczesnej socjologii interakcję postrzega się dwojako:

- bądź jako „wzajemne oddziaływania racjonalnych podmiotów, które dążą do realizacji własnych interesów, czyli do osiągnięcia jak największych zysków przy jak najmniejszych kosztach” (Szacka 2008, s. 127–128); w tym rozumieniu interakcja jest wymianą (przekazywaniem wszelkiego rodzaju dóbr pomiędzy osobami, które jest korzystne dla obu stron) albo grą podej-

mowaną w tych przypadkach, gdy zaspokojenie potrzeb jednostki zależy nie tylko od jej sposobu postępowania, ale także od drugiej strony;

– bądź jako komunikację symboliczną.

Twórcą interakcjonizmu symbolicznego jest Georg Herbert Mead. Zgodnie z tą koncepcją tylko człowiek posiada umiejętność tworzenia symboli i posługiwania się nimi w przekazywaniu informacji, wyrażaniu poglądów, wpływowaniu na inne osoby. Ludzie wykorzystują zachowania o charakterze symbolicznym (język, ton głosu, mimikę, pozycję ciała, strój czy, szerzej, wygląd) do komunikowania się (Szacka 2008).

Do takiego rozumienia interakcji nawiązuje Stanisław Grabias. W logopedii interakcję definiuje się jako „układ dwu przylegających do siebie procesów: procesu nadawania znaczeń zachowaniom ludzkim oraz procesu dostosowywania własnych zachowań do zachowań członków danej grupy społecznej” (Grabias 2005, s. 19). Nadawanie znaczeń własnym zachowaniom, ale też zachowaniom innych dokonuje się poprzez język, którego rolą jest interpretowanie świata i organizowanie przekazu (Grabias 2005). Jak zaznacza Mirosław Michalik, zarówno mowę, jak i jej zaburzenia można postrzegać jako problem interakcyjny, zaś sama logopedia jako nauka heterogeniczna „swe istnienie zawdzięcza interakcji” (2013, s. 15), rozumianej w kategoriach wywierania wpływu, transdyscyplinarnego oddziaływania. W diagnozie zaburzeń mowy⁸ nie wystarczy koncentrować się wyłącznie na kompetencji i sprawności językowej, równie istotny jest stan „rozwoju kompetencji i sprawności interakcyjnych, leżących przecież u podłoża językowego i komunikacyjnego rozwoju dziecka” (Panasiuk 2013, s. 83). Odnosi się to także do procesu terapeutycznego, w tym do terapii opóźnień w rozwoju mowy, w której skupiamy się na kształtowaniu umiejętności językowych oraz komunikacyjnych, interakcyjnych.

ODDZIAŁYWANIA TERAPEUTYCZNE W OPÓŹNIENIACH ROZWOJU MOWY

W każdym przypadku wystąpienia opóźnienia w rozwoju komunikacji językowej (bez względu na jego przyczynę) konieczna jest terapia logopedyczna. Wątpliwości budzi pojawiające się w literaturze przedmiotu stanowisko, zgodnie z którym w przypadku przejściowych zaburzeń rozwoju mowy (można je utożsamiać z SORM) interwencja jest zbędna, gdyż ustąpią samoistnie, a nadawanie pacjentowi etykiety „opóźnionej językowo” może powodować negatywne skutki

⁸Także diagnoza ORM (ustalenie jego charakteru) obejmuje nie tylko ocenę ilości i jakości zachowań językowych, ale poprzedzających je zachowań przedjęzykowych o charakterze właściwie interakcyjnym. Pisząca te słowa za wskaźniki/symptomy opóźnień w rozwoju mowy uważa także brak: kontaktu wzrokowego, wspólnego pola uwagi, gestu wskazywania palcem, uśmiechu społecznego (por.: Błaszczyk, Gacka 2015).

dla dziecka, zaburzając jego relację z rodzicami czy funkcjonowanie w przedszkolu” (Smoczyńska 2012, s. 14). Jeszcze raz należy podkreślić, że ze względu na podobieństwo SORM i ORM, związanego z SLI, ich zróżnicowanie na początku procesu diagnozowania jest praktycznie niemożliwe, dlatego pozostawienie dziecka i rodziny bez specjalistycznej pomocy byłoby błędem, a jej udzielenie nie jest naznaczeniem dziecka, tylko szansą na prawidłowy rozwój, wpisującą się w założenia profilaktyki logopedycznej. Wyniki badań nad wpływem wczesnej interwencji logopedycznej skierowanej na dzieci z opóźnionym rozwojem mowy (u których nie znaleziono przyczyny opóźnienia) potwierdziły jej korzystny wpływ na rozwój umiejętności językowych i komunikacyjnych pacjentów, a także wykazały – co równie ważne – obniżenie poziomu stresu u rodziców (Robertson, Weismer 1999).

Terapia ORM (we wszystkich typach opóźnień) powinna być ukierunkowana na dziecko oraz jego rodzinę i odbywać się we współpracy z innymi specjalistami, uczestniczącymi w opiece nad pacjentem. Jej celem jest stymulacja rozwoju językowego i umiejętności komunikacyjnych oraz usprawnianie (jeżeli istnieje taka konieczność) czynności prymarnych względem mowy. Na czynności prymarne składają się: odruchy ustno-twarzowe, funkcja oddechowa oraz pokarmowa (umiejętność i sposób przyjmowania pokarmów). Terapia powinna obejmować także trening słuchowy, rozwijanie umiejętności nawiązywania i utrzymywania kontaktu wzrokowego, budowanie wspólnego pola uwagi, kształtowanie umiejętności posługiwania się gestem wskazywania palcem. Oddziaływania muszą być dostosowane do potrzeb i możliwości dziecka, uwzględniać jego specyficzne problemy związane np. z niedosłuchem czy opóźnieniem rozwoju psychoruchowego. Wspólnym elementem w terapii dzieci z różnego rodzaju opóźnieniami w rozwoju mowy jest stymulowanie rozwoju językowego i umiejętności komunikacyjnych, interakcyjnych, co nie może odbyć się bez udziału rodziców. We współczesnych koncepcjach wczesnego wspomaganie rozwoju podkreśla się ogromną rolę „upełnomocnienia” rodziców, czyli ich wzmocnienia, upodmiotowienia, wyposażenia w kompetencje, które pomogą w wychowaniu dziecka (por.: Twardowski 2014, s. 17). Rodzice, jako bardzo istotne ogniwo procesu terapeutycznego (najlepiej znający swoje dziecko, spędzający z nim najwięcej czasu), oczekują od logopedy:

- rzetelnych informacji na temat problemów dziecka (czyli odpowiedzi na pytania: co jest mojemu dziecku? dlaczego tak jest? co jest tego przyczyną? kiedy ten stan ulegnie poprawie?); ważne, aby podczas przekazywania diagnozy skupić się nie tylko na negatywach, ale także wskazać mocne strony dziecka;
- wsparcia psychicznego (często przeżywają bardzo silne, niekorzystne emocje związane z wychowywaniem dziecka „odbiegającego od normy”,

- „innego”, martwią się o jego przyszłość; w związku z tym ważna jest racjonalizacja odczuwanych przez nich lęków, niepokojów);
- konkretnych wskazówek terapeutycznych (co i jak mogę zrobić dla mojego dziecka? jak pomóc w stymulacji rozwoju językowego i umiejętności komunikacyjnych? jak usprawnić czynności prymarne?).

Na marginesie należy zaznaczyć, że niestety, jak wynika z badań przeprowadzonych przez autorkę artykułu, spośród 247 rodziców oceniających jakość opieki logopedycznej (w tym rodziców dzieci z ORM o różnej przyczynie) 41% respondentów (n = 101) nie uzyskało od logopedy prowadzącego pełnych i wyczerpujących informacji na temat diagnozy i terapii logopedycznej dziecka. Potrzebę współuczestnictwa rodziców w procesie terapeutycznym wyjaśniono tylko 76 osobom, co stanowi zaledwie 36% badanych (Gacka 2016).

Przez stymulację rozwoju należy rozumieć stwarzanie warunków do ujawnienia się potencjału rozwojowego dziecka (Kielar-Turska 1992), a więc *per analogiam* stymulacja rozwoju językowego to tworzenie warunków do ujawnienia się możliwości rozwojowych dziecka w zakresie języka. Dorota Podgórska-Jachnik posługuje się określeniem „wspomaganie rozwoju mowy” „jako tworzenie warunków do jej rozwoju i towarzyszenie dziecku w tym rozwoju”, na które może się składać stymulujące komunikacyjnie środowisko, wykorzystujące także komunikację niewerbalną czy pobudzanie poznawcze (Podgórska-Jachnik 2016, s. 461). Stymulacja uruchamia proces rozwoju języka, reguluje tempo zmian rozwojowych i daje dziecku możliwość nabywania wprawy w posługiwaniu się językiem, w komunikowaniu się. Stymulacja rozwoju językowego odbywa się przede wszystkim w naturalnych warunkach życia dziecka, dlatego rodzice powinni wiedzieć, w jaki sposób to czynić, na co zwracać uwagę, jak go pobudzać.

STYMULACJA ROZWOJU JĘZYKOWEGO OPARTA NA PODEJŚCIU INTERAKCYJNYM

Nie tylko termin „opóźniony rozwój mowy” jest różnie rozumiany. Także w postępowaniu terapeutycznym spotkać można różne nastawienia i różne metody – biorąc pod uwagę podmioty oddziaływać (odbiorców), można je podzielić na: pośrednie (instruktażowe) i bezpośrednie. Metody pośrednie są skierowane do rodziców, ich celem jest wyposażenie dorosłych w wiedzę i umiejętności potrzebne do bardziej świadomego stymulowania rozwoju językowego oraz umiejętności komunikacyjnych własnego dziecka. Stosowanie metod pośrednich umacnia zaangażowanie rodziców, buduje ich poczucie skuteczności, kształtuje umiejętność korzystania z dostępnych zasobów (por.: Twardowski 2014). W pracy z zastosowaniem podejścia pośredniego rodzice pełnią rolę swoistego rodzaju terapeutów, i to takich, których nie sposób zastąpić. Terapia prowadzona przez rodziców może odbywać się codziennie, w różnych porach dnia, w dowolnych

odstępach czasowych (w przeciwieństwie do pomocy udzielanej bezpośrednio przez specjalistę). Taka stymulacja odbywa się w bezpiecznym, znanym dziecku środowisku, a rodzic ma dostęp do wielu „pomocy terapeutycznych”, którymi mogą być np. przedmioty codziennego użytku. Wyniki badań dotyczące zastosowania podejścia instruktazowego w terapii małych dzieci z opóźnieniami rozwoju mowy potwierdzają jego efektywność. Zwiększenie kompetencji rodzicielskich, poprzez stosowanie w sposób świadomy strategii wsparcia językowego i komunikacyjnego, przekłada się bowiem na wzrost umiejętności językowych u dzieci (Roberts, Kaiser i in. 2014).

Metody bezpośrednio to te, które są nakierowane na małego pacjenta. Celem spotkań terapeutycznych z dzieckiem (podczas których nieodzowna jest obecność rodziców) jest pobudzanie rozwoju komunikacji językowej przez specjalistę. Rodzice mają sposobność praktycznego zapoznania się z technikami stymulacji umiejętności komunikacyjnych, stosowanymi w warunkach gabinetowych, po to, aby te strategie stosować w codziennych sytuacjach życiowych. W praktyce obie metody – pośrednie i bezpośrednie – często stosuje się równolegle, choć w różnym wymiarze.

W stymulacji rozwoju językowego kluczowe jest nastawienie interakcyjne oparte na zasadzie: komunikujemy się z dzieckiem, a nie tylko mówimy do dziecka. Ta zasada w nowym świetle stawia zalecenie stosowania tzw. kąpieli słownej. Nie wystarczy kontakt z językiem, otaczanie mową, konieczna jest interakcja, której istotą jest dwustronność relacji. Badania potwierdzają, że swoisty dialog z dzieckiem (od momentu narodzin) jest silnym predyktorem jego późniejszych umiejętności językowych, a także poznawczych, znacznie bardziej istotnym od liczby słów wypowiedzianych do dziecka (Gilkerson, Richards i in. 2018). Eksperyment amerykańskich naukowców, z wykorzystaniem oprogramowania LENA – służącego do pomiaru częstotliwości dialogów rodziców ze swoimi typowo rozwijającymi się dziećmi – wykazał, że liczba zarejestrowanych rozmów jest znacznie niższa od tej deklarowanej, czyli dorosłym wydaje się, że częściej rozmawiają z dziećmi, niż tak jest w istocie (Richards, Gilkerson i in. 2017). Rozbieżność pomiędzy przeświadczeniem a stanem faktycznym może dotyczyć także rodziców dzieci z trudnościami w nabywaniu języka. Dodatkowo, jak wynika z praktyki zawodowej autorki artykułu, część dorosłych jest przekonana o bezcelowości prowadzenia dialogu z dzieckiem, które „przecież nie mówi”. Promowanie konwersacji jako sposobu stymulacji rozwoju językowego jest zatem szczególnie znaczące. Zadaniem specjalisty jest wspieranie rodzica w umiejętności budowania i doskonalenia jakości interakcji z własnym dzieckiem w procesie nabywania umiejętności językowych i komunikacyjnych.

Wśród technik wykorzystywanych w terapii ORM (zazwyczaj stosuje się je wszystkie w pracy z dzieckiem) wymienić można:

- 1) interpretowanie pozawerbalnych zachowań dziecka i nadawanie im werbalnego znaczenia,
 - 2) naśladowanie,
 - 3) modelowanie,
 - 4) stymulację skoncentrowaną,
 - 5) przekształcanie i rozwijanie wypowiedzi⁹.
- Ad 1. Natura wyposażała dziecko „w zauważalne fizjologiczne i poznawcze zdolności negocjowania znaczenia i społecznego obcowania ze swoimi opiekunami” (Johnson 2015, s. 56). Przychodzi ono na świat z wrodzoną umiejętnością do wyrażania uczuć i emocji za pomocą pozawerbalnych sygnałów (mimika, ruch ciała, spojrzenie, gesty, wokalizacje). One są najwcześniejszymi formami relacji pomiędzy z jednej strony dzieckiem, z drugiej strony osobą dorosłą, czyli pomiędzy „Ja” a „Ty”. Jak podkreśla Colwyn Trevarthen, „matka [rodzic/opiekun – dopisek E.G.], jeżeli jest wrażliwa i uważna, reaguje w komplementarny sposób na zachowanie dziecka” (1993, s. 131). W ten sposób kształtują się pierwsze interakcje. Zadaniem rodziców jest zwracanie uwagi na niewerbalne sygnały wysyłane przez dziecko i nadawanie im werbalnego (słownego) znaczenia. Ignorowane czy niewzmacniane słabną, a tym samym zmniejsza się szansa na prawidłowy rozwój umiejętności językowego przekazywania własnych intencji oraz odbierania intencji innych. Tylko podejście interakcyjne pozwala na kształtowanie się zdolności komunikacyjnych. Większość rodziców postępuje intuicyjnie. W przypadkach wystąpienia trudności z nabywaniem języka trzeba przykładać szczególne znaczenie do sposobu budowania relacji, być wyczulonym, wyjątkowo uważnym na wszelkie znaki wysyłane przez dziecko.
- Ad 2. Naśladowanie to druga z technik stosowanych w terapii ORM. Polega na prezentacji wzorca werbalnego adekwatnie do konkretnego przedmiotu, osoby, obrazka, sytuacji itd. oraz na zachęceniu do jego odtworzenia (naśladowania). Początkowo mogą to być onomatopeje typu „hau-hau”, „koko”, „pa-pa”, w następnej kolejności nazwy osób, zwierząt, przedmiotów bliskich dziecku, np. zabawek, nazwy czynności, cech przedmiotów czy cech czynności. Także w tej technice bardzo istotna jest reakcja dorosłego na zachowanie dziecka (oczekujemy przecież użycia przez nie konkretnego

⁹ Wśród technik stymulujących rozwój języka u dzieci z SLI, znajdujących zastosowanie we wszystkich typach opóźnień rozwoju mowy, wymienia się: naśladowanie, modelowanie, stymulację skoncentrowaną, a także przekształcanie wypowiedzi dziecka (Ebbels 2008 za: Krasowicz-Kupis 2012). L.B. Leonard w odniesieniu do wymienionych technik posługuje się określeniem „metoda”, zastępując „stymulację skoncentrowaną” nazwą „stymulacja zogniskowana”, wyszczególniając dodatkowo „uczenie w środowisku” (2006). Przez uczenie w środowisku rozumie stymulację rozwoju językowego, która odbywa się w naturalnych warunkach życia dziecka.

słowa, konkretnej wypowiedzi), np. komentarze: „Tak, świetnie”, „Spróbuj jeszcze raz” albo „Dasz radę”, poparte uśmiechem, motywującym gestem. Okazją do kształtowania umiejętności naśladowania mogą być codzienne sytuacje życiowe, a także te specjalnie aranżowane przez dorosłych¹⁰, aktywizujące dziecko do użycia języka. Ważne, aby aprobować każdą próbę powtórzenia komunikatu, nawet tę odbiegającą „brzmieniowo” od zaprezentowanego wzorca. Zależy nam przecież na tym, aby dziecko zaczęło posługiwać się językiem w celu komunikowania się, nawet przy użyciu niedoskonałych jeszcze form.

- Ad 3. W technice modelowania nie wymaga się od dziecka reakcji słownej, bazuje się na jego percepcji słuchowej, koncentracji na komunikatach wypowiedzianych przez dorosłych. Rodzice (terapeuta) dostarczają próbek wypowiedzi, komentują sytuacje, w których dziecko uczestniczy, których jest świadkiem. Dodatkowo specjalnie sterują uwagą dziecka za pomocą komentarzy i wskazówek: „Posłuchaj, jak to mówię”. W modelowaniu wykorzystuje się tzw. paralelne mówienie, czyli dorosły prezentuje wzorce wypowiedzi, którymi prawdopodobnie posłużyłoby się dziecko w danej sytuacji, gdyby nie miało trudności z budowaniem komunikatów językowych. Dziecko ma możliwość osłuchania się z przykładami, a w przyszłości zastosowania (w podobnych okolicznościach) samodzielnej wypowiedzi, tak jak czynił to „model”. Prezentowane wzorce werbalne powinny być odpowiednie do tego, jak dziecko zachowuje się w danej chwili, co robi, na co patrzy, czym się interesuje, jakie towarzyszą mu emocje.
- Ad 4. Stymulacja skoncentrowana w swej istocie bardzo podobna jest do modelowania (koncentracja na percepcji słuchowej, dostarczanie wzorców wypowiedzi). Także tutaj nie jest wymagana reakcja językowa dziecka. W odróżnieniu od modelowania w tej technice nie ma kierowania uwagą słuchową pacjenta, nie stosuje się specjalnych komunikatów mających zwrócić uwagę na wypowiedziane przez dorosłego wzorce językowe.
- Ad 5. Technika przekształceń polega na modyfikowaniu niedoskonałych wypowiedzi dziecka poprzez prezentację prawidłowego ich wzorca, a także na rozwijaniu (wzbogacaniu) językowych komunikatów przez nie tworzonych (np. w reakcji na pierwsze, proste wypowiedzi dziecka – onomatopeje, pojedyncze wyrazy – dorosły tworzy ich bardziej rozbudowane wersje). Modyfikowanie oraz rozwijanie spontanicznie tworzonych przez

¹⁰ Przykład: ulubioną zabawkę dziecka kładziemy w miejscu widocznym, ale niedostępnym dla niego. Jeżeli dziecko zasygnalizuje pozawerbalnie, że chce zabawkę (wyciągając rękę w jej kierunku), odczytujemy jego intencję komunikacyjną, formułując pytanie: „Chcesz zabawkę? Dobrze, zaraz dostaniesz”. „Jeśli chcemy coś dostać, mówimy – daj”, motywujemy dziecko do powtórzenia usłyszanego słowa. Postępujemy w ten sposób w każdej podobnej sytuacji, aż do chwili, gdy dziecko spontanicznie użyje słowa zamiast gestu.

dziecko wypowiedzi może odbywać się w naturalnych sytuacjach życiowych lub tych specjalnie organizowanych przez rodziców/terapeutę, np. w trakcie zabawy inicjowanej przez dorosłych.

Podsumowując, w terapii dzieci z ORM bardzo ważną rolę pełnią rodzice, ponieważ stymulacja rozwoju językowego odbywa się nie w warunkach gabinetowych (albo nie przede wszystkim), ale w naturalnych sytuacjach życiowych. Rodzice najlepiej znają zwyczaje swojego dziecka, jego ulubione rodzaje aktywności, preferowane formy zabawy i, co istotne, towarzyszą mu przez większą część dnia.

Trzeba pamiętać, że jakość interakcji dorosłych z dzieckiem wpływa na kształtowanie się jego sprawności językowej i komunikacyjnej. Podejście interakcyjne jest konieczne we wszystkich typach opóźnień rozwoju mowy, także w SORM (zasadność interwencji terapeutycznej w przypadku samoistnego opóźnienia rozwoju mowy wyjaśniono we wcześniejszej części artykułu), oraz w stymulacji typowo rozwijających się dzieci, gdyż ułatwia przyswajanie języka i wpływa korzystnie na poziom funkcjonowania językowego w późniejszych latach życia. W nastawieniu interakcyjnym dziecko i osoba dorosła (rodzic, opiekun, terapeuta) wywierają na siebie wzajemny wpływ (zachowania komunikacyjne każdej ze stron oddziałują na siebie). Kluczowe jest, aby traktować dziecko jak ważnego, aktywnego uczestnika procesu komunikacyjnego, a nie tylko biernego odbiorcę komunikatów językowych i pozajęzykowych wysyłanych przez dorosłych. Dlatego zadaniem logopedy jest wyposażenie rodziców w kompetencje pomagające budować, doskonalić, zmieniać sposób interakcji z dzieckiem. Nabywanie języka następuje w dużej mierze dzięki pośrednictwu innych osób. Dla rozwoju komunikacji językowej niezbędny jest nie tyle kontakt z językiem, ile interakcja poprzez język. Dzięki prawidłowym interakcjom z dorosłymi u dziecka kształtuje się przekonanie, że najlepszym, najbardziej precyzyjnym i skutecznym sposobem przekazywania intencji jest język.

BIBLIOGRAFIA

- Błaszczuk-Kowalska S., Gacka E., 2015, *Rozwój komunikacji językowej u dzieci z zespołem Aspergera*, „Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze”, nr 10, s. 3–13.
- Bogdanowicz M., 1985, *Psychologia kliniczna dziecka w wieku przedszkolnym*, Warszawa.
- Czaplewska E., 2012, *Rozumienie pragmatycznych aspektów wypowiedzi przez dzieci ze specyficznymi zaburzeniami językowymi SLI*, Gdańsk.
- Dilling-Ostrowska E., 1990, *Zaburzenia mowy*, [w:] *Neurologia dziecięca*, red. J. Czochońska, Warszawa 1990, s. 189–199.
- Gacka E., 2016, *Opieka logopedyczna w opiniach rodziców dzieci z zaburzeniami rozwoju mowy. Doniesienia z badań*, [w:] *Problemy badawcze i diagnostyczne w logopedii*, red. I. Jaros, R. Gliwa, Łódź, s. 57–67.

- Gilkerson J., Richards J.A., Warren S.F., Kimbrough-Oller D., Russo R., Vohr B., 2018, *Language experience in the second year of life and language outcomes in late childhood*, "Pediatrics", t. 142 (4), s. 1–11.
- Grabias S., 2005, *Interakcja językowa i jej uwarunkowania. Perspektywa lingwistyczna*, [w:] *Barriere i pomosty w komunikacji językowej Polaków*, red. J. Bartmiński, U. Majer-Baranowska, Lublin, s. 19–44.
- Grabias S., 2012, *Teoria zaburzeń mowy. Perspektywy badań, typologie zaburzeń, procedury postępowania logopedycznego*, [w:] *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy*, red. S. Grabias, M. Kurkowski, Lublin, s. 15–71.
- Holinger P.C., 2006, *Co mówią dzieci, zanim nauczą się mówić. Dziewięć sygnałów używanych przez dzieci do wyrażania uczuć*, Poznań.
- Jastrzębowska G., 2003, *Zakłócenia i zaburzenia rozwoju mowy*, [w:] *Logopedia. Pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki. Zaburzenia komunikacji językowej u dzieci i osób starszych*, t. 2, red. T. Gałkowski, G. Jastrzębowska, Opole, s. 9–79.
- Jastrzębowska G., Jastrzębowska-Tyczkowska A., Woś A., Stanek K., 2017, *Przebieg rozwoju mowy dzieci z SLI-PE i LB – analiza porównawcza*, „Logopedia”, t. 47, s. 53–72.
- Johnson M., 2015, *Znaczenie ciała. Estetyka rozumienia ludzkiego*, Łódź.
- Kaczmarek L., 1988, *Moje dziecko uczy się mowy*, Lublin.
- Kielar-Turska M., 1992, *Jak pomagać dziecku w poznawaniu świata*, Warszawa.
- Krasowicz-Kupis G., 2012, *Od badań mózgu do praktyki psychologicznej. SLI i inne zaburzenia językowe*, Sopot.
- Kurcz I., 2000, *Psychologia języka i komunikacji*, Warszawa.
- Leonard L.B., 2006, *SLI – Specyficzne zaburzenia rozwoju językowego*, Gdańsk.
- Michalik M., 2013, *Teoria logopedii jako interakcja. Między interakcjonizmem symbolicznym a lingwistyką mentalną*, „Nowa Logopedia”, nr 4, s. 13–31.
- Mierzejewska H., Emiluta-Rozya D., 2000, *Projekt zestawienia form zaburzeń mowy*, „Logopedia”, t. 28, s. 37–48.
- Mika S., 1982, *Psychologia społeczna*, Warszawa.
- Nelson C.A., Fox N.A., Zeanah C.H., 2014, *Romania's abandonend children. Deprivation, brain, development and the struggle for recovery*, Cambridge.
- Panasiuk J., 2013, *Sprawności interakcyjne i komunikacyjne jako kryteria różnicowania zaburzeń rozwojowych*, „Nowa Logopedia”, nr 4, s. 81–105.
- Pilarska E., 2014, *Neurologiczne podstawy zaburzeń mowy u dzieci*, [w:] *Biomedyczne podstawy logopedii*, red. S. Milewski, J. Kuczkowski, K. Kaczorowska-Bray, Gdańsk, s. 68–82.
- Podgórska-Jachnik D., 2016, *Specyfika wczesnego wspomaganie rozwoju i wczesnej interwencji logopedycznej w pracy z dziećmi z uszkodzonym słuchem*, [w:] *Wczesna interwencja logopedyczna*, red. K. Kaczorowska-Bray, S. Milewski, Gdańsk, s. 459–496.
- Porayski-Pomsta J., 2015, *O rozwoju mowy dziecka. Dwa studia*, Warszawa.
- Pruszewicz A., 1992, *Opóźniony rozwój mowy*, [w:] *Foniatrya kliniczna*, red. A. Pruszewicz, Warszawa, s. 233–241.
- Richards J.A., Gilkerson J., Xu D., Topping K., 2017, *How much do parents think they talk to their child?*, "Journal of Early Intervention", t. 39 (3), s. 163–179.
- Roberts M.Y., Kaiser A.P., Wolfe C.E., Brynt J.D., Spidalieri A.M., 2014, *Effects of the teach-model-coach-review instuctional approach on caregiver use of language support strategies and children expressive language skills*, "Journal of Speech, Language, and Hearing Research", t. 57 (5), s. 1851–1869.
- Robertson S.B., Weismer E.S., 1999, *Effects of treatment on linguistic social skills in toddlers with delayed language development*, "Journal of Speech, Language, and Hearing Research", t. 42, s. 1234–1248.

- Smoczyńska M., 2012, *Opóźniony rozwój mowy a ryzyko SLI: Wyniki badań podłużnych*, [w:] *Interwencja logopedyczna. Zagadnienia ogólne i praktyka. Z prac Towarzystwa Kultury Języka*, t. VIII, red. J. Porayski-Pomsta, M. Przybysz-Piwko, Warszawa, s. 13–37.
- Styczek I., 1981, *Logopedia*, Warszawa.
- Szacka B., 2008, *Wprowadzenie do socjologii*, Warszawa.
- Tarkowski Z., 1994, *Dzieci opóźnione w rozwoju mowy – diagnoza, stymulacja, terapia. Materiały na konferencję popularnonaukową*, Augustów, 10–12 czerwca, s. 14–17.
- Tarkowski Z., 2017, *Prosty opóźniony rozwój mowy*, [w:] *Patologia mowy*, red. Z. Tarkowski, Gdańsk, s. 213–234.
- Trevarthen C., 1993, *The self born of intersubjectivity: the psychology of an infant communicating*, [w:] *The perceived self: ecological and interpersonal sources of knowledge*, red. U. Neisser, Cambridge, s. 121–173.
- Twardowski A., 2014, *Nowa koncepcja wczesnego wspomaganie rozwoju dzieci z niepełnosprawnościami*, „Forum Pedagogiczne”, nr 1, s. 15–33.
- Węsierska K., 2010, *Interakcyjna terapia rodzic – dziecko przykładem skutecznego postępowania w jękaniu wczesnodziecięcym*, „Forum Logopedyczne”, nr 18, s. 23–30.
- Węsierska K., 2013, *Udział rodziców w procesie interwencji logopedycznej w jękaniu u małych dzieci*, [w:] *Rozwój i jego wspieranie w perspektywie rehabilitacji i resocjalizacji*, red. D. Müller, A. Sobczak, s. 11–21.
- Zaleski T., 1993, *Opóźniony rozwój mowy*, [w:] *Diagnoza i terapia zaburzeń mowy*, red. T. Gałkowski, Z. Tarkowski, T. Zaleski, Lublin, s. 185–192.
- Zaleski T., 2002, *Opóźnienia w rozwoju mowy*, Warszawa.

