

Elżbieta M. Minczakiewicz  
elaminczakiewicz@wp.pl  
Polskie Kolegium Logopedów PAN Warszawa

## DYSLALIA NA TLE INNYCH WAD I ZABURZEŃ MOWY U DZIECI W WIEKU PRZEDSZKOLNYM I SZKOLNYM

*Bądź zawsze blisko tych, których kochasz  
mów im głośno, jak bardzo ich potrzebujesz, jak ich kochasz,  
zawsze bądź dla nich dobry, miej czas, aby im powiedzieć „jak mi przykro”,  
„przepraszam”, „proszę”, „dziękuję” i wszystkie inne słowa miłości, jakie tylko znasz.*  
Gabriel Garcia Marquez

### Wprowadzenie

Zaburzenia mowy – jak pisze S. Grabias (1997) – towarzyszą niemal wszystkim zakłóceniom przebiegów czynności psychicznych człowieka i wydają się być czułym ich sygnałem i miernikiem. Są one rozpoznawane zarówno u dzieci, jak też u osób dorosłych i polegają na tym, że albo nie umiemy właściwie zbudować wypowiedzi, albo też jej poprawnie percypować (Kaczmarek, 1977). Zaburzenia mowy u dzieci przejawiają się w rozmaity sposób i występować mogą w różnym stopniu nasilenia i różnym stopniu ich złożoności (Sawa, 1990). Z dotychczasowych badań, zarówno moich, jak też innych autorów, wynika, że stosunkowo wysoki wskaźnik procentowy dzieci osiągających wiek szkolny przejawia różnego rodzaju wady i zaburzenia mowy. Zaburzenia te utrudniają (czasem nawet uniemożliwiają) w mniejszym lub większym stopniu nie tylko proces porozumiewania się uczniów, ale także ich naukę szkolną (zwłaszcza czytanie i pisanie – Kania, 1982; Minczakiewicz,

1983, 1988b, 1993; Reuttowa, 1981; Spionek, 1973). Większość badaczy zajmujących się mową i jej zaburzeniami zauważa, że bez umiejętności poprawnego mówienia – umiejętności będącej podstawowym i niezbędnym wyposażeniem człowieka – z trudem przychodzi uczniowi opanowanie tzw. umiejętności szkolnych opartych na porozumiewaniu się, wyjaśnianiu, relacjonowaniu, czytaniu, pisanu, liczeniu itp. Sygnalizowane w literaturze przykłady badań wskazują na to, że leżące u podstaw trudności komunikacyjnych zaburzenia mowy pogłębiają niedojrzałość społeczną uczniów, powodują niekorzystne zmiany w ich rozwoju psychicznym i w zachowaniu (np. brak wiary w siebie, niski poziom samoakceptacji, poczucie lęku i zagrożenia, stany depresji – Minczakiewicz, 1983, 1987; Sawa, 1990; Spionek, 1973, 1985).

Uczniowie z wadami i zaburzeniami mowy, jak z łatwością można to zauważyć, różnią się pod wieloma względami od swych prawidłowo mówiących koleżanek i kolegów i, jak można przypuszczać, nie znajdują dla siebie sprzyjających warunków realizacji ani potrzeb i pragnień, ani też planów życiowych. Deprywacja potrzeb psychicznych i społecznych, brak sukcesu i uznania, utrudniony kontakt z otoczeniem, często zachwiana pozycja w grupie rówieśniczej (nierzadko także w rodzinie), poczucie zagrożenia, brak pewności siebie, rozchwianie emocjonalne itp. sprawiają, że dziecko czuje się zagubione, bezradne i osamotnione (Kędzior, 1994; Sawa, 1990). Dłużej trwający okres niepowodzeń dziecka-ucznia wywołuje u niego frustrację, a z nią reakcje zmierzające do wyładowania napięcia oraz uruchomienia mechanizmów obronnych. Następstwem frustracji związanej z deprywacją tak podstawowych potrzeb, jak bezpieczeństwa, akceptacji ze strony koleżanek i kolegów czy uznania i kontaktu z bliskimi, są trudności związane z przystosowaniem społecznym. Egzemplifikacją owych trudności mogą być takie objawy, jak: nadreaktywność, zbytnia nieśmiałość, poczucie izolacji społecznej i niesprawiedliwości, lęk przed nowymi osobami i sytuacjami, nadmierna wrażliwość, odrzucanie oferowanej pomocy, skłonność do płaczu, ucieczka przed trudnościami, odrzucanie przyjacieli, zrywanie więzi koleżeńskich, wycofywanie się. Konsekwencją długotrwałego niezaspokojenia potrzeb może być też nasilenie się zaburzeń w zachowaniu prowadzących w rezultacie do zaburzeń w rozwoju psychicznym i społecznym jednostki – do dezintegracji osobowości włącznie. Nadmierna koncentracja na własnych problemach i przeżyciach osobistych utrudnia dziecku prawidłowe kontakty z otoczeniem i obiektywną ocenę stanu rzeczywistości. Świadomość wad i zaburzeń mowy prowadzić może niekiedy do tego, że pomimo usilnej pracy nad sobą dziecko-uczeń nie wierzy we

własne możliwości, przesądza o swym powodzeniu, oczekując kolejnej porażki. Subiektywnie odczuwane trudności i niepowodzenia w kontaktach z otoczeniem wyciskają na jego psychice piętno, które nie łatwo daje się usunąć, czy nawet zatrzeć, zwłaszcza wówczas, gdy dorośli (np. rodzice, nauczyciele, terapeuci) nie szczędzą uwag krytycznych, upomnień, poleceń korektywnych (np. typu: „nie mamroc”, „powtórz to jeszcze raz”, „nie jąkaj się”), bolesnych niekiedy epitetów (np. „bajoku”, „bejdoku”, „gęgało”, „kreaturo” – Minczakiewicz, 1987, 1993; Reuttowa, 1981). Dzieci z zaburzeniami mowy znajdują się niekiedy w bardzo niekorzystnej dla siebie, a przy tym trudnej sytuacji szkolnej, gdyż – na ogół – są negatywnie postrzegane w klasie, niezauważane przez nauczycieli, pomijane w nagrodzie, odrzucane przez kolegów, marginalizowane, nieakceptowane w środowisku szkolnym i rówieśniczym.

### Dyslalia i jej miejsce w diagnostyce i terapii logopedycznej

Termin **dyslalia** w literaturze polskiej występuje w dwu znaczeniach: 1) jako zejściowa lub mniej nasilona postać alalii, czyli niedokształcenia mowy u dzieci, będącego wynikiem uszkodzeń korowych, oraz 2) jako jednostka wyodrębniona w objawowej klasyfikacji zaburzeń mowy i dotycząca nieprawidłowości w realizacji substancji segmentalnej tekstu mówionego. (Dla jasności wyводу dodam, że podstawą substancji segmentalnej tekstu mówionego [czyli wypowiedzi słowno-językowej] jest głoska [fonem]).

Pierwsze z tych stanowisk reprezentuje Irena Styczek (1979). Jej zdaniem wady wymowy, ale tylko spowodowane nieprawidłową budową i funkcjonowaniem obwodowych narządów mownych (chodzi tu o wady budowy anatomicznej jamy ustnej czy nosowej, wady zgryzu, braki uzębienia), noszą nazwę **dysglosji**.

Drugie ze stanowisk reprezentuje L. Kaczmarek – nazywany ojcem polskiej logopedii – i lubelski ośrodek akademicki, od lat kształcący logopedów dla potrzeb terapii logopedycznej dzieci, młodzieży i osób dorosłych. W ujęciu Kaczmarka (1981) **dyslalia** to tyle, co wadliwa realizacja fonemów lub wady wymowy w płaszczyźnie segmentalnej, a także wady dykcji. **Wady wymowy** trzeba jednak odróżnić od **błędów wymowy**. Zatem już na wstępie spróbujemy wyjaśnić obydwa te terminy.

Otóż **wada wymowy** jest nieprawidłowością realizacyjną, nieprawidłowością artykulacyjną, polegającą na braku umiejętności poprawnego, a przy tym wyraźnego wypowiedzania głosek, od której to umiejętności i sprawności zależy

jakość emitowanej wypowiedzi. Każda nieprawidłowo wypowiedziana głoska w tekście mówionym (czyli w wypowiedzi) w jakimś stopniu może zniekształcać wypowiedź. Od liczby nieprawidłowo wypowiedzanych głosek w zbudowanej wypowiedzi (czyli w powstającym tekście językowo-słownym) zależy będzie stopień jej rozumienia przez otoczenie. Im więcej głosek w tekście mówionym (czyli w wypowiedzi) będzie wymawianych nieprawidłowo, a więc niezgodnie z obowiązującą normą, tym trudniejsza do zrozumienia będzie cała wypowiedź.

**Błędy wymowy** polegają również na realizacji głosek (fonemów) niezgodnie z normą ortofoniczną, ale ich przyczyną jest najczęściej brak znajomości normy lub nawykowe jej nieprzestrzeganie, zwłaszcza wtedy, gdy elementy gwarowe są bardzo silnie zakorzenione w podświadomości osoby mówiącej.

U uczniów (orientacyjnie) sprawdzić to można podczas opowiadania o obrazku lub o jakimś wydarzeniu z życia wziętym. W momencie kiedy dziecko-uczeń zakończy swoją wypowiedź słowno-językową, możemy poprosić, aby zapisało (o ile potrafi) te kilka wypowiedzianych zdań, a następnie przeczytało zapisany tekst.

## **Etiopatogeneza wad i zaburzeń mowy u dzieci**

W procesie nabywania funkcji mowy daje się wyróżnić dwa jego aspekty, a to: 1) ekspresywny (mówienie) i 2) recepcyjny (rozumienie), stąd też zaburzenia mowy rozpatrywane mogą być w jednym bądź drugim aspekcie, tj. nadawania (mówienia) i odbioru (czyli rozumienia). Z badań wynika, że możliwości recepcyjne (tj. zdolność rozumienia) wyprzedzają możliwości ekspresywne dziecka (czyli zdolność mówienia – a więc nadawania przez nie różnego rodzaju komunikatów). Na ogół obie te zdolności się dopełniają i uzupełniają. Bywa więc, że w przypadku wystąpienia zaburzeń w zakresie czynności nadawania (mówienia) pojawiają się także określone zaburzenia w zakresie odbioru (rozumienia) i *vice versa*. W zakresie czynności nadawania (mówienia) można wyodrębnić nieprawidłowości dotyczące wymowy (artykulacji), niedostatki w zakresie słownictwa (np. ubóstwo zasobu leksykalnego), a także w zakresie struktury gramatycznej wypowiedzi słownych (Gałkowski, Fersten, 1982). Trudności artykulacyjne związane z wypowiedzaniem zdań, słów, czasem nawet izolowanych, pojedynczych głosek, mogą być związane z nieprawidłowym napięciem (tonusem) mięśni oddechowych, fonacyjnych i artykulacyjnych oraz z zakłóceniami w ich współdziałaniu. Ze zjawiskiem takim spotykamy się w przypadku jąkania się, jednego z trudniejszych, przykrych i uciążliwych

dla ucznia zaburzeń. Innymi objawami zaburzeń mogą być różnego rodzaju i stopnia deformacje dźwięków bądź ich brak w systemie fonetycznym ucznia. Przykładem takiego zjawiska jest **dyslalia** – rozumiana jako „wada wymowy polegająca na realizacji fonemów odbiegających od normy, ustalonej przez zwyczaj społeczny” (Kaczmarek, 1977, s. 273). Przyczyny dyslalii można ująć w dwie zasadnicze grupy: 1) o charakterze endogennym (nazywane bywają przyczynami wewnętrznymi lub organicznymi) i 2) o charakterze egzogennym (nazywane też zewnętrznymi lub środowiskowymi). Wśród ogólnie diagnozowanych przyczyn w literaturze wyróżnia się takie jak:

- brak motywacji i podniecie do mówienia;
- nadmiar bodźców słownych płynących z otoczenia;
- nieodpowiednie wzorce wymowy otoczenia (środowiska życia i przebywania dziecka);
- niewłaściwe reakcje otoczenia towarzyszące pierwszym, podejmowanym przez dziecko próbom samodzielnego mówienia;
- uszkodzenia struktur korowych mózgu;
- uszkodzenia w obwodowym układzie nerwowym;
- wady rozwoju, np. wady anatomiczne (wady budowy) narządów mowy, niedokształcenie twarzoczaszki i języka (w sensie anatomicznym), rozszczep podniebienia i wargi, niedorozwój krtani;
- wady budowy i dysfunkcje narządu słuchu (w tym zaburzenia słuchu fonetyczno-fonematycznego – Kaczmarek 1988; Styczek 1979).

Najczęstszymi postaciami **dyslalii** są: seplenienie (zwane też sygmatyzmem), rynolalia, reranie, wymowa bezdźwięczna, palatolalia (unosawianie głosek ustnych), nieprawidłowa wymowa głosek tylnojęzykowych i inne odchylenia od normalnej artykulacji (Demel, 1979; Styczek 1979). Ciężką postacią dyslalii jest bełkotanie, w efekcie którego wypowiedź mówiącego dziecka może być w różnym stopniu zniekształcona, często nawet tak, że staje się ona niezrozumiała dla otoczenia lub rozumiana w ograniczonym zakresie i to tylko przez najbliższych członków rodziny (np. przez matkę).

Odrębnym problemem w komunikacji interpersonalnej uczniów jest **mutyzm**. Terminem tym określa się zjawisko braku mówienia lub ograniczenia mówienia (ekspresji oralnej), występujące u osób, które poprzednio posługiwały się mową (Herzyk, 1992). Osoby z diagnozą mutyzmu zwykle zachowują zdolność rozumienia, jak też możliwość porozumiewania się pozawerbalnie (np. przy pomocy pisma, gestów, mimiki, czyli za sprawą tzw. języka ciała). Mutyzm ma na ogół charakter psychogeny. Może być reakcją dziecka-ucznia

na sytuacje trudne (np. jawne odrzucenie dziecka przez kolegów w grupie bądź klasie z różnych, czasem wręcz błahych powodów), może być wynikiem wstrząsu pochodzenia urazowego (np. choroba matki, rozwód rodziców, śmierć kogoś bliskiego, utrata „ulubieńca” – kota lub psa), przykrych dla niego bolesnych przeżyć i doświadczeń (np. posądzenie o kradzież bądź niesłuszne oskarżenie przed nauczycielem czy katechetą, babcią lub dziadkiem lub inną osobą znaczącą dla dziecka – Reuttowa, 1971).

Zaburzenia związane z odbiorem bodźców akustycznych, w tym wypowiedzi słownych otoczenia, mogą być skutkiem nie tylko uszkodzenia obwodowej części aparatu odbiorczego (tj. narządu słuchu), ale także rezultatem uszkodzenia części korowej reprezentacji analizatora słuchowego. W przypadku uszkodzenia analizatora słuchu dziecko potrafi odbierać bodźce akustyczne z zewnątrz – a więc słyszy ono poszczególne dźwięki, bez względu na odległość od źródła ich nadawania, lecz trudności będą dotyczyć analizy słuchowej. W takiej sytuacji dziecko nie potrafi oddzielić dźwięków od siebie i prawidłowo ich różnicować, ani też nazywać. Trudnością będzie również rozpoznawanie i odczytywanie wyrazów. Uczniowie z tego rodzaju trudnościami często z opóźnieniem zaczynają mówić, w szkole mogą wykazywać trudności w czytaniu i pisaniu. Wypowiedzi ich zwykle bywają „oszczędne”, bardzo ubogie, wyważone, ostrożne (zasób słownikowy niewielki, sprowadzający się czasem do kilku podstawowych słów). Długo utrzymują się u nich agramatyzmy. Zaburzenia w zakresie analizy i syntezy słuchowej wyraźnie wywierają wpływ na naukę czytania i pisanie, zwłaszcza w początkowym okresie nauki szkolnej ucznia.

Niekiedy zdarza się, że u podłoża wad i zaburzeń mowy dziecka leżą opóźnienia rozwoju funkcji mowy i myślenia, będące wynikiem opóźnienia rozwoju procesów dojrzewania struktur mózgowych, odpowiedzialnych za tworzenie się nawyków językowych, a także choroby wieku dziecięcego i łączące się z tym hospitalizacje, a nawet nieprawidłowe oddziaływania wychowawcze w rodzinie itp. (Zaleski, 1992).

Dodajmy może w tym miejscu, że z nieprawidłowościami dotyczącymi wymowy, a więc z zaburzeniami w zakresie artykulacji, mamy do czynienia w wielu zaburzeniach mowy.

## **Rozmiar wad i zaburzeń mowy w doświadczeniach szkolnych i statystyce**

Wielkość populacji dzieci z wadami i zaburzeniami mowy jest dyskusyjna. Jedni szacują ją na kilka, inni na kilkanaście, a nawet kilkadziesiąt procent

ogólnej populacji szkolnej. W badaniach prowadzonych przez zespół diagnostyczny pod kierunkiem H. Spionek (1985) zaburzenia mowy odnotowano u 19,2% uczniów szkół podstawowych. W innych badaniach wielkość tej populacji określana była wskaźnikami: 8%, 20%, 30%, a nawet ponad 50% (Popiół, 1959; Skorek, 1994).

W badanych przeze mnie (w latach 1979–1989) populacjach uczniów klas zerowych wskaźnik zaburzeń mowy oscylował w granicach 40%, a w klasach I–IV wykazywał wyraźne tendencje spadkowe (32,6%, 23,5%, 18,9%, 6,8%), co wydaje się zgodne z obserwowaną prawidłowością, że wraz ze wzrostem i wiekiem uczniów obniża się wskaźnik zaburzeń mowy (Dziubeńko, Hadryan, 1976; Minczakiewicz, 1983, 1993; Spionek, 1985). Najnowsze badania uczniów klas „zerowych”, jakie pod moim kierunkiem zostały przeprowadzone w roku szkolnym 2014/2015, nie napawają optymizmem (opracowanie wyników w toku). Objęto nimi ogółem 1248 uczniów klas „zerowych”, którzy ukończyli 7. rok życia (ukończenie wieku 7 lat było bowiem jednym z podstawowych kryteriów doboru próby), klas funkcjonujących zarówno w szkołach, jak też na terenie przedszkoli. Badania miały charakter orientacyjno-prognostyczny. Chodziło w nich o udzielenie odpowiedzi na pytanie: z jakimi sprawnościami i umiejętnościami w zakresie przygotowania do nauki szkolnej przychodzi do szkoły pierwszoklasista? Drugie pytanie, na jakie próbowano udzielić odpowiedzi, dotyczyło miejsca zamieszkania uczniów, stąd wspomniane badania przeprowadzono na terenie: A – dużego miasta, B – miasta do 100 tysięcy mieszkańców, C – miasteczka, D – wioski podmiejskiej, E – wioski o statusie gminy oraz F – wioski peryferyjnej. Badania przeprowadzono przy pomocy kwestionariusza obrazkowego do badania wymowy dzieci w opracowaniu Genowefy Demel (1978). Wstępna analiza wyników badań (badania nadal pozostają w toku) pozwoliła orientacyjnie ustalić rozmiar zaburzeń mowy, średnio sięgający 24,6%. Analiza drugiego etapu badań wykazała, że w ogólnej populacji uczniów z zaburzeniami mowy najliczniejszą podgrupę stanowili uczniowie z diagnozą dyslalii – 62,54%, drugą podgrupę stanowili uczniowie z diagnozą niedokształcenia mowy – 30,29% (wielkość tego wskaźnika tłumaczy fakt, że proces kształtowania i rozwoju mowy, średnio trwa do ukończenia 6. [7.] roku życia), trzecią podgrupę stanowili uczniowie z diagnozą niepełności mówienia (jąkania się) – 7,17%. Omawiane dane ujmuje tabela 1 oraz wykres 1.

Tabela 1

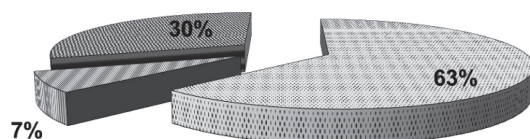
*Rozmiar wad i zaburzeń mowy u uczniów klas „zerowych” na tle ogółu uczniów uczęszczających do tych samych klas w roku szkolnym 2014/2015*

Klasy „zerowe”	Liczba uczniów w klasie	Rozmiar wad i zaburzeń mowy		Wady i zaburzenia mowy					
				Dyslalia		Jąkanie się		Niedokształcenie mowy	
ŚG	N	N	%	n	%	n	%	n	%
A. Duże miasto	216	64	29,63	39	60,94	7	10,94	18	28,13
B. Miasto do 100 tys.	233	51	21,89	34	66,67	4	7,84	13	25,49
C. Miasteczko	228	63	27,63	41	65,08	5	7,94	17	26,98
D. Wioska podmiejska	221	44	19,91	27	61,36	2	4,55	15	34,09
E. Wioska o statusie gminy	103	34	33,01	19	55,88	2	5,88	13	38,24
F. Wioska peryferyjna	247	51	20,65	32	62,75	2	3,92	17	33,33
Razem	1248	307	24,60	192	62,54	22	7,17	93	30,29

Źródło: opracowanie własne.



▣ dyslalia   ▣ jąkanie się   ▣ niedokształcenie mowy



Wykres 1.

Wady i zaburzenia mowy zdiagnozowane u uczniów klas „zerowych” uczęszczających do wybranych szkół stopnia podstawowego i przedszkoli w roku szkolnym 2014/2015.

Źródło: wyniki badań własnych.

Określenie „zaburzenia mowy” to pojęcie bardzo szerokie. Terminem tym obejmuje się wszelkie problemy związane z porozumiewaniem się językowo-słownym. Zaburzenia mowy daje się rozpatrywać z punktu widzenia objawów (symptomów) bądź przyczyn (etiopatogenezy).

Klasyfikację objawową zaburzeń mowy nazywaną też symptomatologiczną w literaturze polskiej znajdziemy w pracach Kaczmarka (1975, 1981, 1988), który – jak zauważył Grabias (1997) – wzorował się na opracowaniu Kusmaula. Kaczmarek w omawianej klasyfikacji objawowej bierze pod uwagę tekst, zwracając uwagę na pojawiające się w nim różne jego niedostatki. Te mogą dotyczyć zarówno treści, formy językowej, jak też substancji fonicznej:

- a) **w płaszczyźnie suprasegmentalnej** (melodia, akcent i rytm wypowiedzi) pozwalającej na zwrócenie uwagi na zaburzenia tempa i rytmu wypowiedzi, a także zaburzenia głosowe;
- b) **w płaszczyźnie segmentalnej** (głoska, fonem) – tu zwrócimy uwagę na jakość wymowy pojedynczych głosek, ich poprawność artykulacyjną lub wadliwość brzmienia. Brak umiejętności w zakresie prawidłowego wypowiadania głosek daje w efekcie dyslalię. Innym zjawiskiem, jakie może się pojawić w wymowie dziecka-ucznia, jest dysortofonia, polegająca na pojawieniu się błędów wymowy, które na ogół wynikają z nieznamośności norm użycia języka (dzieci mogą używać języka środowiska, z jakiego pochodzą – jeśli np. w domu mówi się gwarą, to i dziecko będzie mówiło gwarą). Mówienia gwarą nie utożsamiamy z wadą wymowy. Czasem wystarczy dziecku zwrócić uwagę na to, jak w danej sytuacji należy wypowiedzieć dane słowo, i na tym się kończy jego problem;

- c) **w płaszczyźnie suprasegmentalnej i segmentalnej** zarazem. Kaczmarek w tej grupie zjawisk umieścił palatolalię (a uściślając – osoby z charakterystycznym sposobem mówienia z poszumem nosowym) oraz rozszczep podniebienia, w którym nosowość brzmienia głosek spowodowana jest wadą budowy podniebienia twardego i/lub miękkiego, a niekiedy także wargi i wyrostka zębodołowego, oraz mutyzm.

W tym miejscu pragnę podkreślić, że Kaczmarek wyróżnił: zaburzenia języka niesamoistne i samoistne. Do tych pierwszych zaliczył agramatyzmy. Do samoistnych: głuchotę, alalię oraz afazję, i co ciekawe – **dyslalią** nazywa wady wymowy występujące przy opanowaniu innych podsystemów języka.

Autor wspomnianej klasyfikacji każdemu zaburzeniu mowy przyporządkowuje analogiczne zaburzenia pisma, stąd całej tej klasyfikacji nadał tytuł **„Korelacyjna klasyfikacja zaburzeń słownego i pisemnego porozumiewania się”**.

### **Próba ukazania wyników badań dotyczących sytuacji szkolnej uczniów z zaburzeniami mowy**

O trudnej sytuacji szkolnej uczniów z zaburzeniami mowy aż nadto przekonują wyniki badań, jakie pod moim kierunkiem przeprowadzili słuchacze logopedycznych studiów podyplomowych Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach, Uniwersytetu Rzeszowskiego w Rzeszowie, Uniwersytetu im. Mikołaja Kopernika w Toruniu oraz Wyższej Szkoły Pedagogicznej im. Janusza Korczaka w Warszawie, a także studenci pedagogiki specjalnej i pedagogiki opiekuńczo-wychowawczej Uniwersytetu Pedagogicznego im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie. Badaniami objęto uczniów klas 0–VI losowo wybranych 18 szkół podstawowych z terenu Polski południowej w roku szkolnym 2014/2015. Celem badań było rozpoznanie i ustalenie rozmiaru i rodzaju występujących u nich wad i zaburzeń mowy, a ponadto określenie pozycji społecznej uczniów z zaburzeniami mowy w klasie szkolnej i poziomu ich przystosowania społecznego.

Koncepcja badań zrodziła się w wyniku obserwowanego, niepokojącego zjawiska trudności przystosowawczych uczniów ujętych w rejestrze grup dyspenseryjnych, w którym spory odsetek stanowili uczniowie z wadami i zaburzeniami mowy. Trudności przystosowawcze manifestowane były różnymi formami zachowań, z reguły o charakterze nieakceptowanych społecznie.

Za podstawę badań przyjęto założenie, że „**uczniowie z zaburzeniami mowy wykazują o wiele większe trudności przystosowawcze niż ich rówieśnicy z klasy szkolnej, co jednocześnie sprawia, że ich pozycja społeczna w grupie rówieśniczej jest znacznie niższa niż pozostałych uczniów w klasie szkolnej**”.

Przyjmując takie założenie, starano się dowieść w toku podjętych badań jego zasadności. Chcąc zgłębić problem przystosowania społecznego uczniów, zastosowano model badań polegający na analizie porównawczej dwóch grup zróżnicowanych ze względu na kryterialny czynnik, tj. wady i zaburzenia mowy. W doborze grup badawczych przyjęto ponadto takie kryteria, jak: wiek, płeć, klasa oraz dobry stan zdrowia uczniów pozwalający na systematyczną pracę szkolną.

W badaniach zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, która koncentruje się na zjawiskach społecznych dających możliwość ich wielopłaszczyznowego poznania, za sprawą dogłębnej analizy zachowań uczniów. Techniki badawczymi były: obserwacja, wywiad i test socjometryczny J. Moreno. Narzędziami badań były: Kwestionariusz obrazkowy do badania wymowy dzieci nieczytających i czytających T. Bartkowskiej, Arkusz zachowania się ucznia B. Markowskiej (AZU), Kwestionariusz przystosowania społecznego (KPS – własnego opracowania) oraz Kwestionariusz wywiadu z nauczycielem i uczniem. Wymienione narzędzia badawcze zostały zaprezentowane i omówione w wielu pracach autorki niniejszego tekstu (zob. Bibliografia).

Badaniami przesiewowymi objęto ogółem 1200 uczniów klas od „zerówki” do VI klasy szkoły stopnia podstawowego włącznie (w wieku od 6;6<sup>1</sup> do 15 lat), spośród których drogą badań selekcyjnych wyłoniono 184-osobową grupę uczniów z diagnozą wad i zaburzeń mowy, zwaną dalej grupą podstawową P. Omawiane dane ilustruje tabela 2.

<sup>1</sup> Cyfra po średniku oznacza miesiące.

Tabela 2

*Rozmiar zaburzeń mowy u uczniów szkół podstawowych na tle klasy szkolnej*

Klasa	Stan uczniów w klasie		Rozmiar wad uczniów z zaburzeniami mowy		Zaburzenia mowy uczniów a płeć badanych			
	N	%	N	%	Dziewczęta		Chłopcy	
					N	%	N	%
0	272	100	68	25,00	27	39,70	41	60,30
I	308	100	57	18,50	16	28,10	41	71,09
II	123	100	23	18,70	12	52,20	11	47,80
III	146	100	16	10,96	8	50,00	8	50,00
IV	128	100	8	6,25	1	12,50	7	87,5
V	131	100	7	5,34	3	42,80	4	57,2
VI	92	100	5	5,43	1	20,00	4	80,0
Razem:	1200	100	184	15,33	68	37,00	116	63,0

Źródło: wyniki badań własnych.

Rozmiar wad i zaburzeń mowy sięgał 15,33% ogólnej populacji badawczej. W badaniach właściwych (tj. uczniów z diagnozą wad i zaburzeń mowy) uczestniczyło 68 dziewczynek (37%) i 116 chłopców (63%). Na drugim etapie badań drogą wyboru losowego dokonanego w obrębie poszczególnych zespołów klasowych wyłoniono równoliczną grupę uczniów niezdradzających objawów i problemów logopedycznych, z której utworzono grupę porównawczą, zwaną dalej grupą kontrolną K.

Na podstawie analizy wyników badań uzyskanych przy pomocy Kwestionariusza do ustalania wad wymowy u dzieci czytających i nieczytających autorstwa T. Bartkowskiej ustalono, że wśród uczniów z diagnozą wad i zaburzeń mowy zdecydowaną przewagę stanowili uczniowie z rozpoznaną dyslalią wieloraką i całkowitą. Wadę tę rozpoznano u blisko 61,5% (tj. 112 osób) ogółu wadliwie mówiących osób. W populacji uczniów ujętych w rejestrze grupy podstawowej P – 25,54% (47 osób) stanowili uczniowie jękający się (w tym 9 [19,15%] dziewczynek i 38 [80,85%] chłopców) oraz około 5% (tj. 9 osób, w tym jedna dziewczynka i ośmiu chłopców) stanowiły osoby dotknięte mutyzmem.

O sytuacji szkolnej uczniów (obydwu kryterialnych grup badawczych P i K) wielu cennych informacji udzielili nauczyciele uczący w poszczególnych klasach (zwłaszcza wychowawcy klas), rodzice oraz sami badani uczniowie.

Status społeczny i miejsce w zespole uczniowskim każdego z objętych badaniami uczniów określiły wyniki badań socjometrycznych J. Moreno i wywiadów z nauczycielami i uczniami oraz wyniki obserwacji.

Wyniki badań socjometrycznych wykazały, że blisko 40% uczniów wadliwie mówiących znalazło się na pozycji jednostek izolowanych niezwiązanych z grupą rówieśniczą; 18% stanowiły jednostki odrzucone. Dla porównania warto dodać, że w grupie kontrolnej K znalazło się około 3% uczniów izolowanych oraz 1,5% odrzuconych. Rysujące się między grupami P i K różnice wykazały wysoką istotność statystyczną na poziomie 0,01. Wobec powyższego nasuwa się pytanie: dlaczego tak wysoki procent uczniów grupy podstawowej P pomimo dobrych postępów w zakresie rehabilitacji mowy pozostaje na marginesie życia zespołów rówieśniczych? Czym należy uzasadnić zdecydowanie negatywny stosunek uczniów do ich wadliwie mówiących kolegów? Czy jest to uprzedzenie? Brak zrozumienia dla ich trudnej sytuacji? A może tylko brak akceptacji dla przejawianych przez nich zachowań? Odpowiedzi na tak sformułowane pytania poszukiwano w wynikach badań przeprowadzonych przy pomocy Arkusza zachowania się ucznia (AZU) B. Markowskiej oraz Kwestionariusza przystosowania społecznego (KPS). Z badań tych wynika, że motywacja do nauki szkolnej uczniów klas II–VI niezależnie od przyjętej zmiennej kryterialnej kształtowała się na poziomie wysokich, przeciętnych i niskich, a obliczone dla obydwu grup badawczych P i K różnice nie były istotne statystycznie. Badania wykazały, że średnie ocen uspołecznienia uczniów klas drugich, trzecich i czwartych w obydwu kryterialnych grupach badawczych P i K utrzymywały się na poziomie przeciętnych, co sugeruje, że czynnik zaburzeń mowy nie odgrywał aż tak znaczącej roli, jak sądzono na wstępie. Zróżnicowanie poziomów uspołecznienia między badanymi grupami P i K potwierdziły natomiast wyniki badań uczniów klas starszych, tj. V–VI, co można tłumaczyć wzrostem napięcia i lęku przed kompromitacją, bogactwem ich doświadczeń osobistych (nie zawsze pozytywnych) oraz wzrostem ich krytycyzmu. Należy przy tym zaznaczyć, że wyraźne tendencje do obniżania się poziomu uspołecznienia i motywacji do nauki szkolnej zarysowały się u chłopców, u których jednocześnie obserwowano wzrost wskaźnika przyhamowania, zachowań antyspołecznych i zainteresowań seksualnych. Zjawiska tego nie odnotowano w przypadku dziewcząt objętych programem badań. Wysoki poziom przyhamowania charakteryzował 16,4%

chłopców (19 osób) i 10,3% dziewcząt (7 osób). Badania wykazały, że średnia ocen uspołecznienia uczniów z zaburzeniami mowy kształtowała się na poziomie średnich oraz niskich i obniżała się u nich odwrotnie proporcjonalnie do wieku życia, co w porównaniu z grupą kontrolną dawało istotne statystycznie różnice na poziomie 0,01.

Potwierdzeniem obniżonych wskaźników uspołecznienia uczniów z zaburzeniami mowy były również wyniki badań uzyskane przy pomocy Kwestionariusza przystosowania społecznego (KPS). Badania te ujawniły, że uczniowie jękający się i wykazujący zachowania mutystyczne osiągalni bardzo niski poziom uspołecznienia i niski poziom motywacji do nauki szkolnej. U osób wykazujących trudności przystosowawcze odnotowano zachowania wskazujące na: unikanie kontaktów z rówieśnikami, brak uznania w grupie rówieśniczej, przejawy lęku i agresji, nieprzestrzeganie regulaminu uczniowskiego, złe samopoczucie w zespole uczniowskim, niski poziom samoakceptacji, obojętny lub ambiwalentny stosunek do nauczycieli i obowiązków szkolnych. Wyniki te znalazły potwierdzenie także w opinii nauczycieli. Uczniowie z rozpoznaną dyslalią pomimo trudności komunikacyjnych osiągalni średni i wysoki poziom uspołecznienia oraz wysoki i średni stopień motywacji do nauki szkolnej, podobnie jak uczniowie grupy kontrolnej K uczęszczający do klas starszych (klas V i VI szkoły stopnia podstawowego). U uczniów jękających się obserwowano jednak obniżenie się poziomu uspołecznienia, przy wysokiej motywacji do nauki szkolnej i wysokim stopniu przyhamowania. W wyniku analizy nasuwa się więc konkluzja, że poziom uspołecznienia uczniów klas starszych nie jest w pełni czynnikiem determinującym pozycję ucznia w klasie szkolnej (grupie rówieśniczej). Niewątpliwie zaburzenia mowy są czynnikiem utrudniającym porozumiewanie się z otoczeniem, przeszkadzającym w swobodnej zabawie i pracy szkolnej, wywołującym niekiedy uśmiech i zgrzytliwe epitety ze strony kolegów, ale nie na tyle destrukcyjnym, by uniemożliwiać współdziałanie i współzycie uczniów w klasie. Z badań wynika, że w klasach II i III (tj. wczesnoszkolny etap kształcenia) dzieci z zaburzeniami mowy nie wyróżniały się na tle grupy rówieśniczej swym zachowaniem, natomiast wyróżniały się one wysoką absencją i uzyskiwanymi (znacznie niższymi niż przeciętne) postęпами w nauce szkolnej. Sporadyczne uwagi rówieśników, raczej informujące niż złośliwe czy uszczypliwe (pojawiające się najczęściej w zabawie), dzieci te przyjmowały różnie (jedne obojętnie, nawet bez cienia emocji, inne natomiast bardzo emocjonalnie). Z obserwacji wynika jednak, że uczniowie klas II i III byli bardziej nieśmiali, ustępliwi, małowówni, przygaszeni niż

ich rówieśnicy z klasy szkolnej. Z analizy postępów w nauce szkolnej uczniów kryterialnych grup P i K wynika, że uczniowie z zaburzeniami mowy klas V i VI szkoły stopnia podstawowego uzyskiwali słabsze oceny niż ich koledzy z klasy szkolnej, zwłaszcza z języka polskiego, historii i geografii, gdzie w większym stopniu wymagana jest potrzeba swobodnego wypowiedzania się w mowie (chodzi o językowo-słowne wypowiedzanie się, a także porozumiewanie się uczniów) i w piśmie. W przedmiotach takich jak: plastyka, muzyka, kultura fizyczna i praca-technika uczniowie ci dorównywali swym prawidłowo mówiącym kolegom, a nawet ich przewyższali, zwłaszcza w plastyce – w rysunku odręcznym i kompozycji. Ogólnie uczniowie grupy kontrolnej K osiągnęli lepsze postępy w nauce (ich średnia ocen wynosiła 4,6) niż ich rówieśnicy z grupy podstawowej P, których średnia wynosiła 3,51, a istotność różnic na poziomie 0,01 potwierdziły wyniki testu chi-kwadrat.

### **Konkluzja – podsumowanie wyników badań i wnioski**

Przedstawione w niniejszym opracowaniu wyniki badań sygnalizują jedynie złożoność problemów szkolnych uczniów z zaburzeniami mowy. Na przykładzie uzyskanych wyników można przypuszczać, że w przypadku uczniów z diagnozą zaburzeń mowy szkoła często wydaje się czynnikiem traumatyzującym. Zaburzenia te jako czynnik patogenny utrudniają niewątpliwie socjalizację uczniów, zwłaszcza gdy stopień nasilenia omawianych zaburzeń niepokojąco wzrasta w sytuacjach stresowych. Obserwowane napięcia emocjonalne, wzmożona reaktywność nerwowa, trema, lęk przed kompromitacją, niechęć do mówienia przeradzająca się niekiedy w mutyzm, ucieczka przed trudnościami, niechęć do nawiązywania kontaktów koleżeńskich lub jawne z nich wycofywanie się mogą być traktowane jako forma samoobrony przed niepowodzeniem. Zaburzenia mowy wydają się wywierać wpływ nie tylko na postępy w nauce uczniów, ale też na ich motywację do nauki szkolnej, gdyż w wielu przypadkach nie mają oni możliwości wykazania się posiadaną wiedzą i swymi umiejętnościami. Lęk przed mówieniem i kompromitacją jest bowiem u nich często silniejszy niż chęć uzyskania pozytywnej oceny. Szczególnie trudna wydaje się sytuacja uczniów jękających się, nierzadko psychotycznych, szukających oparcia w zachowaniach mutystycznych. Najtrudniejsza jest jednak sytuacja szkolna dzieci ze sprzężonymi zaburzeniami rozwojowymi i komunikacyjnymi (np. rynolalią i hotentotyzmem). Mam tu na uwadze przede wszystkim dzieci z mózgowym porażeniem oraz dotknięte



rozszczepem podniebienia i wargi, gdzie wady wymowy są ich pochodną. Wszelkie pojawiające się trudności dziecka nieznaające rozwiązania z czasem przeradzają się w chroniczne stany frustracji i niepowodzeń pociągające za sobą wszelkie tego konsekwencje. Szkoła bywa więc często miejscem pierwszych życiowych porażek i głęboko przeżywanymi niepowodzeniami nie tylko dziecka-ucznia, ale także jego rodziców. Wszelkie zabiegi wychowawcze należy zatem skoncentrować przede wszystkim na usuwaniu czynników utrudniających socjalizację, do których niewątpliwie można zaliczyć zaburzenia mowy, na wygaszaniu bezpośrednich przyczyn zachowań negatywnych, a wzmacnianiu motywacji do zachowań zgodnych ze społecznymi oczekiwaniami.

Na zakończenie warto dodać, że problemy uczniów z zaburzeniami mowy nie kończą się z chwilą ich rozpoznania. Uczniowie z diagnozą zaburzeń mowy z reguły już od pierwszego kontaktu ze szkołą napotykać wiele trudności, niekorzystnie wpływających na ich rozwój psychosomatyczny. Pierwsze niepowodzenia, pierwsze życiowe porażki są niekiedy przyczyną głęboko przeżywanymi osobistych tragedii wielu uczniów, w wielu przypadkach interferujących na cały okres ich nauki szkolnej, a nawet na ich losy jako dojrzałych już ludzi. O dobrym samopoczuciu ucznia i jego pozycji w klasie szkolnej nie zawsze, jak się okazuje, decydują oceny uzyskiwane w szkole, ale też inne czynniki (np. stan zdrowia, osobiste nastawienie do siebie i świata, sposób bycia, stosunek do koleżanek i kolegów, nauczycieli i obowiązków szkolnych, sposób radzenia sobie ze stresem, z trudnościami różnego rodzaju, komfort psychiczny wynikający z poczucia bezpieczeństwa, akceptacji, uznania społecznego rodziców, nauczycieli, rehabilitantów, koleżanek i kolegów). Obserwowane u uczniów z zaburzeniami mowy symptomy zachowań nieakceptowanych społecznie nie mogą być lekceważone ani też traktowane jako symptomy niedostosowania społecznego. Winny być one postrzegane raczej jako sygnał wzywający do zwrócenia na nich szczególnej uwagi i objęcia adekwatną do potrzeb formą terapii (np. psychoterapia, socjoterapia, muzykoterapia).

Biorąc pod uwagę wyniki przeprowadzonych badań i uwagi bezpośrednio z nich wypływające, można sformułować następujące wnioski:

- rozmiar zaburzeń mowy u uczniów szkół podstawowych określony wskaźnikami procentowym zależy od wieku życia uczniów i ich płci;
- zaburzenia mowy rozpoznawane są prawie dwukrotnie częściej u chłopców niż u dziewczyn (prawidłowość tę potwierdzają także inni autorzy, zob. bibliografia);



- im młodszy są uczniowie, tym częściej obserwuje się i odnotowuje u nich wyższy wskaźnik procentowy zaburzeń mowy. Począwszy od klasy V, wskaźnik ten obniża się wydatnie, ale nie redukuje całkowicie;
- najczęściej odnotowaną wadą wymowy jest seplenienie (30,43%). Na drugiej pozycji (wbrew wszelkim oczekiwaniom) – jąkanie (25,54%), na trzeciej różne postaci rotacyzmu (16,3%), na czwartej – hotentotyzm (14,13%), a dalej mutyzm (4,9%);
- stosunkowo wysoki wskaźnik uczniów jękających się tłumaczyć można m.in. napięciem nerwowym, silnymi przeżyciami osobistymi uczniów, którzy często doznają porażek życiowych i upokorzeń, zarówno w szkole, jak i poza nią;
- brak popularności i akceptacji w grupie rówieśniczej obniża zaufanie do siebie, a tym samym wpływa na brak samoakceptacji i szacunku dla siebie (co szczególnie uwidoczniło się u osób jękających się i z diagnozą rynolalii);
- odrzucenie uczniów z zaburzeniami mowy przez rówieśników wywiera wpływ na tworzący się dystans społeczny między nimi. Ten nie daje szansy na nawiązywanie partnerskich relacji i kontaktów między uczniami, często prowadząc do alienacji jednostek słabych konstytucjonalnie i dezintegracji grup rówieśniczych;
- utrudniony kontakt werbalny uczniów, zwłaszcza ze sprzężonymi wadami wymowy (hotentotyzm) i mutyzmem, negatywnie odbija się na postępach w nauce. Dlatego też więcej uwagi, niż to miało miejsce dotąd, poświęcić trzeba samym metodom oceny postępów w nauce tych uczniów. Tradycyjny sposób sprawdzania wiadomości z poszczególnych przedmiotów na zasadzie tzw. odpytywania jest niedoskonały, a niezadowolające postępy w świetle krzywdzącej oceny wywierają negatywny wpływ na motywację do nauki szkolnej i stosunek ucznia do otoczenia;
- uczniów z zaburzeniami mowy już od momentu pierwszej diagnozy trzeba otoczyć specjalną troską i opieką. Objąć ich adekwatną do potrzeb formą pomocy, by nie dopuścić do tego, aby wykształcił się i utrwalił tzw. syndrom Golema<sup>2</sup>;

<sup>2</sup> Z „efektem Golema” nazywanym też „syndromem Golema” mamy do czynienia wówczas, kiedy lekceważący stosunek nauczycieli czy wychowawców wobec dzieci-uczniów z diagnozą wad i zaburzeń mowy i niskie oczekiwania tychże nauczycieli są odpowiedzialne za obniżanie się u nich zdolności intelektualnych, za ich słabe wyniki w nauce oraz za brak motywacji do podejmowania jakichkolwiek wyzwań edukacyjnych.

- działania wychowawcze trzeba skoncentrować nie tylko na samym dziecku-uczniu, ale i jego środowisku wychowawczym, jego rodzicach i rodzeństwie. Zarówno nadmiar troski i opieki (ułatwianie kontaktów przez wyręczanie, spełnianie za dziecko rozlicznych powinności, w tym obowiązków szkolnych), jak też ich brak odnoszą wręcz odwrotny skutek do zamierzonego;
- zaburzenia mowy wywierają wpływ na postępy w nauce, potęgując trudności w zakresie czytania i pisania. Bywają one niekiedy przyczyną zaburzeń w zachowaniu się uczniów;
- podjęta w porę terapia logopedyczna ułatwia uczniowski start, pozwala na wyeliminowanie lub złagodzenie skutków zaburzeń mowy (np. związanych z nimi niepowodzeń szkolnych uczniów);
- w terapii logopedycznej bardziej, niż to czyniono dotychczas, należy skoncentrować się na podmiocie oddziaływań, a więc na samym dziecku-uczniu, które cierpi niekiedy na patologiczny lęk nie przed niepowodzeniem, lecz przed drugim człowiekiem (np. nauczycielem, katechetą, koleżankami, kolegami). Z badań wynika, że stany napięć u osób jękających się wyzwalają tak negatywne, jak i pozytywne emocje (np. uczucie złości, nieporadności, żalu, smutku, cierpienia, porażki, a także radość, entuzjazm czy uniesienie). Wszystkie czynniki zakłócające równowagę zarówno w biologicznym, jak i duchowym życiu jednostki mogą (choć nie muszą) prowadzić do zakłóceń jej poczucia integralności i niezależności osobistej;
- w terapii logopedycznej dzieci-uczników stosować należy metody kompleksowego oddziaływania terapeutycznego, wśród których psychoterapia i socjoterapia winny zajmować jedno z centralnych pozycji;
- w terapii dzieci z takimi zaburzeniami jak jękanie się, mutyzm, ho-tentotyzm – mało przydatne okazują się ćwiczenia artykulacyjne i sztuczne wprawki w mówieniu. W ich przypadku daleko skuteczniejsze okazać się mogą zabawy, płasy, trening integracji sensorycznej, wszelkiego rodzaju teatryki, dialogi czynnościowe, muzykoterapia, logorytmika itp.;
- osobom z zaburzeniami mowy, niezwykle subtelnym i wrażliwym, jest często potrzebna łączność z drugim człowiekiem, w której tkwią tajemnice wartości duchowo-społecznych, dających moc przetrwania, zwłaszcza tym osobom, które czują się zagubione, odrzucone, a nawet marginalizowane.

## Bibliografia

- Demel, G. (1960). Z badań nad związkiem między zaburzeniami mowy a powodzeniem szkolnym. *Życie Szkoły*, 10.
- Demel, G. (1978). *Wady wymowy*. Warszawa: PZWL.
- Dziubeńko, H., Hadryan, R. (1976). *Postępowanie logopedyczne w przypadkach wadliwej wymowy*. Poznań, praca dyplomowa nieopublikowana.
- Gałkowski, T., Fersten, E. (1982). Psychologiczne aspekty rozwoju i zaburzeń mowy u dziecka. W: J. Szumska (red.), *Zaburzenia mowy u dzieci*. Warszawa: PZWL.
- Grabias, S. (1993). Minimalizacja systemu językowego dla potrzeb glottodydaktyki i logopedii. W: B. Paprocka (red.), *Opuscula logopaedica in honorem Leonis Kaczmarek*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Grabias, S. (1997). Mowa i jej zaburzenia. *Audiofonologia*, 10.
- Herzyk, A. (1992). *Afazja i mutyzm dziecięcy. Wybrane zagadnienia diagnozy i terapii*. Lublin: Wydawnictwo Polskiej Fundacji Zaburzeń Mowy.
- Kaczmarek, L. (1977). Rewalidacja dzieci i młodzieży z zaburzeniami mowy. W: A. Hulek (red.), *Pedagogika rewalidacyjna*. Warszawa: PWN.
- Kaczmarek, L. (1988). *Nasze dziecko uczy się mowy*. Lublin: Wydawnictwo Lubelskie.
- Kania, J.T. (1982). *Szkice logopedyczne*. Warszawa: WSiP.
- Kędzior, E. (1994). Doświadczenia dzieciństwa – posag na całe życie. *Kropla*, 8.
- Minczakiewicz, E.M. (1983). Zaburzenia mowy a przystosowanie społeczne jednostki. *Rocznik Komisji Nauk Pedagogicznych PAN*, 30.
- Minczakiewicz, E.M. (1987). Społeczno-emocjonalny aspekt zaburzeń mowy dzieci i młodzieży. *Rocznik Komisji Nauk Pedagogicznych PAN*, 38.
- Minczakiewicz, E.M. (1988a). Postawy rodzicielskie a sytuacja szkolna uczniów z zaburzeniami mowy. *Zagadnienia Wychowawcze a Zdrowie Psychiczne*, 1.
- Minczakiewicz, E.M. (1988b). Zaburzenia mowy jako wyznacznik przystosowania społecznego i pozycji ucznia w klasie. *Rocznik Naukowo-Dydaktyczny WSP w Krakowie*, 119, Prace Pedagogiczne IX.
- Minczakiewicz, E.M. (1990). Samoocena i samoakceptacja młodzieży jękającej się. *Logopedia*, 17.
- Minczakiewicz, E.M. (1993). Dziecko z zaburzeniami mowy w szkole podstawowej. W: J. Wyczesany (red.), *Uczeń o obniżonym poziomie umysłowym w szkole podstawowej*. Częstochowa: WOM.
- Minczakiewicz, E.M. (1994). Zaburzenia mowy u osób z upośledzeniem umysłowym. Próba klasyfikacji. W: J. Ożdżyński (red.), *Polska terminologia logopedyczna*. Kraków: Secesja.
- Minczakiewicz, E.M. (1997). *Logopedia. Mowa – rozwój – zaburzenia – terapia*. Kraków: Wydawnictwo Naukowe AP.
- Popiół, F. (1959). O wadach wymowy u dzieci. *Nowa Szkoła*, 5.
- Reuttowa, N. (1971). Z zagadnień dziecięcego mutyzmu. *Logopedia*, 10.

- Reuttowa, N. (1981). *Dziecko w szkole*. Warszawa: WSiP.
- Sawa, B. (1990). *Dzieci z zaburzeniami mowy*. Warszawa: WSiP.
- Skorek, E. (1994). Sytuacja szkolna dzieci z zaburzeniami mowy. *Scholasticus*, 1–2.
- Sołtys-Chmielowicz, A. (1993). Dyslalia. W: A. Sołtys-Chmielowicz, G. Tkaczyk (red.), *Usprawnianie mowy u dzieci specjalnej troski*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Sołtys-Chmielowicz, A. (1994). Dyslalia – problemy terminologiczne. Próba oceny przydatności klasyfikacji objawowych. W: J. Ozdzyński (red.), *Polska terminologia logopedyczna*. Kraków: Secesja.
- Sołtys-Chmielowicz, A. (2008). *Zaburzenia artykulacji. Teoria i praktyka*. Kraków: Impuls.
- Spionek, H. (1973). *Zaburzenia rozwoju uczniów a niepowodzenia szkolne*. Warszawa: PWN.
- Spionek, H. (1985). *Zaburzenia rozwoju uczniów a niepowodzenia szkolne*. Warszawa: PWN.
- Styczek, I. (1979). *Logopedia*. Warszawa: PWN.
- Tyszkowa, M. (1972). *Zachowanie się dzieci w sytuacjach trudnych*. Warszawa: PWN.
- Zaleski, T. (1992). *Opóźniony rozwój mowy*. Warszawa: PZWL.

## Akty prawne

- Komentarz MEN do Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 11 października 2013 r. w sprawie organizowania wczesnego wspomaganie rozwoju (Dz. U. 2013 r., poz. 1257), <https://men.gov.pl/zwiekszenie-szans/ksztalcenie-specjalne/rozporzadzenie-w-sprawie-organizowania-wczesnego-wspomagania-rozwoju-dzieci.html> [dostęp: 4.04.2015].
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 3 lutego 2009 r. w sprawie organizowania wczesnego wspomaganie rozwoju dzieci (Dz. U. 2009 r. Nr 23, poz. 133), <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsSerlet?id=WDU20090230133> [dostęp: 4.04.2015].
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 11 października 2013 r. w sprawie organizowania wczesnego wspomaganie rozwoju dzieci (Dz. U. 2013 r., poz. 1257), <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsSerlet?id=WDU20130001257> [dostęp: 4.04.2015].
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem (Dz. U. 2012 r., poz. 1100).
- Ustawa z dnia 13 czerwca 2013 r. o zmianie ustawy o systemie oświaty oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. 2013 r., poz. 827), <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20130000827> [dostęp: 4.04.2015].

## DYSLALIA NA TLE INNYCH WAD I ZABURZEŃ MOWY U DZIECI W WIEKU PRZEDSZKOLNYM I SZKOLNYM

**Streszczenie:** Celem opracowania było ukazanie tego, jak poważną przyczyną trudności przystosowawczych i zaburzeń w zachowaniu się zarówno dzieci w wieku przedszkolnym, jak i uczniów w wieku szkolnym są m.in. diagnozowane u nich wady i zaburzenia mowy. Te nie tylko się pojawiają, lecz także nasilają z czasem, tak u przedszkolaków, jak i u uczniów mieszkających i w miastach, i na wsiach. Potwierdzeniem wzrostu nasilających się tego rodzaju problemów są wyniki badań, jakie od lat prowadzi na stosunkowo dużych populacjach dzieci w wieku od 6 do 12 lat. Wśród wszystkich diagnozowanych wad i zaburzeń mowy na pierwszy plan wysuwa się dyslalia wieloraka o stosunkowo dużym nasileniu. Aż trudno w to uwierzyć, że dziś, w dobie komputerów i Internetu ciągle przybywa dzieci z wadami i zaburzeniami mowy, nierzadko prowadzącymi do depresji i do innych zaburzeń o charakterze psychotycznym, wymagających interwencji specjalistów.

**Słowa kluczowe:** wady wymowy, zaburzenia mowy, błędy wymowy, etiopatogeneza wad i zaburzeń mowy, trudne do wyjaśnienia symptomy zachowań uczniów

## DYSLALIA AND OTHER SPEECH RELATED DISORDERS AMONG CHILDREN IN PRE-SCHOOL AND SCHOOL AGE

**Summary:** The purpose of the study was to show how severe, for adolescents and school-aged children diagnosed with defects and speech disorders, are such behavioral disorders that may at the same time cause major adaptation difficulties. These not only appear but also increase in time, both in preschoolers' and in students' populations living in urban and rural areas. As the result of the constant growth and their increasing problems we have decided to conduct a research on relatively large populations of children between 6 and 12 years old. Among all diagnosed speech defects and speech disorders, multi-faceted dyslalia was relatively high in its intensity. It is hard to believe that today, in the age of computers and the Internet, the number of children with speech disorders is still growing and that they often suffer from depression and other psychotic disorders requiring specialist intervention.

**Keywords:** speech defects, speech disorders, speech errors, etiopathogenesis of speech defects and disorders, difficult to explain symptoms of behavior of students