

Dolnośląska Szkoła Wyższa



Podyplomowe Studia
Wczesna Interwencja i Wspomaganie Rozwoju Małego Dziecka

Barbara Górecka – Atkinson

„Wczesne wspomaganie rozwoju mowy dziecka z rodziny dwujęzycznej”

Praca dyplomowa napisana pod kierunkiem
Dr Anny Regner

Wrocław 2013

SPIS TREŚCI

Wstęp	4
I. Rozwój mowy w świetle literatury	5
1.1. Przebieg prawidłowego rozwoju mowy	5
1.2. Uwarunkowania rozwoju mowy	8
1.2.1. Uwarunkowania biologiczne i psychofizyczne rozwoju mowy	8
1.2.2. Uwarunkowania środowiskowe rozwoju mowy	11
II. Dwujęzyczność i jej wpływ na rozwój mowy	14
2.1. Czym jest dwujęzyczność? Podstawowe terminy	14
2.2. Rodzaje dwujęzyczności u dzieci	15
2.2.1. Równoczesne przyswajanie dwujęzyczne	16
2.2.2. Przyswajanie sekwencyjne w wieku przedszkolnym	17
2.2.3. Przyswajanie sekwencyjne w wieku szkolnym	17
2.3. Różnice w uczeniu się języka przez dorosłych i dzieci	18
2.4. Konsekwencje wczesnej dwujęzyczności	18
2.4.1. Rozwój poznawczy a dwujęzyczność	20
2.5. Emocjonalne i psychologiczne implikacje wychowywania w dwujęzycznej rodzinie	21
III. Diagnoza i terapia opóźnionego rozwoju mowy w świetle literatury	23
3.1. Diagnoza opóźnień w rozwoju mowy	23
3.1.1. Standardy postępowania	23
3.2. Rozróżnienie w diagnozowaniu Opóźnienia Rozwoju Mowy (ORM)	24

3.2.1. Samoistne opóźnienie rozwoju mowy (SORM)	26
3.2.1.1. Opóźnienie rozwoju mowy czynnej	27
3.2.2. Niesamoistne opóźnienie rozwoju mowy (NORM)	27
3.3. Ocena stopnia opóźnienia rozwoju mowy	28
3.4. Terapia dzieci z opóźnionym rozwojem mowy	29
IV. Metodologia badań własnych	31
4.1. Przedmiot, cele i problemy badawcze	31
4.2. Metody, techniki i narzędzia badawcze	32
4.3. Przebieg i organizacja badań	33
V. Analiza badań własnych	35
5.1. Charakterystyka badanego dziecka	35
5.2. Analiza badania wstępnego	37
5.3. Program terapii	38
5.4. Badania kontrolne i ocena efektów terapii	43
Podsumowanie i wnioski	45
Zakończenie	46
Biografia	47
Źródła	49

WSTĘP

Niniejsza praca dotyczy wspierania rozwoju mowy u małego dziecka. Praca została napisana na podstawie własnych doświadczeń autorki w niwelowaniu opóźnień rozwoju mowy u dziewczynki z rodziny dwujęzycznej.

Opracowanie jest pracą dyplomową kończąca studia podyplomowe z Wczesnego wspomaganie rozwoju małego dziecka.

Podmiotem pracy jest czteroletnia dziewczynka, którą mam okazję znać od momentu jej przyjścia na świat. Wychowywana jest w rodzinie, polsko–angielskiej, gdzie na porządku dziennym używane są dwa języki. Rodzina mieszka w Polsce więc przeważającą ilość czasu dziecko obcuje z językiem polskim. Ojciec dziecka mówi po angielsku, a matka po polsku. Rodzice natomiast między sobą komunikują się po angielsku. Dziecko spędza sporo czasu w obecności rodziny matki, gdzie wszyscy porozumiewają się po polsku. Dziewczynka od 2 roku życia uczęszczała do żłobka, rok później poszła do przedszkola, gdzie językiem używanym także jest język polski.

Powszechnie wiadomo, że na rozwój każdego człowieka wpływa mowa. To poprzez mowę dziecko nawiązuje kontakty społeczne a przecież to one pomagają budować poczucie własnej wartości i myślenie o sobie. Mowa umożliwia nam wyrażenie samych siebie, wyrażenie własnych uczuć oraz sądów. Aby następował prawidłowy rozwój poznawczy potrzebne jest zdobywanie nowych informacji a te są zdobywane przy udziale mowy właśnie.

Opóźnienie w rozwoju mowy może prowadzić do niechęci do komunikowania się słownego, niskiego poczucia własnej wartości, do wycofywania się z życia społecznego oraz na dalszym etapie do niższych możliwości poznawczych.

W części teoretycznej na podstawie literatury wyjaśniam temat pracy, opisuję jak przebiega prawidłowy rozwój mowy, od czego ten rozwój jest uzależniony, co wpływa niekorzystnie na ten rozwój, jakie są zagrożenia wynikające z dwujęzyczności najbliższego otoczenia i w jaki sposób diagnozuje się opóźnienia w rozwoju mowy.

W części praktycznej przedstawiam techniki zastosowane w pracy z dzieckiem oraz jakie przyniosły one efekty do tej pory. Praca kończy się podsumowaniem i wnioskami.

ROZDZIAŁ I

ROZWÓJ MOWY

W ŚWIETLE LITERATURY

1.1. Przebieg prawidłowego rozwoju mowy dziecka.

Przeglądając literaturę przedmiotu dokonałam wyboru definicji mowy za znanym polskim językoznawcą Leonem Kaczmarkiem.

„Mowa jest to akt procesu porozumiewania się; akt, w którym nadawca słownie przekazuje językowo ustrukturalizowany komunikat (wypowiedź), a odbiorca komunikat ów percypuje, czyli odbiera i rozumie. Jest to czynność polegająca na budowaniu i odbiorze (rozumieniu) komunikatów językowych słownych. Czynności tej towarzyszy wiele zachowań niejęzykowych.” (L. Kaczmarek, 1995). Mowa to używanie języka w procesie porozumiewania się (za: Wikipedia). Służy nam ona do poznawania świata nas otaczającego, do wyrażania myśli i przekonań, do nawiązywania i utrzymywania relacji osobowych.

W literaturze można odnaleźć kilka funkcji jakie spełnia język. Na użytek tej pracy skoncentruję się na dwóch podstawowych, mianowicie funkcja reprezentatywna i komunikacyjna (Kurcz, 2007, Wstęp).

Funkcja reprezentatywna to tworzenie reprezentacji świata nas otaczającego oraz naszego wnętrza w naszym własnym umyśle. Funkcja komunikacyjna pozwala nam na porozumiewanie się z innymi osobami odnośnie tych światów (naszego wewnętrznego oraz tego jaki nas otacza) (*ibidem*).

Aby móc porozumiewać się z inną osobą musimy posiadać taki sam kod znaków (czyli mówić w tym samym języku).

Dziecko przychodząc na świat jest w stanie opanować dowolny język z blisko 6000 języków ludzkich (*jak wyżej*). Który język opanuje zależy tylko i wyłącznie od tego jakim językiem posługuje się jego najbliższe otoczenie.

Prawidłowy rozwój mowy w literaturze przedmiotu jest przedstawiany na dwa sposoby. Pierwszy to rozbicie na osiągnięcia oczekiwane w danym wieku metrykalnym, drugi natomiast sposób to wyróżnienie za L. Kaczmarkiem czterech okresów w rozwoju dziecka (okres melodii, wyrazu, zdania oraz okres swoistej mowy dziecięcej). Ja przedstawiam rozwój mowy w pierwszy sposób, jako, że wydaje mi on się bardziej czytelny.

Uczenie się mowy ma przebieg stadialny i przebiega określonymi etapami następującymi po sobie. Pozwala to określić w którym momencie znajduje się dziecko i czy rozwój mowy przebiega zgodnie z normą. Oczywiście tempo rozwoju mowy i jego przebieg jest indywidualny dla każdego dziecka. Ważne aby nie trzymać się kurczowo określonej normy i nie panikować jeśli nasze dziecko osiąga dany etap rozwoju o cztery tygodnie później niż wskazuje na to tabela. Przyjęło się

ujmować, że normą jest przesunięcie wynoszące do sześciu miesięcy.

Tabela 1. Przebieg rozwoju mowy dziecka (zmodyfikowana wersja)

Wiek dziecka		
W latach	W miesiącach	
1 rok życia „Okres melodii”	0 miesiąc	Krzyk jako pierwszy komunikat od dziecka. Podstawowe dźwięki biologiczne, dźwięki samogłosko podobne w odruchowej wokalizacji.
	1 miesiąc	Po pierwszym miesiącu pojawia się głuźnienie i gruchanie (dźwięki „grr”, „hrr”). Głuźnienie to nieświadome ćwiczenie narządów artykulacyjnych.
	2 m.	Głuźnienie i śmiech. Wokalizacje pierwszych samogłosek, wydawanie dźwięków, które nie przypominają ludzkiej mowy
	3-5m.ż.	Dźwięki samogłosko podobne lub jęczukowe przy zamkniętym lub otwartym torze głosowym; pseudo-głoski z zamkniętym lub otwartym torem głosowym;
	6m.	Początek gaworzenia (pierwsze gardłowe dźwięki, ciągi samogłosek: „aaa”, „eee”, „ooo”, „errrh”). Gaworzenie jest odruchem warunkowym, czyli zamierzonym wydawaniem i powtarzaniem dźwięków. Dziecko zaczyna naśladować słyszane dźwięki charakterystyczne dla języka narodowego. Gaworzenie samo-naśladowcze.
	7-9m.ż.	Kanoniczne gaworzenie (powtarzanie sylab ba-ba, ta-ta). Naśladowanie, powtarzanie oraz samodzielna wokalizacja sylab. Dziecko zaczyna rozumieć wypowiedzi o zabarwieniu emocjonalnym. W 9m.ż. pojawia się wskazywanie palcem oraz rozpoczyna się kształtowanie pola wspólnej uwagi oraz rozumienia intencji komunikacyjnych innych osób.
	10m.ż.	Pierwsze słowa zbudowane z sylab otwartych, rozumienie prostych słów.
2 rok życia „Okres wyrazu”	11-12m.ż.	Stopniowe rozumienie prostych poleceń, nazw niektórych osób, przedmiotów, czynności; samodzielne wypowiedzianie kilku słów (12m.ż). Dziecko ok. 12 m.ż. zaczyna reagować na swoje imię. Jet także w stanie wykonać kilka prostych poleceń (co świadczy o rozumieniu mowy). W słowniku dziecka możemy już zaobserwować samogłoski a, o, u, e, y, i oraz spółgłoski m., p, b, t, d.
	13-16 m.ż.	Doskonali się artykulacja spółgłosek: p, b, m, t, d, n, k, ś, ć czasem ź, dź. Pozostałe głoski zastępowane są łatwiejszymi o zbliżonym miejscu artykulacji. Posługiwanie się nazwami osób, przedmiotów i kilku czynności. Wyrazy zbudowane głównie z replikowanych sylab otwartych (ma-ma, ba-ba).
	17m.ż.	Początki wypowiedzi dwuwyrazowych.
	18m.ż.	Opanowanie ok. 50 wyrazów. Rozwój rozumienia prostych zdań.
	20m.ż.	Początki wypowiedzi kilkuwyrazowych. W tym okresie wypowiada już prawidłowo spółgłoski: p, b, m, f, w, k, g, h, t, d, n, l oraz samogłoski ustne a, o, u, e, y, i, a czasem nosowe: ą, ę. Pod koniec tego okresu pojawia się s, z, c, dz, które wcześniej były zastępowane przez ś, ź, ć, dź. Wymienione głoski nie zawsze są pełnowartościowe, ze względu na małą sprawność narządów

		artykulacyjnych.
		Mówimy o tym, że dziecko osiągnęło rozwój na poziomie wyrazu, gdy jest w stanie realizować część nagłosową wyrazów (pierwszą sylabę) lub końcówkę. Wyraz na tym etapie rozwoju pełni funkcję zdania.
3 rok życia „Okres zdania”	26m.ż.	<p>Mówienie skierowane na komunikację. Początki wypowiedzi w formie pełnego zdania. Stały wzrost słownictwa. Stopniowe ustępowanie charakterystycznej miękkości spółgłosek. Dziecko powinno wymawiać prawidłowo: [a, o e, y, u, i, ą, ę, p, m (także zmiękczone: pi, bi, mi), f, w (fi, wi), t, d, n, ń, l (li), ś, ź, ć, dź, k, g (ki, gi), ch, j, ł], chociaż zdarza się u niektórych dzieci wymawianie konsekwentne głosek [t, d] zamiast [k, g] oraz mylenie głoski [ch] i [f]. Szybki rozwój konstrukcji składniowych. Wzrost sprawności komunikacyjnej i społecznej. W dalszym ciągu brak głosek dźwiękowych (l, r, sz, ż, cz, dż) Typowe zmiany językowe występujące u 3 latków (które mogą się utrzymywać jeszcze do 5 roku życia) to:</p> <ul style="list-style-type: none"> •opuszczanie sylaby początkowej lub końcowej (zupa pomidorowa = zupa midolowa, lokomotywa = komotywa, porasol = palas) •przestawianie głosek (elementarz = emelemtasz, ławka = wałka) •tworzenie nowych wyrazów na podstawie dwóch (zadzwońić + telefonować = zatelefonić) •tworzenie nowych wyrazów na podstawie ich funkcji (żelazko = prasowaczka, fontanna = tryskawica, nabiorę na widelec =zawidelcuje) <p>Według T. Bartkowskiej zaledwie 2,9% dzieci w tym okresie mówi poprawnie w stosunku do właściwej formy mowy dorosłych(za: Horobik).</p> <p>Dziecko trzy letnie jest w stanie zrozumieć naszą wypowiedź pod warunkiem, że mieści się ona w strefie jego wcześniejszych doświadczeń. Dziecko w tym wieku zadaje sporo pytań, zaczyna coraz więcej mówić.</p>
4 rok życia		<p>Stale bogacenie słownictwa, budowanie zdań rozwiniętych i złożonych. Pojawienie się głosek dźwiękowych (oprócz „r”). Wzrost liczby przymiotników i przysłówków. Spadek liczby neologizmów dziecięcych i błędów gramatycznych. Lawinowo wzrastająca liczba pytań. Swobodne nazywanie relacji przestrzennych wyrażeniami przyimkowymi. Jest w stanie zrozumieć dłuższe wypowiedzi. Następuje pionizacja przedniej części języka. Litera „r” pojawia się pod koniec 4 r.ż.</p>
„Okres swoistej mowy dziecięcej”	3-6 r.ż.	Dziecko jest w stanie prowadzić swobodną rozmowę z drugą osobą. System gramatyczny nie jest jeszcze w pełni utrwalony. Zjawiska występujące w wypowiedziach dzieci: kontaminacje (tworzenie wyrazu z dwóch – trzech innych) oraz przestawianie głosek lub sylab.
5-6 rok życia		<p>W pełni ukształtowany system fonetyczno-fonologiczny. Wzrost zdolności narracji. Dziecko wypowiada się wielozdaniowo oraz gramatycznie poprawnie. Proces rozwoju mowy jest zakończony, wzbogaca się tylko słownik.</p>

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Cieszyńska, Korendo (2007), oraz Pluta-Wojciechowska, materiały własne z zajęć.

1.2. Uwarunkowania rozwoju mowy.

Mowa człowieka nigdy nie rozwija się w próżni. Jest ona zawsze uwarunkowana różnymi czynnikami biologicznymi oraz środowiskowymi. Aby mówić musimy mieć sprawne narządy mowy a w korze mózgowej muszą powstawać i być przesyłane odpowiednie sygnały choćby po to aby te aparaty mowy poruszały się prawidłowo.

Mowa jest przypisana gatunkowi ludzkiemu, jest ona nazywana wyższą czynnością psychiczną, dlatego przyjmuję, że aby mogła się rozwinąć i sprawnie działać cały nasz organizm musi ze sobą współpracować.

O tym jak skomplikowaną czynnością jest mowa świadczy choćby fakt, że dziecko uczy się jej podstaw przez około pięć lat. Oczywiście rozwój mowy nie jest wtedy zakończony, gdyż swój zasób słów poszerzamy przez całe nasze życie. W poniższych podrozdziałach zaprezentuję uwarunkowania biologiczne, psychofizyczne i środowiskowe rozwoju mowy.

1.2.1 Uwarunkowania biologiczne i psychofizyczne rozwoju mowy

Czynniki wpływające na rozwój mowy (Pruszewicz, za: A. Bogusławska-Wilczyńska, A. Stopa, K. Kurywczok)

- a) sprawnie funkcjonujący ośrodkowy układ nerwowy,
- b) prawidłowe oddychanie (poprzez nos a nie buzią),
- c) sprawne narządy artykulacyjne (wargi, gardło, język, podniebienie, zuchwa, krtań i płuca).
Dziecko ćwiczy te narządy poprzez ssanie, połykanie i żucie.
- d) poziom rozwoju umysłowego,
- e) słuch,
- f) wzrok.

To jak dane dziecko będzie mówiło (i czy będzie mówiło), zależy od bardzo dużej ilości czynników.

Ad. A) Znaczenie Ośrodkowego Układu Nerwowego dla rozwoju mowy.

W mózgu człowieka znajduje się wiele ośrodków, które są powiązane bezpośrednio lub pośrednio z mową. W tym miejscu chciałabym przedstawić bardzo ogólnie znaczenie O.U.N. w rozwoju mowy, jako, że nie jest to praca naurologopedyczna, neuropsychologiczna ani neurologiczna.

Warto wiedzieć, że dla rozwoju mowy bardzo duże znaczenie ma dominacja półkulowa. U dzieci ze słabo rozwiniętą lateralizacją, często stwierdza się nieprawidłowości w rozwoju mowy (za: Bogacz E.). Dominacja jednej z półkul kształtuje się do około 5 roku życia.

Mózg odpowiada za płynne wykonywanie ruchów, także tych wykonywanych przez aparat mowy, dlatego nawet najmniejsze uszkodzenia powodować będą trudności w artykulacji.

W mózgu znajdują się także ośrodki mowy odpowiedzialne za wytwarzanie jak i rozumienie mowy.

Rozwój mowy jest uzależniony od procesu mielinizacji włókien nerwowych oraz od lateralizacji.

Układ pozapiramidowy jest związany z motoryką mowy.

Ad. B). Prawidłowe oddychanie.

Prawidłowe oddychanie odbywa się poprzez nos. Tylko wtedy powietrze ma szansę się ogrzać do odpowiedniej temperatury. Osoba oddychająca poprzez usta znacznie częściej zapada na infekcje górnych dróg oddechowych a mówiąc nie jest w stanie wytworzyć odpowiedniego ciśnienia w jamie gardłowo-nosowej. Ważne aby pilnować dzieci czy oddychają prawidłowo (także w czasie snu). Oddech poprzez nos będzie nie możliwy jeśli dziecko jest przeziębione i ma katar (dlatego należy zadbać o drożność nosa np. poprzez nauczenie starszego dziecka jak dmuchać nos¹, w przypadku niemowlaków to opiekun musi zadbać o oczyszczenie nosa dziecka).

Oddychanie przez usta przyczynia się także do powstawania nieodpowiedniego zgryzu (co wtórnie wpływa na złą artykulację dźwięków).

Skutki nieprawidłowego toru oddechowego:

- nieprawidłowa pozycja spoczynkowa języka (ślinienie się)
- powstawanie i utrwalanie się wad wymowy (międzyzębowa realizacja głosek t, d, n, l, s, z, c, dz brak głosek ł, sz, ż, cz, dż, r)
- hipotonia mięśnia okrężnego warg
- wiotkość mięśni policzkowych
- obniżone napięcie i wiotkość żwaczy (trudności w żuciu)
- częste infekcje górnych dróg oddechowych
- przerost migdałków podniebnych
- zaburzenie barwy głosu lub zmiana barwy głosu
- niedosłuch
- zmiana rysów twarzy (twarz asymetryczna)
- kształtowanie się wad postawy (hiperlordoza odcinka lędźwiowego i szyjnego, zaokrąglone plecy)
- niedotlenienie układu nerwowego (zaburzenie koncentracji, zwiększona męczliwość,

1 Patrz ćwiczenie ze świeczką w rozdziale z terapią.

trudności w nauce).

Ad. C). Sprawne narządy artykulacyjne.

Mówienie wymaga bardzo precyzyjnych ruchów mięśni narządów artykulacyjnych. Jeśli mięśnie te są zbyt słabe dziecko takie nie będzie w stanie mówić poprawnie. Już przed przyjściem na świat dziecko zaczyna ćwiczyć mięśnie, naukę tą kontynuuje po narodzeniu a pomagają mu w tym podstawowe czynności dnia codziennego.

➤ Karmienie dziecka:

Bardzo ważny jest sposób karmienia dziecka, począwszy od tego czym (jaki pokarm) dziecko jest karmione oraz od tego jaki „sprzęt” jest do tego karmienia używany. Każda matka powinna wiedzieć jak długo powinno dziecko być karmione piersią, jaka pozycja jest najlepsza, kiedy można włączyć inny pokarm, jaką konsystencję powinien on mieć oraz czym go podać. Powinna też wiedzieć od kiedy karmić łyżeczką i jaka ta łyżeczka powinna być. Należy wiedzieć kiedy przestać karmić dziecko i pozwolić mu na samodzielność w tej materii. Należy też wiedzieć kiedy najlepiej odstawić smoczek i butelkę.

Najbardziej korzystnym ze względu na rozwój mowy sposobem karmienia dziecka jest karmienie piersią. Wynika to z prostego faktu, iż poprzez takie karmienie, dziecko ćwiczy w naturalny sposób mięśnie warg, policzków oraz języka. Pokarm z butelki wydostaje się do buzi dziecka przy znacznie mniejszym jego udziale, dlatego też mięśnie są ćwiczone w mniejszym zakresie. Pominę w tym miejscu znaczenie budowania więzi emocjonalnej, gdyż nie tego dotyczy ta praca.

Przedłużające się karmienie butelką jak i zbyt długie ssanie smoczka lub palców powoduje utrudnienia dla języka w dotarciu do podniebienia, unoszący się wtedy język z konieczności przemieszcza się do przodu, co w przyszłości będzie skutkowało trudnościami w prawidłowym artykulowaniu (Wajman A.).

Aby narządy artykulacyjne kształtowały się prawidłowo ważne jest odpowiednie ułożenie dziecka w czasie karmienia (głowa wyżej niż reszta ciała i w tej samej linii co kręgosłup). Należy zadbać także o odpowiednie ułożenie dziecka do snu (głowa lekko uniesiona, nie na płasko ale także nie za wysoko).

➤ Połykanie:

Rozróżniamy połykanie niemowlęce oraz dorosłe.

Połykanie niemowlęce polega na tym iż język wysunięty jest między szczęki, silny skurcz mięśni policzków i warg. W początkowym okresie język wykonuje ruchy tylko w poziomie. Ruchy w płaszczyźnie pionowej końcówki języka są dopiero możliwe po wyrośnięciu pełnego uzębienia

mlecznego (ok 3-4 rok życia). Zęby uniemożliwiają językowi przesuwanie się do przodu. Wtedy to mówimy już o połykaniu dorosłym, którego cechą jest właśnie to, że możliwa jest pionizacja języka a w czasie połykania język ułożony jest na podniebieniu (Wajman).

Ad. D) Upośledzenie umysłowe a rozwój mowy:

Funkcjonowanie poznawcze poniżej przeciętnej jest najczęstszą przyczyną opóźnienia w rozwoju mowy lub nieprawidłowości w tym rozwoju. Często zdarzają się deformacje językowe, wadliwa artykulacja, jąkanie, zniekształcenia treści wypowiedzi, ubogi słownik czynny oraz bierny. Zdania są krótkie, proste, często niepoprawne gramatycznie. Tempo wymowy nieprawidłowe, zdarzają się trudności z płynnością wypowiedzi.

Dzieci z upośledzeniem umysłowym w stopniu lekkim tworzą słowa ok. 3 roku życia, zdania w 5-6 roku życia.

Dzieci z upośledzeniem umiarkowanym słowa zaczynają tworzyć średnio około 5 roku życia a zdania około 10 roku życia.

Dzieci z upośledzeniem umysłowym w stopniu głębokim używają kilka najprostszych słów lub nigdy nie zaczynają mówić (trudności w rozumieniu mowy są podobne) (.

Ad. E) Wpływ ubytków słuchu na rozwój mowy:

- niedosłuch przewodzeniowy wpływa na gorsze odbieranie głosek: a, o, u, r, p, b, m, n. Głoski te są przez takie dziecko wymawiane nieprawidłowo.
- niedosłuch czuciowo-nerwowy wpływa na gorsze słyszenie głosek szczelinowych (s, z, sz, ż, ś, ź) i zwarto-szczelinowych (c, dz, cz, dż, ć, dź).
- im większy ubytek słuchu tym większe trudności w rozwoju mowy.

Ad. F) Wpływ wzroku na rozwój mowy:

Dziecko uczy się mowy na kilka sposobów. Podstawowym jest naśladowanie dźwięków wydawanych przez najbliższe otoczenie. Pomocą w poznaniu świata otaczającego są oczy a konkretnie możliwość widzenia tego co wokoło nas jest. Dziecko eksploruje otoczenie i poprzez to poznaje nowe przedmioty i zjawiska. Niestety dziecko niewidzące nie będzie w stanie pewnych rzeczy dostrzec i w związku z tym nie będą one w stanie malca zainteresować a w rezultacie nie będą dlań istnieć. W skrócie można to przedstawić równaniem widzę = manipuluję, poznaję,

interesuje się tym, a rodzic nazywa więc dziecko jest w stanie też nazwać.

1.2.2. Uwarunkowania środowiskowe rozwoju mowy

Najważniejszym czynnikiem wpływającym na rozwój mowy jest poziom umysłowy dziecka oraz poziom kulturalny środowiska otaczającego dane dziecko (Sadowska, 2011). Niestety od czasu do czasu w dalszym ciągu wyłaniają się przykłady wskazujące na to, że mowa nie rozwinię się bez stymulacji językowej z zewnątrz (mam na myśli przykłady dzieci, które nigdy mowy ludzkiej nie słyszały w wyniku izolacji od rasy ludzkiej – czyli dzieci wychowane przez zwierzęta).

Każde dziecko przychodzi na świat z genetycznym uwarunkowaniem do tego aby mówić. Ale aby wyzwolić ten potencjał, dziecko musi być otoczone językiem, czyli ludźmi, którzy doń mówią. Nikogo chyba już nie trzeba przekonywać do tego, że mowa nie może się rozwinąć bez stymulacji z zewnątrz.

Dziecko uczy się mowy poprzez słuchanie opiekunów i będąc z nimi w interakcji. Dla rozwoju mowy dziecka ważne jest aby mówić do niego jeszcze przed jego narodzeniem. Dziecko uczy się już wtedy melodii języka. Po narodzinach dziecko przebywa z opiekunem (zazwyczaj matką) w bardzo bliskiej relacji twarzą w twarz. Istotne jest aby w tych momentach matka mówiła do dziecka tłumacząc wszystko co dzieje się dookoła. Będąc w pozytywnej relacji dziecko będzie „kojarzyło” przebywanie z inną osobą z wymianą komunikatów.

Jeśli rodzice mało mówią do dziecka lub wręcz zalewają je językiem, mogą oni spowodować, że nie będzie chciało ono mówić. Podobnie, jeśli rodzic mówi niewyraźnie lub nieprawidłowo. Dziecko będzie kopiować sposób mówienia najbliższego otoczenia, dlatego ważne jest aby mówić do dziecka poprawnie, bez pośpiechu, spokojnie i cierpliwie, bez naśladowania mowy dziecięcej i zmiękczenia końcówek wyrazów.

Podsumowując można stwierdzić, że idealne środowiskowe warunki dla rozwoju mowy to:

- motywowanie dziecka do mówienia poprzez rozmawianie z nim od najwcześniejszych momentów jego życia,
- rozmawiając z dzieckiem używamy prostych zdań, które zawierają głównie znane dziecku słowa,
- gdy dziecko coś mówi – to mu nie przerywamy,
- dorosły wypowiada się poprawnym językiem (odpowiednia artykulacja oraz gramatyka),
- nie można dziecka zmuszać do mówienia, można jedynie zachęcać
- dziecko od urodzenia uczestniczy w tzw. „kąpeli słownej” (tłumaczymy wszystko co się

dzieje w najbliższym otoczeniu dziecka),

- dziecko obserwuje dorosłych, którzy ze sobą rozmawiają w naturalny i normalny sposób (czyli zadają sobie pytania i na nie odpowiadają, opowiadają sobie sytuacje dnia codziennego),
- dziecko jest aktywnym uczestnikiem czytania książeczek dostosowanych do jego wieku (czyli czytamy i opowiadamy obrazki, pytamy się dziecka co widzi i jak myśli co tam się wydarzyło),
- śpiewamy i uczymy się wierszyków wraz z dzieckiem,
- bawimy się językiem (zabawy w słowa, wyliczanki itp.).

Znacznie szerszym aspektem w rozwoju mowy jest dwujęzyczność rodziców dziecka. Ale na tym aspekcie skupiam się w rozdziale poświęconym dwujęzyczności.

Zagrożeniem dla prawidłowego rozwoju mowy u dziecka są:

- zbyt długie karmienie butelką,
- zbyt długie ssanie smoczka,
- ssanie kciuka,
- chroniczny katar lub często nawracające zakażenia górnych dróg oddechowych,
- przerośnięty trzeci migdał lub przerośnięte migdałki podniebienne,
- wady zgryzu,
- krótkie wędzidełko podjęzykowe,
- rozszczepy podniebienia i/lub warg,
- nieprawidłowe oddychanie,
- niedosłuch,
- dostarczanie nieprawidłowych wzorców wymowy.

Powyższe czynniki wskazują ich wpływ na rozwój mowy.

ROZDZIAŁ II

DWUJĘZYCZNOŚĆ I JEJ WPŁYW NA ROZWÓJ MOWY

Wprowadzenie

Niemalże niepodważalną wiedzą w dzisiejszych czasach jest fakt, że aby mówić trzeba tej umiejętności się nauczyć. Nie jest ona nam dana. Człowiek przychodząc na świat ma biologiczne wyposażenie aby mowę nabyć ale to czy mówić będzie (i jak ta mowa będzie wyglądała) zależy od doświadczeń wczesnodziecięcych.

W literaturze autorzy często zaznaczają, że nabycie umiejętności mówienia jest nauką niełatwą. W tej części pracy chciałabym przedstawić jak wygląda sytuacja dziecka, które zamiast jednego języka musi nauczyć się dwóch.

Dokonałam teoretycznych rozważań nad tym czy dziecko takie jest w lepszej czy gorszej sytuacji niż rówieśnicy. Przedstawię badania, które ukazują jakie są różnice w nabywaniu jednego bądź dwóch języków. Przedstawię wyniki badań, które ukazują pozytywne i negatywne konsekwencje, dwujęzyczności.

Rozważania rozpocznę od wprowadzenia w teorię dotyczącą tego czym owa dwujęzyczność jest i jakie są jej rodzaje.

2.1. Czym jest dwujęzyczność? Podstawowe terminy

Niektóre definicje dwujęzyczności rozumieją ją jako opanowanie dwóch języków na takim samym poziomie równym jak u osób jednojęzycznych. Czyli zgodnie z takim rozumieniem osoba dwujęzyczna posługuje się dowolnie dwoma językami na poziomie języka ojczystego.

Najprościej można byłoby powiedzieć, że *dwujęzyczność to posługiwanie się dwoma językami*. Nie jest to jednak definicja pełna. Francis Grosjean definiuje dwujęzyczność jako *regularne używanie dwóch języków*, przy czym kompetencja osiągnięta w obu językach nie jest istotna (za: Wróblewska-Pawlak K.).

Ja przyjmuję, że dwujęzyczność ma miejsce wtedy, gdy u danej osoby umiejętności komunikacyjne w obu językach pozwalają jej na swobodne przechodzenie z jednego języka na drugi, w zależności od odbiorcy. Osoba dwujęzyczna wyraża się swobodnie w obu językach w ważnych obszarach życia codziennego. Pełna dwujęzyczność będzie miała miejsce, gdy taka osoba potrafi mówić, pisać i czytać w obu językach. W moim odczuciu naturalna dwujęzyczność ma miejsce wtedy, gdy osoba jest wychowywana od urodzenia w otoczeniu dwóch języków i w związku z tym potrafi poruszać się w dwóch kulturach i konwencjach językowych. Naturalna dwujęzyczność będzie więc czymś więcej niż wyuczeniem się języka. Aby oba języki były ojczyste, gestykulacja, mimika i melodia mówienia muszą być dopasowane do każdego z tych języków. Osoba taka musi myśleć i czuć w taki sam sposób jak osoby jednojęzyczne każdego z tych języków.

Naturalna dwujęzyczność będzie więc miała miejsce w sytuacji *równoczesnego nabywania języków*, zazwyczaj w sytuacji wychowywania się w rodzinie, gdzie jeden rodzic mówi w jednym a drugi rodzic w drugim języku (tzw. rodzina mieszana lub dwujęzyczna).

Dwujęzyczność zrównoważona ma miejsce wtedy, gdy stopień kompetencji w obu językach jest taki sam (Kurcz I., 2007). *Dwujęzyczność pełna* ma miejsce wtedy, gdy kompetencja językowa¹ i komunikacyjna² są rozwinięte w obu językach zarówno w mowie, jak i w piśmie.

Najpowszechniej stosowane rozróżnienie w terminach związanych z dwujęzycznością jest następujące:

- *dwujęzyczność równoczesna* ma miejsce wtedy, gdy drugi język został wprowadzony przed 3 rokiem życia dziecka,
- *dwujęzyczność sukcesywna* to sytuacja, gdy drugi język został wprowadzony później niż w trzecim roku życia dziecka (lub osoby dorosłej) (*jak wyżej*).

Oczywiście w obu sytuacjach dzieci mają szansę opanować język równie dobrze, ale różny będzie przebieg samego uczenia się.

Dwujęzyczność dzielimy ze względu na to:

- kiedy były przyswajane oba języki (czyli czas, kiedy był nabywany dany język),
- jaka była sytuacja nabywania obu języków (np. w domu, w sytuacjach codziennych język L1, poza domem - szkoła, praca, zakupy - język L2),
- czy były przyswajane³ czy wyuczone⁴.

W literaturze powszechne jest stosowanie określonych oznaczeń L1 i L2, przy czym L1 oznacza pierwszy nabywany język a L2 oznacza drugi nabywany język (*ibidem*), w dalszej części tej rozprawy także będę posługiwać się tymi symbolami.

2.2. Rodzaje dwujęzyczności u dzieci

Podział rodzajów dwujęzyczności jest uzależniony od tego jaka jest sytuacja nabywania L1 i L2. Czym innym jest sytuacja, gdy dziecko mieszka z dwojgiem rodziców jednojęzycznych ale rodzina mieszka w obcym kraju, dziecko chodzi do przedszkola/szkoły i tam uczy się innego języka. Przy czym zazwyczaj w takiej sytuacji dziecko takie zaczyna obcować z L2 w wieku około 3 lat (lub później), gdy L1 jest już dość dobrze opanowany.

Inna jest sytuacja, gdy dziecko pochodzi z rodziny, gdzie na porządku dziennym używane są dwa

1 Kompetencja językowa - to zdolność człowieka do rozumienia i tworzenia zdań w jakimś języku (Chomsky N. za: Kurcz I. 2007, str. 11).

2 Kompetencja komunikacyjna - to zdolność do posługiwania się (...) językiem odpowiednio do słuchacza i do sytuacji społecznej... (Hymes D. za: Kurcz I. 2007, str.11).

3 Przyswajanie języka ma miejsce wtedy, gdy nabywanie języka jest procesem niekierowanym (czyli bez nauczyciela). Przyswajanie odbywa się w warunkach naturalnego przebywania w środowisku posługującym się danym językiem.

4 Uczenie się języka - ma miejsce wtedy, gdy jest to proces kierowany przez inną osobę (nauczyciela).

inne języki, gdzie jednym z tych języków posługuje się także otoczenie.

W tejże pracy skoncentruję się na sytuacji drugiego rodzaju. Dlatego też pozostałe sytuacje nabywania drugiego języka opiszę bardzo ogólnie i skrótowo.

Tabela nr 2: Rodzaje przyswajania języka ze względu na wiek

Przybliżony wiek	Przyswajanie L1	Przyswajanie L2	Rodzaj przyswajania
0-3	+	-	Jednojęzyczne przyswajanie L1
0-3	+	+	Dwujęzyczne przyswajanie L1
Od 3 (4) do okresu dojrzewania	+	+	Przyswajanie L2 przez dziecko
Po okresie dojrzewania	-	+	Przyswajanie L2 przez dorosłego

Źródło: Klein Wolfgang (za: Kurcz I. 2007, str.102).

W literaturze przedmiotu znaleźć można rozróżnienie na strategie nauczania dziecka L2:

A) *strategia osoby*: określony rodzic mówi do dziecka tylko w jednym języku, czyli matka mówi w L1 a ojciec mówi do dziecka w L2. Sytuacja taka zazwyczaj prowadzi do dwujęzyczności równoczesnej.

B) *strategia miejsca*: określony język jest przypisany do określonego miejsca. Z taką sytuacją mamy do czynienia na różne sposoby: po pierwsze, gdy dziecko jest wychowywane w rodzinie jednojęzycznej ale w innym kraju (np. polskie małżeństwo mieszkające w obcym kraju) lub gdy L1 jest stosowane w domu a L2 w szkole/przedszkolu.

C) *strategia czasu*: dany język L1 jest stosowany w pewnym czasie a L2 w innym czasie (L2 w określone dni lub pory dnia).

D) *strategia przemienna*: okresy mówienia w L2 są dłuższe niż w strategii czasu (np. dziecko wychowywane przez polskojęzyczną rodzinę jedzie na wakacje do dziadków mieszkających w innym kraju i mówiących w L2) (*ibidem*).

Szeroko rozpowszechnianą teorią jest iż strategia osoby jest najbardziej korzystna dla dziecka i jego przyswajania językowego.

2.2.1. Równoczesne przyswajanie dwujęzyczne

Jednoczesne przyswajanie dwóch języków jest czasami nazywane dwujęzycznością wczesnego dzieciństwa (*infantile bilingualism*). Tak określana jest sytuacja, gdy każdy z rodziców mówi do dziecka w swoim ojczystym języku (matka L1, ojciec L2). Bain i Yu (za: Kurcz, str. 167) twierdzą, że taka sytuacja jest sytuacją najbardziej optymalną i prowadzi w rezultacie do tego, że oba języki będą przyswojone jako ojczyste⁵ i znane danemu dziecku w takim samym stopniu. Dzieci mogą opanować wtedy właściwą gestykulację, melodię mowy i gramatykę danego języka.

⁵ Bain i Yu twierdzą, że aby taka sytuacja miała miejsce rodzice muszą mówić do dziecka w swoich ojczystych językach nieprzerwanie przez minimum trzy i pół roku od narodzenia się tegoż dziecka.

Taylor (*ibidem*) sugeruje, że początkowo (przez pierwsze cztery lata życia dziecka) dziecko może mieć trudności z opanowaniem języka, ale w końcowym efekcie struktura pojęciowa będzie bogatsza niż u dziecka jednojęzycznego.

Zakładając, że dziecko w domu na co dzień obcuje z L1 i L2 w takim samym stopniu (czyli mama i tata mówią do tego dziecka porównywalnie tyle samo, ale w innym języku każdy z nich) a otoczenie mówi także w L1, mamy do czynienia z sytuacją *dwujęzyczności symultanicznej* (inaczej współrzędnej lub równoczesnej). W literaturze istnieje także inna nazwa *dwujęzyczność wczesna*.

Oczywiście czysta dwujęzyczność równoczesna jest niezmiernie rzadka, gdyż zazwyczaj z czasem dochodzi do sytuacji, gdzie jeden z języków staje się ważniejszy (bardziej potrzebny). W takiej sytuacji drugi język nie ma takich samych reprezentacji umysłowych u danej osoby i jest wypierany przez ten częściej stosowany (lub o większym prestiżu społecznym⁶). Co nie jest równoznaczne z jego zapomnieniem, gdyż jeśli rodzice konsekwentnie komunikują się z dzieckiem w swoich językach, dziecko będzie znało oba.

Im mniej równowagi w sposobie przyswajania języków (ilość czasu obcowania z L1 i L2, mieszanie strategii nauczania), tym bardziej prawdopodobne, że oba języki będą rozwijały się inaczej niż u osób jednojęzycznych. Często konsekwencją takiej sytuacji będzie dwujęzyczność nie zrównoważona⁷.

2.2.2. Przyswajanie sekwencyjne w wieku przedszkolnym

Podstawą rozróżnienia tego przyswajania od poprzedniego rodzaju jest czas. Tego rodzaju przyswajanie ma miejsce w sytuacji, gdy dziecko opanowało już podstawowe umiejętności językowe L1. Autorzy przyjmują wiek od około 3 lat (za: Kurcz I., 2007, str. 144).

2.2.3. Przyswajanie sekwencyjne w wieku szkolnym

Takie przyswajanie L2 ma miejsce, gdy dziecko jest już w wieku szkolnym, czyli posiada więcej niż tylko podstawowe informacje na temat L1, w tym wieku jest się w stanie swobodnie porozumiewać, ma także inne możliwości poznawcze. Jeśli do tego wyobrazimy sobie, że znacznie bardziej ukształtowane są wszelkie formy fleksyjne a mięśnie ustno-twarzowe nie są już tak plastyczne, to widzimy, że uczenie się języka w tym wieku ma już inną naturę niż przyswojenie języka w wieku wcześniejszym.

Badania wskazują, że dzieci, które nabyły L2 w warunkach naturalnych (tu niekierowanych) lepiej radzą sobie z L2 w szkole tylko, gdy w warunkach naturalnych ich drugi język był bogatszy (czyli nie tylko stosowany w sytuacjach życia codziennego ale także, gdy osoby takie pogłębiały znajomość L2 poprzez np. książki) (*jak wyżej*).

6 Zazwyczaj bywa tak, że język ma szansę przetrwać u danej osoby jeśli otoczenie podkreśla znaczenie znajomości tego języka. Stąd tak częste "zapominanie" języka polskiego u dzieci emigrantów. Zapominanie ma miejsce wtedy, gdy rodzice umniejszają znaczenia języka polskiego.

7 Dwujęzyczność nie zrównoważona - jeden język będzie nadrzędny.

2.3. Różnice w uczeniu się języka przez dorosłych i dzieci

Z badań wynika, że dorośli uczący się drugiego języka w warunkach kierowanych (czyli poprzez uczenie się a nie w warunkach naturalnych) w swoich wypowiedziach bardziej zwracają uwagę na wartość semantyczną swojego przekazu niż na sam przekaz (czyli bardziej zwracają uwagę na to jak mówią niż na to co chcą przekazać) (*ibidem*). Dzieci natomiast bardziej zwracają uwagę na to co chcą przekazać w L2 a nie na to jak to przekażą. Różnica polega zapewne z różnego poziomu poznawczego u dzieci i dorosłych i zupełnie innej wiedzy metajęzykowej.

Zapewne to jest właśnie powód swoistej i częstej "nieśmiałości" osób dorosłych do mówienia w obcym języku.

Nie zauważono takiej zależności u dorosłych, którzy uczą się języka L2 w warunkach naturalnych (np. podejmując pracę z osobami komunikującymi się wyłącznie L2).

Niektóre źródła podają, że drugi język można przyswoić tak jak ojczysty tylko w sytuacji, gdy mamy z L2 regularny i częsty kontakt przed 6 rokiem życia (za: Stręk K., 2006).

2.4. Konsekwencje wczesnej dwujęzyczności

W opisywaniu konsekwencji dwujęzyczności zaznaczały się różne tendencje, które były uzależnione od różnych czynników.

Początkowo badacze usiłowali dowodzić, że dwujęzyczność jest ułomnością i niesie ze sobą tylko złe skutki. Wnioski takie badacze wysnuwali na podstawie dwóch założeń:

- osoby dwujęzyczne mówią w jednym języku ale myślą w drugim, co w konsekwencji musi prowadzić do chaosu w umyśle,
- zakładano, że możliwości przetwarzania ludzkiego mózgu są ograniczone, więc skoro dzieci dwujęzyczne posługują się dwoma językami, tym samym przeciążają swój mózg (Kurcz I., 2007 str.156) i prowadzą do wolniejszej i mniej wydajnej jego pracy.

Sposób myślenia o dwujęzyczności zaczęli zmieniać badacze kanadyjscy Elizabeth Peal i Wallace Lambert, którzy w swoich badaniach zwracali uwagę na dobór dzieci do grupy badawczej. Porównywali oni dzieci z tej samej klasy społecznej (*jak wyżej*).

Do dziś nie ma jednolitego stanowiska w sprawie daleko idących konsekwencji wczesnego nabywania dwóch języków jednocześnie.

Jagoda Cieszyńska wskazuje, że dwujęzyczność klasyczna (jeden rodzic-jeden język) jest przyczyną Opóźnienia Rozwoju Mowy jedynie w pierwszym etapie kształtowania się mowy. Jej konkluzje są podobne do tych czynionych przez Taylor (patrz podpunkt 2.2.1. tego rozdziału)(Cieszyńska J., 2010). Cieszyńska wskazuje bardziej precyzyjnie czego dotyczy opóźnienie w rozwoju mowy u dziecka dwujęzycznego, mianowicie:

"spowolnienie procesu kształtowania systemu językowego dotyczy semantyki (słownictwa), fleksji (odmiany wyrazów) i syntaktyki (reguł budowania zdań)".

Różnice pomiędzy rozwojem mowy dzieci dwu- i jednojęzycznych zaczynają zanikać, gdy dzieci te osiągają wiek około 4 roku życia, ale tylko gdy rodzice konsekwentnie i świadomie pracują z dzieckiem nad jego rozwojem mowy.

Najważniejszą sprawą w rozwoju mowy u dzieci dwujęzycznych jest fakt wskazywania na znaczenie jakie ma znajomość obu języków.

Zazwyczaj jest tak, że jeden z języków jest "mocniejszy", to znaczy lepiej znany bądź chętniej używany. To który będzie to język zależy w głównej mierze od tego, jak często dziecko ma kontakt z tym językiem i jakie ma do niego nastawienie. Zasada jest prosta - im więcej dziecko obcuje z danym językiem - tym lepiej go zna.

Dzieci dwujęzyczne, w szczególności między 2 a 4 rokiem życia, czasami mieszają języki, zapożyczają słowa, czasami mieszają zdania. W lingwistyce opisywane jest zjawisko *interferencji*, które polega na tym, że gdy osoba dwujęzyczna mówi w jednym języku w jej mowie słychać wpływ drugiego i tak na przykład osoba taka przenosi reguły, struktury gramatyczne bądź leksykalne. W ten sposób powstają nowe częściowo błędne struktury językowe. Interferencje mogą występować na poziomie wymowy (akcent), słownictwa (nietypowe zestawianie wyrazów) i na poziomie budowy zdania.

Kolejnym zjawiskiem jest *przełączanie kodów*, czyli szybka, świadoma zmiana języka. Zjawisko to jest możliwe w przypadku dużej sprawności komunikacyjnej w obu językach, zazwyczaj pojawia się po 8 roku życia.

Sam fakt bycia wychowywanym w rodzinie dwujęzycznej nie oznacza wprost o konieczności pojawienia się trudności w funkcjonowaniu. Dzieci z rodzin dwujęzycznych tak samo często mają trudności (upośledzenie umysłowe, zaburzenia zachowania, nadpobudliwość czy opóźnienia w rozwoju mowy). Dwujęzyczność jest po prostu dodatkowym obciążeniem. Jeśli nie ma zaburzeń funkcjonowania to fakt konieczności poradzenia sobie z dwoma różnymi kodami językowymi w takiej sytuacji nie będzie powodował pogorszenia sytuacji takiego dziecka. Ale w sytuacji kiedy np. system nerwowy jest obciążony lub mniej sprawny, dwujęzyczność będzie zwiększała stopień trudności.

To czy problemy wystąpią zależy od dużej ilości czynników i ich zadziałania.

Sytuację dwujęzycznego dziecka dobrze może oddać następująca analogia: założmy, że dziecko dwujęzyczne to ziemia uprawna a dwujęzyczność to ziarno. Jeśli ta ziemia jest słaba, ma mało witamin (zasobów), to choćbyśmy rozsiali dobre ziarno (jeden tylko język) ale nie podlewali - nic nam nie wyrośnie. Ale jeśli ziemia jest mocna i posadzimy nawet słabsze ziarno ale będziemy o uprawę dbać (wspierać, pomagać) i nawozić ją - to z tego ziarna wyrośnie dorodna roślina.

To sytuacja życiowa dzieci dwujęzycznych decyduje o tym czy dwujęzyczność będzie

zagrożeniem czy szansą rozwoju.

Dlatego najważniejsze w wychowywaniu takich dzieci jest to aby wspierać je w pokonywaniu trudności, stosować zasadę jeden rodzic-jeden język, wzmacniać znaczenie obu języków, stosować "kąpiele słowne" w każdym z języków, nie naciskać dziecka aby mówiło tylko zachęcać.

Ogólne wnioski z badań nad dwujęzycznością wskazują, że nie wywiera ona szkodliwego wpływu na rozwój językowy i poznawczy pod warunkiem, że będzie zachowana równowaga pomiędzy częstością używania L1 i L2.

2.4.1. Rozwój poznawczy a dwujęzyczność

Peal i Lambert dowodzą, że dzieci dwujęzyczne:

"konceptualizują zdarzenia zewnętrzne w kategoriach właściwości ogólnych, bez uciekania się do symboli językowych (...) w rezultacie posługują się one pojęciami abstrakcyjnymi i relacjami sprawniej niż dzieci jednojęzyczne"(Kurcz I., str. 156).

Późniejsze badania potwierdziły ich wnioski, że dzieci dwujęzyczne są sprawniejsze w zamiennym używaniu nazw i posługiwaniu się nimi w zdaniach. Natomiast łatwość przyswajania nazw była identyczna w obu grupach.

W wielu badaniach nad bilingwizmem badacze wykazali, że dzieci dwujęzyczne wykazują przewagę w zakresie myślenia dywergencyjnego⁸ (*ibidem*, str 162). Dodatkowo w swoich badaniach Scott (*tamże*) dowodził, że wpływ dwujęzyczności na to myślenie rośnie wraz z wiekiem.

Cummins badał natomiast aspekty współzależności dwujęzyczności a funkcjonowaniem poznawczym, mianowicie:

- czy uczenie się przebiega w sposób bardziej elastyczny w wyniku możliwości przełączania się pomiędzy językami,
- czy dziecko takie faktycznie ma więcej doświadczeń i w wyniku tego rozwój poznawczy przebiega szybciej.

W późniejszych swoich badaniach Cummins opisał hipotezę współzależności w rozwoju (*developmental interdependence hypothesis*), która mówi, że to w jakim stopniu dziecko osiągnie biegłość w L2 zależy od tego jak dobrze radzi sobie z L1 (dzieci, które zachowały znajomość języka ojczystego, osiągnęły najlepsze wyniki w przyswajaniu L2).

Cummins wyróżnił trzy progi opanowania języka i opisał zależności pomiędzy nimi a rozwojem intelektualnym dzieci. Koncepcję tą przedstawia poniższy rysunek.

⁸ Myślenie dywergencyjne to myślenie wielokierunkowe, prowadzące do rozwiązania problemu o wielu możliwych rozwiązaniach. Jest uważane za synonim bycia twórczym.

Najwyższy poziom: wyrównana dwujęzyczność Dziecko opanowało L1 i L2 na poziomie odpowiednim do wieku i ma to pozytywny wpływ na rozwój poznawczy.
Drugi próg
Poziom średni: jednostronna dwujęzyczność Dziecko posiada umiejętności odpowiednie do wieku w jednym z dwóch języków. Może to wpłynąć negatywnie lub pozytywnie na rozwój poznawczy.
Pierwszy próg
Najniższy poziom: ograniczona dwujęzyczność Dzieci nie mają wystarczających umiejętności w żadnym z języków, co wpływa negatywnie na ich rozwój poznawczy.

Rysunek 1: Kompetencja językowa dziecka z podziałem na poszczególne progi wg koncepcji Cumminga (Baker, za: Stręk K., 2006).

Pierwszy próg to sytuacja dwujęzyczności zubażającej, na drugim progu trudno przewidzieć arbitralnie jakie będą skutki, gdyż zależy to od sytuacji konkretnego dziecka. Natomiast trzeci próg to sytuacja dwujęzyczności wzbogacającej, czyli posługują się naprzemiennie dwoma językami na takim samym poziomie, zarówno w mowie jak i w piśmie.

2.5. Emocjonalne i psychologiczne implikacje wychowywania w dwujęzycznej rodzinie

Jagoda Cieszyńska zwraca uwagę na zjawiska odsunięcia i wyłączenia ze wspólnoty. Odsunięcie owo ma miejsce w sytuacji, gdy rodzice rozmawiają ze sobą w języku, które dziecko rozumie słabo. Takie wyłączenie ze wspólnoty niesie ze sobą negatywne konsekwencje językowe, osobowościowe i tożsamościowe. Dziecko obserwuje rodziców, słyszy jak rozmawiają, ale nie jest w stanie uczestniczyć w wymianie informacji i nie jest w stanie rozumieć przekazu tak werbalnego jak i uczuciowego. Dziecko takie nie rozumie sytuacji i czuje się zagubione. Często w takich przypadkach są zachowania acting out (agresja, ingerowanie w relację werbalną pomiędzy rodzicami, przerywanie) lub zachowania apatyczne.

Ze zjawiskiem dwujęzyczności związane są pewne ryzyka w wychowaniu i tworzeniu swojej tożsamości. Opiszę taką sytuację bardzo skrótowo, gdyż nie jest bezpośrednio związana z sytuacją dziecka opisywanego w niniejszej pracy⁹. W momencie, gdy dla dziecka grupa rówieśnicza staje się grupą odniesienia, zaczyna ono patrzeć na siebie oczyma tejże grupy. Jeśli pod jakimś względem czuje się inne (gorsze) to będzie chciało początkowo dopasować się pod grupę. Czyli w przypadku dwujęzyczności, może nie chcieć mówić w L1 w domu. Sytuacje takie są bardzo częste w domach

⁹ Opisywane dziecko jest wychowywane w Polsce, zna język polski jako podstawowy, natomiast językiem drugim jest angielski. Z uwagi na wysoki prestiż języka angielskiego i Anglii jako kraju, mało prawdopodobne jest aby opisywane dziecko było uważane za gorsze z uwagi na znajomość języka angielskiego. Oczywiście zupełnie inaczej sytuacja wyglądałaby w sytuacji zamieszkiwania w Wielkiej Brytanii.

emigrantów. Dziecko zaczyna wtedy mówić do rodzica w L2 zamiast w L1. Jak głoszą osoby zajmujące się dwujęzycznością sytuacja taka ma miejsce wtedy, gdy rodzice nie są konsekwentni w stosowaniu strategii nauczania języka (jeden rodzic - jeden język) i nie podtrzymują prestiżu któregoś z języków.

ROZDZIAŁ III

DIAGNOZA I TERAPIA OPÓŹNIONEGO ROZWOJU MOWY W ŚWIETLE LITERATURY

Wprowadzenie

W literaturze przedmiotu napotkać można wiele różnych klasyfikacji zaburzeń mowy. Wynika to z faktu, iż sam termin *zaburzenia mowy* jest bardzo szerokim pojęciem. Swoim znaczeniem obejmuje nieprawidłowości o różnorodnych przyczynach. Niemniej skutkiem zaburzenia mowy jest zawsze ograniczenie możliwości porozumiewania się z innymi ludźmi.

Czynniki wpływające na powstawanie zaburzeń mowy dzielimy na egzogenne (zewnętrzne) i endogenne (wewnętrzne).

Badania wskazują, że najczęściej występującą grupą zaburzeń mowy u dzieci w wieku przedszkolnym są tzw. wady wymowy¹⁰ (inaczej dyslalie), następną grupą zaburzeń mowy jest opóźniony rozwój mowy. Rzadziej występujące zaburzenia mowy to mutyzm oraz jąkanie (za: Węgierska K., 2009).

Ze względu na przedmiot i cel badań w niniejszej pracy skoncentruję się na opisie drugiej grupy zaburzeń mowy, jakim jest opóźniony rozwój mowy.

3.1. Diagnoza opóźnień w rozwoju mowy

Zaczynając pracę z dzieckiem musimy dokonać wstępnej diagnozy sytuacji zastanej. W niniejszej części mojej pracy skoncentruję się na pokazaniu kolejnych kroków prowadzących od poznania dziecka wraz z rodzicem, poprzez dokonanie diagnozy, po terapię.

Wszystkie nasze działania mają doprowadzić do poprawy w sposobie jakim komunikuje się ze światem dziecko.

3.1.1. Standardy postępowania

W literaturze logopedycznej wskazuje się następujące kroki diagnostyczne (Geresz J):

I. Określenie problemu.

1. Badanie wstępne.

A) wywiad (uwarunkowania dziedziczne, przebieg ciąży i porodu, ogólny przebieg rozwoju motorycznego, psychoruchowego oraz rozwoju mowy – czy mówi, czy mowa jest zrozumiała dla otoczenia, czy rozumie co się do niego mówi; kiedy dziecko zaczęło gaworzyć, mówić pierwsze słowa, zdania; ogólny stan zdrowia dziecka, niepokojące

¹⁰ Wady wymowy charakteryzują się specyficznymi zaburzeniami artykulacyjnymi. Najczęstsze podziały zaburzeń mowy występujące w literaturze są przedstawiane ze względu na te właśnie specyficzne sposoby artykulacji. Np. *sygmatyzm*- nieprawidłowa realizacja głosek dentalizowanych, "ś", "ź", "ć", "dź", "ś", "ź", "ć", "dz", "sz", "ż", "cz", "dź"; *rotacyzm*- nieprawidłowa realizacja głoski "r"; *kappacyzm*- nieprawidłowa realizacja głoski "k".

sygnały w zachowaniu dziecka; przebyte choroby, urazy);

B) obserwacja dziecka (obserwujemy aktywność własną dziecka, jego zachowania spontaniczne i okazywane w czasie wykonywania zadań; zwracamy szczególną uwagę na ciekawość poznawczą, koncentrację uwagi, zachowania werbalne, mimika i gestykulacja; ogólną sprawność ruchową – celowość działań, precyzja ruchów, koordynacja ruchów; lateralizacja; sprawność manualną; sposób reagowania na rodzica oraz relację werbalną dziecko-rodzic; umiejętność i łatwość nawiązywania kontaktów interpersonalnych);

C) orientacyjne badanie mowy (sprawdzamy w jaki sposób dziecko nawiązuje kontakt werbalny; sprawdzamy ilościowe jak i jakościowe cechy wypowiedzi oraz płynność i tempo; czy dziecko mówi, czy rozumie mowę; czy mówienie sprawia trudność, czy mowa jest zrozumiała, czy reaguje na polecenia, czy odpowiada na pytania, czy mówi logicznie i sensownie);

D) badania uzupełniające (badanie sprawności narządów mowy, badanie stanu anatomicznego aparatu artykulacyjnego, badanie percepcji słuchowej, badanie słuchu fonematycznego, orientacyjne badanie słuchu). Badania te wykonuje się w celu wstępnego rozpoznania przyczyn opóźnienia w rozwoju mowy.

2. Badania specjalistyczne.

Jeśli dziecko wymaga sprawdzenia to należy wykonać odpowiednie badanie u specjalisty (lekarz ogólny, foniatra, audiolog, laryngolog, psycholog, pedagog itp.). Dziecko kieruje się do specjalistów celem wyeliminowania podejrzenia o:

- niedosłuch/ głuchotę, upośledzenie umysłowe, autyzm, mutyzm, MPD, nieprawidłowości w budowie narządów artykulacyjnych, zmiany C.U.N.

II. Etap formułowania hipotez.

Badania podstawowe:

– rozumienie mowy, mówienie (należy dokładnie ustalić na jakim etapie rozwoju znajduje się mowa dziecka).

III. Weryfikacja hipotez.

3.2. Rozróżnienie w diagnozowaniu Opóźnienia Rozwoju Mowy (ORM)

Możemy mówić o istnieniu opóźnienia rozwoju mowy, w momencie, gdy przebiega on niezgodnie z normą wiekową. Przy czym przyjmujemy się normę „szeroką” czyli opóźnienie do sześciu miesięcy traktuje się jako nie wykraczające poza normę. Opóźniony może być jeden lub więcej aspektów mowy (fonetyka, gramatyka, leksyka lub ekspresja).

ORM może przejawiać się jako:

– opóźnione pojawienie się gaworzenia,

- opóźnione pojawienie się pierwszych słów,
- opóźnione pojawienie się pierwszych zdań,
- ubogi słownik czynny,
- błędy gramatyczne,
- nieprawidłowości artykulacyjne, przedłużone stadium swoistej mowy dziecięcej.

W literaturze przedmiotu autorzy (Cieszyńska J.), wskazują na różne czynniki wpływające na pojawienie się opóźnień w rozwoju mowy u dzieci. Najczęściej wskazywane są:

- brak sposobności mówienia (czyli środowisko, które nie zachęca do mówienia bądź wręcz zniechęca powodując tym samym brak motywacji u dziecka) lub negatywny wpływ środowiska rodzinnego (zła opieka nad dzieckiem, niepoprawna wymowa domowników itp.),
- upośledzenie słuchu lub wzroku (także zaburzenia słuchu fonemowego),
- zaburzenia spostrzegania (słuchowego/wzrokowego/kinestetyczno-ruchowego),
- zaburzenia rozwoju fizycznego (dużej i małej motoryki),
- zwolnione tempo formowania się lateralizacji lub lateralizacja skrzyżowana,
- obniżone możliwości intelektualne,
- uszkodzenia O.U.N.,
- zaburzenia koncentracji uwagi,
- zaburzenia procesu integracji bodźców,
- opóźnione dojrzewanie układu nerwowego,
- zaburzenia psychiczne lub emocjonalne,
- uszkodzenia narządu mowy (rozszcypy podniebienia itp.).

Często trudno określić jakie są powody opóźnień w rozwoju mowy u danego dziecka. Jak widać powyżej, przyczyn może być dużo, począwszy od zwykłego wolniejszego dojrzewania aparatu artykulacyjnego po poważne uszkodzenia O.U.N lub całościowe zaburzenia rozwojowe (zaburzenia ze spektrum autyzmu). Dlatego nigdy nie należy ignorować faktu pojawienia się opóźnień i zawsze trzeba monitorować rozwój mowy dziecka a szczególnie kolejności następowania po sobie poszczególnych etapów rozwoju mowy (patrz tabela w rozdziale 1).

Często ORM jest pierwszym sygnałem nieprawidłowości rozwoju u danego dziecka.

Opóźnienie rozwoju mowy uznawane jest za:

- spowolniony rozwój mowy (jeśli nie występują żadne zmiany anatomiczno-fizjologiczne);
 - W tej kategorii mieści się opóźnienie mowy czynnej lub biernej.
- istotnie niższą sprawność językową spowodowaną różnymi czynnikami;
- symptom zakłóceń bądź zaburzeń rozwojowych

W literaturze wyróżnia się trzy grupy dzieci z nieprawidłowym rozwojem mowy (Spionek H.):

- I. dzieci, których mowa rozwinęła się z opóźnieniem, ale z prawidłową wymową,
- II. dzieci, których mowa pojawiła się we właściwym czasie, ale wymowa była nieprawidłowa,
- III. mowa pojawiła się z opóźnieniem a różne dźwięki długo były wymawiane nieprawidłowo.

Ujęcie lingwistyczne uwzględnia główne objawy opóźnienia rozwoju mowy i grupuje ORM ze względu na to w jakim stopniu zaburzone są cztery poziomy mowy:

- a) fonetyczno – fonologiczny (zaburzenia artykulacji),
- b) syntaktyczno – morfologiczny (dysgramatyzm),
- c) semantyczno – leksykalny (ograniczony czynny i bierny zasób słów),
- d) zdaniowo – semantyczny (ograniczone możliwości posługiwania się kategorią zdaniową) (za: Mieszkowicz).

Należy jednak pamiętać, że do 5 r. życia dzieci mogą demonstrować pewne trudności z mową, które uważa się za fizjologiczne np. zwolnienie tempa mowy, niegramatyczne wyrażanie się, upraszczanie wypowiedzi, skracanie wyrazów, zamiana sylab, rwanie, seplenienie.

Opóźnienie rozwoju mowy dzielimy na dwie podkategorie i wg nich stawiamy diagnozę:

1. Samoistne opóźnienie rozwoju mowy (SORM).
2. Niesamoistne opóźnienie rozwoju mowy (NORM).

3.2.1. Samoistne opóźnienie rozwoju mowy (SORM).

SORM jest nazywane „prostym opóźnieniem rozwoju mowy” lub alalią prolongatą (Sadowska L., 2011).

Jego przyczyny mogą być różne i nie koniecznie wyjaśnione. Czasami są związane z indywidualnym tempem i rytmem rozwoju i są przejawem dysharmonii rozwojowej zazwyczaj bez widocznej (oczywistej²) przyczyny. Może być także uwarunkowany dziedzicznie lub powstawać w wyniku zaniedbań wychowawczych i niewiedzy rodziców.

SORM dotyczy wyłącznie mówienia bez uszkodzeń rozumienia.

Początkowym przejawem SORM jest brak mowy nawet do 2-3 roku życia (porównaj z tabelą w rozdziale pierwszym) po tym okresie widoczne jest opóźnienie mowy w porównaniu z rówieśnikami. Zasób słów jest ubogi, pojawiają się liczne trudności artykulacyjne a wyrazy dłuższe są redukowane do dwóch-trzech sylab. Poziom rozwoju mowy następnie wyrównuje się do mniej więcej 5 roku życia. Dalszy rozwój mowy przebiega bez zakłóceń i negatywnych konsekwencji dla rozwoju dziecka (*ibidem*).

2 Podsumowanie moje.

Samoistne opóźnienie rozwoju mowy współwystępuje z opóźnieniem rozwoju ruchowego (siadanie, stanie, chodzenie wraz z częstym pominięciem etapu raczkowania) (Sadowska L., 2011). W celu diagnozy SORM należy najpierw wykluczyć istnienie jakichkolwiek zaburzeń rozwoju psychosomatycznego.

Dziecko z samoistnym opóźnieniem rozwoju mowy:

- mówi mało oraz niechętnie,
- używa gestów i mimiki w celu porozumiewania się,
- wypowiada pierwsze lub ostatnie sylaby wyrazów zamiast całego wyrazu,
- posługuje się wyrazami o bardzo prostej konstrukcji,
- czasami tworzy własny język, który jest niezrozumiały dla obcych,
- zdania zaczyna budować dopiero od 3 lub 4 roku życia.

3.2.1.1. Opóźnienie rozwoju mowy czynnej.

Jest spotykany dość często (około 3% dzieci w wieku przedszkolnym), dwu lub trzy-krotnie częściej u chłopców, charakteryzuje się opóźnionym rozwojem artykulacji przy sprawnie funkcjonujących mięśniach za nią odpowiedzialnych. Rozumienie mowy jest w normie. Dziecko jest w stanie wypowiedzieć odpowiednio do swojego wieku prawie wszystkie głoski w izolacji lecz nie jest w stanie poprawnie złożyć ich w słowo i wypowiedzieć w odpowiednim tempie. Przy czym wiek umysłowy tych dzieci także jest w normie. Dziecko takie słyszy prawidłowo i jest w stanie wykonywać polecenia (rozumie co się do niego mówi), lecz samo nie mówi lub mówi bardzo mało. Zazwyczaj pierwsze słowa pojawiają się w wieku około trzeciego roku życia, zdania w czwartym, a w piątym roku życia dzieci te wyrównują do swoich rówieśników (Sadowska, 2011).

Opóźnienia w rozwoju mowy czynnej są zagrożeniem dla prawidłowego funkcjonowania takiego dziecka w środowisku przedszkolnym a następnie szkolnym, gdyż nie poddane odpowiednim oddziaływaniom, dzieci takie przejawiają trudności w nauce czytania i pisanie.

Zalecane postępowanie diagnostyczne przy opóźnionym rozwoju mowy:

1. Badanie słuchu.
2. Badanie poziomu inteligencji dziecka przy zastosowaniu skali bezsłownej.
3. Badanie poziomu rozumienia mowy.

Jeśli wyniki powyższych badań są poprawne to można postawić diagnozę opóźnienia rozwoju mowy czynnej.

3.2.2. Niesamoistne opóźnienie rozwoju mowy (NORM)

Jest następstwem zaburzeń o określonej etiologii (niedosłuch, całkowita utrata słuchu, zaburzenia wzroku, oligofrenia, zaburzenia psychiczne, uszkodzenia O.U.N), powstających na skutek działania biologicznych lub społecznych czynników patogennych. Mowa dziecka rozwija się na patologicznej podstawie.

Charakterystyczne dla NORM jest to, że w rozwoju mowy dziecka brak jest płynnego przechodzenia z jednej fazy rozwoju mowy w drugą. Mowa może się także nie wykształcić w ogóle, lub może się zatrzymać bądź zahamować proces jej rozwoju. Możliwy w NORM'ie jest także regres do wcześniejszego etapu rozwoju mowy. Opóźnienie dotyczy zarówno mówienia jak i rozumienia.

3.3. Ocena stopnia opóźnienia rozwoju mowy

Określenie poziomu opóźnienia rozwoju mowy jest potrzebne ze względu na postępowanie diagnostyczne. Może one być lekkiego lub poważnego stopnia.

Lekkie opóźnienie rozwoju mowy stwierdzamy, gdy opóźnienia wybiegają niewiele ponad normę np. mowa dziecka 2-letniego jest na poziomie 1,5-letniego dziecka, lub gdy 7-letnie dziecko charakteryzuje się rozwojem mowy 6-cio latka (Spionek H., za: Wajman).

O poważnym stopniu opóźnienia rozwoju mowy mówimy, gdy mowa dziecka:

- rocznego jest na poziomie dziecka sześciomiesięcznego (poziom początków gaworzenia),
- dziecko 2-letnie jest na poziomie 1-letniego (mówi kilka podstawowych słów: mama, tata),
- 3-letnie dziecko jest na poziomie 1,5-rocznego (zna około 50 wyrazów, tworzy tylko równoważniki zdań),
- 4-letnie dziecko jest na poziomie 2-letniego (proste zdania dwuwyrzowe),
- 5-letnie dziecko jest na poziomie 2,5-letniego,
- 6-letnie dziecko na poziomie mowy 3-latka (początki zdań złożonych),
- 7-letnie dziecko jest na poziomie mowy 3,5-letniego dziecka.

Oceniając opóźnienie rozwoju mowy bierzemy pod uwagę:

- kryterium ilościowe: czyli ile dźwięków dziecko wymawia, zasób słownictwa, cechy konstrukcji zdań (proste czy złożone),
- kryterium jakościowe (poprawność wypowiedzi pod względem gramatycznym, logicznym, użytych słów),
- wiek, w którym się pojawiają pierwsze słowa,
- przedział czasowy pomiędzy następującymi po sobie etapami rozwoju mowy,
- rozumienie mowy innych oraz zrozumiałość mowy dziecka,
- ilość i jakość środków pozajęzykowego porozumiewania się (np. gestykulacja – czy nie za dużo lub za mało).

3.4. Terapia dzieci z opóźnionym rozwojem mowy

Terapia dzieci z opóźnionym rozwojem mowy ma głównie na celu doprowadzenie do wyrównania poziomu posługiwania się językiem. Wczesne wspomaganie rozwoju dziecka w

zakresie komunikacyjnym wymaga interdyscyplinarnego podejścia. Potrzebna jest współpraca: lekarzy specjalistów (pediatra, foniatra, laryngolog), logopedy, psychologa, terapeutę SI, terapeutę psychomotoryki oraz rodziców. To jacy specjaliści będą pracować nad poprawą komunikacji danego dziecka jest uzależnione od specyfiki problemu.

A) Zadania psychologa:

- zbadanie lub określenie sprawności intelektualnej dziecka,
- zbadanie funkcji percepcyjno – motorycznych³,
- określenie dojrzałości procesów emocjonalno-motywacyjnych, uspołecznienia i rozwoju osobowości,
- czy występują zaburzenia towarzyszące (pierwotne lub wtórne) z opóźnieniem rozwoju mowy,
- wskazanie przyczyn zaburzeń i mechanizmów psychologicznych,
- ustalenie w jakim stopniu ORM wynika z czynników sytuacyjnych, psychologicznych, trudności osobowościowych,
- ustalenie wpływu środowiskowego na powstawanie ORM,
- praca z rodziną w celu psychoedukacji (wyjaśnienie znaczenia odpowiedniego odnoszenia się do dziecka, wyjaśnienie możliwych powodów powstania ORM u ich dziecka),
- wsparcie emocjonalne i edukacyjne dla rodziny oraz dziecka.

B) Logopeda

Praca logopedy polega na zamierzonych oddziaływaniach, których celem będzie usunięcie zakłóceń procesu komunikacyjnego. Intensywność pracy i udziału logopedy będzie uzależnione od rodzaju problemu z którym mamy do czynienia.

Logopedzi pracują nad:

- usuwaniem zaburzeń mowy,
- przywracaniem mowy w sytuacji jej utraty,
- nauczaniem mowy jeśli się takowa nie wykształciła,
- wypracowaniem odpowiedniej sprawności językowej,
- wyrównaniem opóźnień w rozwoju mowy,
- prewencją zaburzeń mowy⁴.

Z uwagi na opisywany problem w tejże pracy zadaniem logopedy będzie wyrównywanie opóźnienia rozwoju mowy oraz prewencja powstawania zaburzeń mowy.

C) Znaczenie rodziców w terapii opóźnień rozwoju mowy.

³ Percepcja wzrokowa, motoryka, lateralizacja, orientacja w schemacie ciała, orientacja w przestrzeni.

⁴ Prewencja zaburzeń mowy - termin stworzony na potrzeby tejże pracy. Oznacza działania zmierzające do przeciwdziałania powstania zaburzeń mowy w sytuacji, gdy występują niekorzystne warunki dla prawidłowego rozwoju mowy.

Dzieci z opóźnieniami w rozwoju mowy wymagają szczególnego podejścia ze strony rodziców. Przy instruktarzu terapeutów rodzice w domu mogą:

- dostosować/zmienić dietę dziecka (jeśli jest taka potrzeba),
- zmienić sposób komunikowania się z dzieckiem (eliminacja zdrobnień, mowa wyraźna i poprawna, spokojne i stanowcze komunikaty),
- stosować „kąpiele słowne”, zabawy oraz ćwiczenia rozhamowujące mowę (czyli wszelkie zabawy, które zachęcą dziecko do mówienia),
- ćwiczenia mające na celu poprawę rozwoju motorycznego, percepcji słuchowej i wzrokowej, koordynację wzrokowo-słuchowo-ruchową,
- rozwijanie mowy biernej dziecka (książeczki, opowiadanie dziecku historyjek, bajek),
- prowadzenie ćwiczeń artykulacyjnych i oddechowych (np. dmuchanie małych przedmiotów itp.),
- stosować zabawy „odwrażliwiające”⁵.

D) Zadania lekarzy specjalistów.

Zadaniem lekarzy jest zbadanie lub określenie czy dziecko:

- ma prawidłowy słuch fizjologiczny lub czy nie występują przeszkody natury fizjologicznej w rozwoju mowy⁶.

F) Terapeuta SI.

Częste u dzieci z opóźnionym rozwojem mowy są różnego rodzaju nadwrażliwości dotykowe lub przetrwałe odruchy w okolicach ustno – twarzowych. Dlatego, jeśli stwierdzone zostanie ich występowanie warto posilić się o wsparcie terapeuty integracji sensorycznej celem ich eliminacji.

G) Terapia psychomotoryczna.

Stosowana jest przy:

- zaburzeniach koordynacji wzrokowo-ruchowej, słabej koordynacji i kontroli ciała, wrażliwości czuciowo-dotykowej, trudnościach z koncentracją i utrzymaniem uwagi, trudnościach z pamięcią⁷.

5 Zabawy odwrażliwiające – mają na celu zminimalizowanie nadwrażliwości dotykowej u dziecka. Przykładowe zabawy: masowanie okolic głowy i twarzy, wszelkie oklepywanie; zabawy z pokarmami o różnej teksturze i temperaturze.

6 Wady zgryzu, rozszczepy podniebienia, przerost migdałka, częste infekcje górnych dróg oddechowych.

7 Znaczenie pamięci: pamięć jest powiązana ze zdolnością narracji, czyli opowiadania. Ćwiczyć pamięć można poprzez uczenie się różnego rodzaju wierszyków i zagadek.

ROZDZIAŁ IV

METODOLOGIA BADAŃ WŁASNYCH

Wprowadzenie

Niniejsza praca powstała w wyniku doświadczeń własnych autorki jak i jej zainteresowań. Ważnym aspektem pracy jest próba teoretycznego wyjaśnienia kilku podstawowych kwestii, mianowicie:

- czy mowa u badanego dziecka odbiega od normy?,
- jeśli tak, to co wpłynęło na taki stan rzeczy?,
- jakie były przyczyny powstania opóźnienia w rozwoju mowy?,
- co można zmienić aby pomóc dziecku w rozwoju?

Można jeszcze się zastanowić nad prognozą dla danego dziecka. Czy mowa będzie rozwijała się poprawnie na dalszych etapach i czy będą jakieś negatywne konsekwencje dla dalszego rozwoju dziecka.

Te podstawowe zagadnienia przyświecają całej tejże pracy. Na ich podstawie określone są cele jak i problemy badawcze.

4.1. Przedmiot, cele i problemy badawcze.

4.1.1. Przedmiot badań

Swoje rozważania chciałabym rozpocząć od zastanowienia się co jest przedmiotem badań w mojej pracy. L. Sołoma (2002) pisze, że przedmiot badań są to obiekty czy zjawiska, w odniesieniu do których chcemy prowadzić badania lub te, o których w odpowiedzi na podstawowe pytanie badawcze chcemy formułować stwierdzenia.

Przedmiotem badań w tej pracy jest wczesne wspomaganie rozwoju mowy dziecka z rodziny dwujęzycznej.

4.1.2. Cel badawczy

Cel badań jest różnie definiowany przez metodologów. Pilch definiuje cel badawczy jako "poznanie (...) interesującego nas zagadnienia". W wyniku naszych badań mamy znaleźć odpowiedź na pytanie: w jakim celu badamy? Co przez dane badanie chcemy osiągnąć? Celem badań powinno być wzbogacenie wiedzy o interesującym nas zjawisku jakim jest rozwój mowy.

Cel poznawczy prowadzonych badań to ustalenie przyczyn i okoliczności mających wpływ na rozwój mowy u dziecka 4 letniego z rodziny dwujęzycznej.

Poprzez swoje badania i dociekania chcę wyjaśnić jakie są hipotetyczne przyczyny i okoliczności, które doprowadziły do zastanego stanu rzeczy.

Znając przyczyny możemy trafniej i skuteczniej działać na zastaną sytuację i próbować ją zmieniać

w pożądanym przez nas kierunku.

Celem teoretycznym będzie natomiast ustalenie zależności pomiędzy dwujęzycznością a opóźnionym rozwojem mowy.

4.1.3. Problemy badawcze

M. Łabocki mówi, że „problemy badawcze są to pytania, na które szukamy odpowiedzi na drodze badań naukowych” (Łabocki M. 1984). Aby doprecyzować znaczenie terminu chciałabym dodać za Pilchem, że sformułowanie problemów polega „na precyzyjnym rozbiciu tematu na pytania” (Pilch T., 1995).

Jak wiadomo sformułowane problemy muszą (a przynajmniej powinny) wyczerpać zakres naszej niewiedzy związanej z naszym tematem badań.

Problemy badawcze podjęte w tejże rozprawie oscylują wokół przedmiotu badań. Mianowicie zastanawiać się będą:

- 1) Czy u badanego dziecka mowa odbiega od normy?
- 2) Jeśli mowa dziecka odbiega od normy to w jaki sposób?
- 3) Jakie inne czynniki mogły wpłynąć na powstanie opóźnienia w rozwoju mowy?
- 4) Czy u badanego dziecka istnieją zaburzenia słuchu?
- 5) Jaka jest sprawność narządów artykulacyjnych u badanego dziecka?
- 6) Jaki jest poziom funkcjonowania poznawczego dziecka?
- 7) Jaki jest poziom funkcjonowania dziecka w aspekcie dużej i małej motoryki?
- 8) Czy dwujęzyczność środowiska rodzinnego mogła spowodować opóźnienia w rozwoju mowy?

4.2. Metody, techniki i narzędzia badawcze.

4.2.1. Metody badawcze

Metody badawcze to „zespół teoretycznie uzasadnionych zabiegów koncepcyjnych i instrumentalnych obejmujących najogólniej całość postępowania badacza, zmierzającego do rozwiązania określonego problemu naukowego”(Kamiński A., za: Pilch, 1996, str.42).

Niniejsza praca jest swoistym przykładem studium indywidualnego przypadku jako, że usiłuję w niej dokonać wszechstronnego rozpoznania przyczyn opóźnienia w rozwoju mowy u konkretnego dziecka i usiłuję zindywidualizować pomoc dla niego.

Analiza indywidualnego przypadku wg Pilcha (*ibidem*) to sposób „badań polegających na analizie jednostkowych losów ludzkich (...) lub na analizie konkretnych zjawisk (...) poprzez pryzmat jednostkowych biografii ludzkich z nastawieniem na opracowanie diagnozy przypadku lub zjawiska w celu podjęcia działań terapeutycznych”.

4.2.2. Techniki badawcze

Techniką badań będę nazywać "czynności praktyczne, regulowane starannie wypracowanymi dyrektywami, pozwalającymi na uzyskanie optymalnie sprawdzalnych informacji, opinii, faktów" (*tamże*).

W przeprowadzonych badaniach zastosowałam następujące techniki badawcze:

- I. Badanie mowy, polegające na swobodnej rozmowie, której celem było dokonanie orientacyjnej oceny stanu mowy opisywanego dziecka,
- II. Obserwacja badanego dziecka (prowadzona w różnych sytuacjach zadaniowych oraz dnia codziennego), której celem było ustalenie poziomu umiejętności dziecka (werbalnych i niewerbalnych) oraz sposobu funkcjonowania w różnych sytuacjach,
- III. Wywiad swobodny ukierunkowany z kadrą pedagogiczną w przedszkolu (odnośnie ewentualnych problemów dziecka w funkcjonowaniu w przedszkolu),
- IV. Wywiad swobodny ukierunkowany z logopedą dziecka,
- V. Analiza dokumentów - dokumentacji logopedycznej zgromadzonej przez logopedów dziecka. Analiza dokumentów to technika badawcza polegająca na opisie i interpretacji konkretnych dokonań w działalności zawodowej, w tym przypadku działalności zawodowej logopedy. Jej analiza miała na celu zasięgnięcie informacji od osób z fachowych przygotowaniem do badania i prowadzenia terapii w interesującym mnie temacie.

4.2.3. Narzędzia badawcze

Narzędzie badawcze "jest przedmiotem służącym do realizacji wybranej techniki badań" (Pilch T., 1995).

W celu przeprowadzenia badań i odpowiedzi na zadane przeze mnie wcześniej pytania posłużyłam się kilkoma narzędziami badawczymi. Większość z nich jest autorstwa innych osób, zostały natomiast przeze mnie zmodyfikowane i dostosowane do potrzeb tejże pracy.

- kwestionariusz pedagogiczno - logopedyczny,
- Profil Osiągnięć Ucznia autorstwa Jacka Kielina,
- Arkusz Obserwacji Dziecka 4-letniego,

4.3. Przebieg i organizacja badań

Badania specjalistyczne zostały przeprowadzone przez wykwalifikowane osoby. Dziecko zostało przebadane przez logopedę i na tej podstawie został stwierdzony opóźniony rozwój mowy czynnej.

Następnie w wyniku zalecenia logopedy dziecko zostało zgłoszone do badań u lekarza laryngologa - foniatry. Lekarz zlecił dalsze badania słuchu fizjologicznego oraz terapię logopedyczną w wyniku stwierdzenia wad wymowy. Szczegółowe badania słuchu (tympanometria oraz ABR) wykazały brak fizjologicznych uszkodzeń słuchu.

Od tego momentu dziecko uczęszcza na terapię logopedyczną w specjalistycznej przychodni. Terapia odbywa się średnio co półtora tygodnia.

W międzyczasie dziecko wraz z mamą wykonuje ćwiczenia zadane przez logopedę.

Badane dziecko jest mi znane od momentu przyjścia na świat. W związku z tym obserwacje były czynione na różnych etapach rozwoju i w różnych sytuacjach.

Badania przeprowadzone zostały przez autorkę niniejszej pracy. Osobiście przeprowadzałam wywiad z wychowawcami w przedszkolu, z logopedom jak i z lekarzem foniatrą.

Obserwacje zachowania dziecka były prowadzone w różnych sytuacjach (w przedszkolu, w domu, na placu zabaw) zabawowych jak i zadaniowych. Zadania modyfikowałam wraz z biegiem czasu i postępami rozwojowymi dziecka.

ROZDZIAŁ V

ANALIZA BADAŃ WŁASNYCH

5.1. Charakterystyka badanego dziecka

Badane dziecko to dziewczynka, która urodziła się w 2009 roku. Jest dzieckiem z pierwszej ciąży o prawidłowym przebiegu. W 3 miesiącu życia dziecka jej mama zauważyła, że jest *nierówne napięcie mięśniowe* po obu stronach ciała (jedna strona słabsza od drugiej). Po paru tygodniach ćwiczeń, jakie prowadziła mama, napięcie wyrównało się.

K. zaczęła chodzić w 12 miesiącu. W pieluchach chodziła do 2,5 roku, w nocy do 3 roku życia. Odkąd nie nosi pieluch, nie zdarzyło jej się zmoczyć w nocy.

Obecnie dziewczynka ma 3 lata i 10 miesięcy. Uczęszcza od roku do przedszkola. Poprzednio uczęszczała do żłobka przez okres jednego roku. Dziewczynka nie przejawiała nadmiernych trudności w zostawianiu w żłobku. Gdy poszła do grupy 3-latków, była to dla niej zupełnie naturalna sytuacja. Dziecko bardzo lubi chodzić do przedszkola, ma tam swoje koleżanki i kolegów.

Wychowuje się w rodzinie pełnej, od pięciu miesięcy ma młodszą siostrę. Mieszka wraz z rodzicami w domku jednorodzinny. Oboje rodzice pracują zawodowo, tata uczy języka angielskiego a mama jest psychologiem. Sytuacja materialna rodziny jest dobra.

Dziecko jest blisko związane z obojgiem rodziców.

Tata dziecka jest z pochodzenia *Anglikiem*, rodzice komunikują się między sobą po angielsku, mama mówi do dzieci po polsku. Rodzina mieszka w Polsce. Ojciec dziewczynki przez pierwsze 2,5 roku mówił do niej po angielsku, ale w wyniku trudności dziecka w mówieniu, rodzice podjęli decyzję aby mówić do K. w jednym języku. Ze względów praktycznych wybrali język polski. Od tego czasu też *zaczął następować postęp* w rozwoju mowy dziecka.

Język polski nie jest rodzimym językiem ojca dziecka, popełnia więc on sporo błędów gramatycznych, myli odmianę końcówek, płęć żeńską z męską a w jego mowie słychać obcy akcent.

Rodzice interesują się dzieckiem. Starają się poświęcać jej jak najwięcej czasu, choć z uwagi na ilość obowiązków, nie jest to ilość ich zadowalająca.

Dziewczynka jest towarzyskim dzieckiem, preferuje zabawy z chłopcami. Ma bliską przyjaciółkę, którą jest jej młodszą o 9 miesięcy kuzynka. Dziewczynki spędzają razem dużo czasu, gdyż bardzo blisko mieszkają. Kuzynka bardzo dobrze i dużo mówi.

SAMOOSŁUGA: K. sama się rozbiera i potrafi ubrać większość rzeczy; zjada samodzielnie posiłek, jest w stanie sama wziąć sobie coś do jedzenia lub do picia. W kąpielu myje się sama (poza włosami), samodzielnie myje zęby. Sama chodzi także do toalety, ale pupy nie umie jeszcze podcierać.

Od wieku niemowlęcego jest w stanie określić, że jest głodna lub spragniona (początkowo poprzez

gestykulację i wskazywanie, obecnie poprzez mowę).

ROZWÓJ SPOŁECZNY: znajduje się powyżej średniej. Bardzo lubi spędzać czas z rówieśnikami, tańczyć i kolorować. Lubi się bawić w różne gry, także z regułami.

UWAGA: dziewczynka przejawia trudności w koncentracji, nie jest w stanie pracować nad jedną rzeczą zbyt długo. Trudność tą przejawia zarówno w domu jak i w przedszkolu.

LATERALIZACJA: niesprecyzowana (używa zazwyczaj prawej ręki, ale czasami także lewej).

FUNKCJE POZNAWCZE: pamięć wzrokowa i spostrzeganie wzrokowe są zasobem dziecka.

GENEZA I DYNAMIKA ZJAWISKA:

K. była karmiona naturalnie przez 9 miesięcy, od samego początku używała smoczka uspokajacza. Smoczek był stosowany do czasu osiągnięcia przez nią 2,5 roku. Dokarmiana była butelką w nocy do 3 roku życia.

Od najmłodszego wieku była wybredna pod względem jedzenia, ma swoje ulubione potrawy (pizza, spaghetti, kotlety, naleśniki z serem, kasza). Nie lubi warzyw. Z owoców je tylko banany, jabłka, arbuzy i truskawki. Bardzo lubi słodczyce.

W wieku 2,5 roku miała duże trudności z opróżnianiem się. Po konsultacji z nowym lekarzem pediatrą i zastosowaniu zaleceń problem minął. Rodzice znacznie ograniczyli wtedy słodczyce. Ten sam lekarz stwierdził także *uczulenie na białko* mleka. Dieta dziecka została ograniczona (mniejsze ilości jogurtów, mleko sojowe zamiast krowiego). Po zmianie diety zniknęły zaczerwienienia na skórze twarzy i pod pachami. Ten sam lekarz stwierdził, że *powiększony jest trzeci migdał*. W związku z częstymi infekcjami górnych dróg oddechowych lekarz zalecił leczenie homeopatią. Dziecko dobrze przyjęło terapię, obecnie nie przejawia problemów z przyjmowaniem leków i rzadziej się przeziębia.

Dziecko bardzo dobrze śpi, nie ma trudności z zasypianiem.

W czasie snu jak i w czasie dnia często ma *otwartą buzię* i przez nią oddycha.

W wieku 3 lat i 5 miesięcy była po raz pierwszy u logopedy, który podpowiedział jak pomóc dziecku nauczyć się wydmuchiwać nos (zdmuchiwać płomień świecy nosem). K. po kilkunastu próbach nauczyła się wydmuchiwać nos. W czasie tej samej wizyty logopeda stwierdził obniżone napięcie mięśni języka. Dziecko często przygryzało język, tuż przed wizytą po kilkanaście razy w tygodniu.

Ogólnie rzecz biorąc należy stwierdzić, że trudności z mową wynikają z kilku czynników:

1. Obniżone napięcie mięśni artykulatorów (język, wargi i policzki) wynika ze zbyt długiego ssania smoczka oraz jedzenia z butelki. Obniżone napięcie wpływa na złą artykulację i złą realizację głosek.

2. Wpływ dwujęzycznego środowiska domu rodzinnego:

- początkową niechęć do mówienia w wyniku trudności z poradzeniem sobie z sytuacją,
- błędy w wypowiedziach taty (w języku polskim) powodują, że dziecko je powtarza,
- niedokładne wypowiedzianie poszczególnych wyrazów przez tatę przekłada się na takie samo mówienie przez dziecko.

3. Częste infekcje górnych dróg oddechowych i nieżyt nosa doprowadziły do nawykowego oddychania przez buzię co z kolei wpłynęło na:

- ślinienie się, obniżone napięcie mięśni warg i wynikające z tego trudności artykulacyjne.

5.2. Analiza badania wstępnego

W wyniku przeprowadzonych badań można udzielić odpowiedzi na wcześniej zadane pytania badawcze, które pozwolę sobie w tym miejscu przypomnieć.

- 1) Czy u badanego dziecka mowa odbiega od normy?
- 2) Jeśli mowa dziecka odbiega od normy to w jaki sposób?
- 3) Jakie inne czynniki mogły wpłynąć na powstanie opóźnienia w rozwoju mowy?
- 4) Czy u badanego dziecka istnieją zaburzenia słuchu?
- 5) Jaka jest sprawność narządów artykulacyjnych u badanego dziecka?
- 6) Jaki jest poziom funkcjonowania poznawczego dziecka?
- 7) Jaki jest poziom funkcjonowania dziecka w aspekcie dużej i małej motoryki?
- 8) Czy dwujęzyczność środowiska rodzinnego mogła spowodować opóźnienia w rozwoju mowy?

IDENTYFIKACJA PROBLEMU I DIAGNOZA:

Dziecko prezentuje opóźnienia rozwojowe w zakresie rozwoju mowy.

W celu dokonania pełnej diagnozy poproszono mamę o wykonanie dodatkowych badań lekarskich: kontrolnego badania słuchu fizjologicznego, oraz konsultację z laryngologiem, celem ustalenia stanu trzeciego migdała. Z dostarczonych wyników badań wynikało, że K. **prawidłowo słyszy** i nie stwierdza się problemów laryngologicznych. Dokładny ogląd jamy ustnej wskazywał na prawidłowy kształt zgryzu i podniebienia.

Dziecko przejawia natomiast **zbyt małe napięcie mięśniowe języka, warg oraz policzków**.

Badane dziecko przejawia *parafunkcje* - często wkłada przedmioty do buzi (kredki, palce, sznurki od ubrania, korale).

Na podstawie całości zebranych wyników badań ustalono **spowolnienie rozwoju mowy czynnej** oraz **zaburzenia artykulacji** zwane dyslalią wieloraką. Współwystępowały

liczne uproszczenia i zniekształcenia grup spółgłoskowych. Słabo rozwinięta była mowa opowieściowa. Dziewczynka chętnie i sprawnie układała 3-elementowe historyjki obrazkowe, ale nie potrafiła opowiedzieć ciągu zdarzeń z użyciem zdań. Wymieniała jedynie nazwy obiektów i czynności.

Prawidłowo rozwinięte były elementy prozodyczne mowy: melodia, akcent. Tempo mówienia było w normie. Płynność prawidłowa. W sytuacjach niepewności głos cichy. Badanie słuchu fonemowego wykazało jego spowolnienie.

Dziecko mówi dość chętnie, ale własnym językiem, który często jest nie zrozumiały dla innych. Zasób słownika czynnego poniżej normy wiekowej. Wypowiada 5-wyrazowe zdania językiem dziecięcym.

Czasami sprawia wrażenie jakby niezrozumiała tego co się do niej mówi. Bardzo dobrze natomiast rozumie kontakt pozawerbalny.

Znacznie lepiej powtarza wyrazy niż nazywa z pamięci.

Obrazki próbuje opowiedzieć, lecz brakuje jej słownictwa. Część głosek jest wypowiedziana nieprawidłowo. Dyslalia powoduje, że mowa dziecka jest trudna do zrozumienia dla innych osób.

U dziecka występują wady wymowy:

- głoska "r" realizowana jako "l".
- głoski szumiące (sz, rz, cz, dż) realizowane są jako syczące (s, z, c, dz).
- wymowa bezdźwięczna; opozycje b/p, bi/pi, d/t, w/f, g/k,
- nieprawidłowa artykulacja głosek w, wi, f, fi.

5.3 Program terapii

Z uwagi na wiek dziecka terapia zawiera w sobie elementy zabawy. Zanim podjęto pracę nad prawidłową mową i korekcją błędnej artykulacji, swoją pracę koncentrowałam na zachęcaniu K. do mówienia.

Kontakt z dzieckiem nie był typowy dla terapii, gdyż K. jest moim własnym dzieckiem. Z tego powodu praca nad mówieniem i motywacją do mówienia odbywała się w naturalnych sytuacjach. W pracy stosowałam "kąpiele słowne" niemalże na każdym kroku. Jeśli widziałam, że K. jest już zmęczona zmieniałam aktywność, aby nie zniechęcać jej do ćwiczeń i do mówienia. Bawiłyśmy się językiem i starałam się unikać stosowania jakiegokolwiek nacisku.

Do pracy z dzieckiem włączony był także jej tata, który często bawił się z nią lalkami zachęcając ją do mówienia. Ojciec dziewczynki ma ekspresyjny sposób mówienia dlatego zabawy z nim są dla niej atrakcyjne i świetnie nadają się do prowokowania do mówienia.

W pracy podstawowym celem było dla mnie aby wzbudzać motywację do mówienia i nie doprowadzać do niechęci do kontaktu słownego.

Ramowy program terapii dziecka:

I. Cele i zadania w pracy z dzieckiem:

- usprawnianie czucia, praktyki i koordynacji artykulatorów,
- wywoływanie brakujących dźwięków mowy,
- korekcja wadliwie realizowanych fonemów,
- rozwijanie funkcji słuchowych: słuchu fonemowego, analizy i syntezy sylabowej i fonemowej,
- łączenie wyrazów w sensowne zdania,
- zwiększanie zasobu słownictwa,
- doskonalenie brzmienia wywołanych głosek wraz ze wzmocnieniem ich brzmienia,
- nauka tworzenia zdań i opisu ilustracji,
- zachęcanie do dłuższych, swobodnych wypowiedzi,
- doskonalenie koncentracji uwagi.

II. Metody pracy psychologicznej oraz logopedycznej:

- fonetyczno – mechaniczna w celu wywołania dźwięków,
- słowne: rozmowy z dzieckiem, metoda opowiadania i czytania bajek,
- pogładowe: demonstracja,
- działań praktycznych: ilustracje,
- bierne: masaż logopedyczny,
- czynne: zadania stawiane dziecku, aktywne ćwiczenia motoryczne
- elementy metody behawioralnej: wzmocnienia pozytywne, wygaszanie,
- elementy Metody Integracji Sensorycznej,
- zabawy logopedyczne.

III. Pomoce dydaktyczne:

- bajki (książkowe oraz wymyślone),
- gra "Memory",
- pojedyncze obrazki i ilustracje,
- "Od obrazka do słowa"

Pracę z dzieckiem podzielić można na kilka aspektów:

A) Praca nad motywacją do mówienia:

Tą część działań oparłam na przekonaniu, że aby dziecko chciało mówić musi widzieć, że mowa jest potrzebna w kontakcie z drugą osobą. Dlatego praca polegała na wspólnej zabawie do której konieczne jest porozumiewanie się.

Praca z dzieckiem oparta była na:

- opowiadaniu o przedmiotach, czynnościach codziennych, opowiadanie o wszystkim co nas otacza

(zwierzęta, ludzie, sytuacje),

- zabawy różnego typu układankami i klockami,
- granie w gry pamięciowe (zabawa polegała na szukaniu pary takich samych rysunków z tym, że trzeba było mówić za każdym razem co widać na odkrytym rysunku),
- trening manualny (wycinanie, rysowanie, lepienie, wydzieranie, klejenie, malowanie),
- czytanie i opowiadanie bajek,
- śpiewanie piosenek dziecięcych, mówienie rymowanek,
- zabawy paluszkowe (Idzie rak nieborak, Idzie kominiarz po drabinie).

B) Praca nad mową dziecka:

Cel główny terapii mowy: poprawna artykulacja głosek.

Zadania: poprawa toru oddechowego, usprawnienie narządów mowy, wywołanie głosek, korekcja błędnie realizowanych głosek.

W pracy nad mową dziecka należy uwzględnić wszystkie jej aspekty:

- fonetyczną (artykulacyjną), to usprawnianie właściwego funkcjonowania narządów mowy, wywoływanie głosek w izolacji, praca nad prawidłową realizacją głosek w wyrazach oraz zdaniach.
- leksykalną (słownictwo), to rozwijanie mowy czynnej i biernej poprzez opowiadanie historyjek, śpiewanie piosenek. Ma tutaj zastosowanie "kąpieli słownej".
- gramatyczną (reguły gramatyczne). Głównie koncentracja na poprawnej wymowie u siebie i korygowanie błędnych wypowiedzi dziecka.

Aby prawidłowo realizować wszystkie dźwięki mowy aparat artykulacyjny musi być odpowiednio przygotowany. Ćwiczenia artykulacyjne mają na celu wypracowanie precyzyjnych ruchów narządów mowy. Konieczne jest, by dziecko posiadało odpowiednią ruchomość języka, warg i policzków. Musi mieć także ukształtowane poczucie wykonywanych ruchów i ułożenia narządów mowy (tzw. kinestezja).

I. Ćwiczenia motoryki narządów mowy:

a) ćwiczenia języka

1. "cisza motoryczna" - dziecko leży na płaskim podłożu na plecach. Terapeuta siedząc na ziemi trzyma nogi dziecka w okolicach kostek. Ćwiczenie polega na wykonaniu trzech ruchów: 1- ku górze (ku górze: po ziemi) i odliczamy powoli do pięciu, 2- do dołu i odliczamy do pięciu, 3- do pozycji wyjściowej i także odliczamy do pięciu. Ćwiczenie to pomaga w prawidłowym ułożeniu języka. W przypadku K. było zastosowane w wyniku częstego przygryzania języka, wskutek powolnego przesuwania się języka do przodu.
2. Picie gęstych napojów przez słomkę. Cel: wzmocnienie mięśni artykulacyjnych.
3. Zlizywanie miodu. Poniżej dolnej wargi, pośrodku ust robimy kropkę z miodu. Cel

ćwiczenia: wzmacnianie mięśni języka.

4. Opieranie języka o górny wałek zębowy. Cel: ćwiczenie prawidłowej pionizacji języka.

5. Oblizywanie warg językiem.

b) ćwiczenia warg

1. Całuski. K. robi z ust rybi pyszczek i próbuje cmoknąć, jakby przesyłała całusa. Cel: wzmacnianie mięśni warg.

2. Ćwiczenia z wkładką ortodontyczną.

c) ćwiczenia policzków

1. Wciąganie policzków do wewnątrz.

2. Wypychanie policzków językiem.

d) ćwiczenia żuchwy

1. Przesuwanie żuchwy do przodu a następnie do tyłu.

2. Przesuwanie żuchwy w lewo potem w prawo.

II. Ćwiczenia oddechowe:

Z uwagi na oddychanie przez nos, pierwszym krokiem było wypracowanie odpowiedniego toru oddychania.

Dziecko do czasu osiągnięcia wieku trzech lat i pięciu miesięcy nie potrafiło wydymać nosa. Ćwiczeniem, które zastosowałam miało następujący przebieg:

K. miała za zadanie najpierw dmuchać na świeczkę ustami (cel: aby wiedziała co się będzie działo ze świeczką i jakie będzie zadanie), następnie musiała próbować zdmuchnąć świeczkę nosem (najpierw dwoma dziurkami, następnie każdą z osobna). Po odpowiednim opanowaniu ćwiczenia zadanie zostało przeniesione na dmuchanie w chusteczkę higieniczną.

Inne zastosowane ćwiczenia oddechowe:

- dmuchanie na skrawki papieru, dmuchanie na piórko.

Celem ćwiczeń oddechowych jest wyrobienie umiejętności szybkiego, pełnego wdechu i wydłużonej fazy wydechowej, dostosowanie długości wydechu do czasu trwania wypowiedzi.

III. Ćwiczenia fonacyjne:

Ćwiczenia fonacyjne połączone z wypowiedziami głosek: "w" i "f". Ćwiczenie: dziecko umieszcza dolną wargę za górnymi "jedynkami" i energicznie wypuszczając wargę próbuje powiedzieć odpowiednią głoskę.

C) Ogólnorozwojowe ćwiczenia usprawniające:

1. Naśladowanie:

- naśladowanie klaskania

- powtarzanie wystukanego rytmu (ćwiczy słuch fonemowy)
- naśladowanie serii czynności związanych z dotykiem dwóch różnych części ciała równocześnie,
- naśladowanie serii ruchów szczęką i językiem,
- naśladowanie dźwięków wydawanych przez zwierzęta.

2. Percepcja:

- szukanie w pokoju określonego przedmiotu,
- układanie klocków według wzoru,
- dopasowywanie identycznych rysunków,
- "znajdź różnicę" (szukanie czym różnią się dwa rysunki).

3. Motoryka duża:

- nauka wchodzenia i schodzenia ze schodów krokiem naprzemiennym,
- zabawy w chwytanie piłki,
- chwytanie toczącej się piłki i odpychanie jej z powrotem bez pomocy,
- chodzenie bokiem i tyłem przy utrzymaniu równowagi,
- kopanie dużej piłki do innej osoby.

4. Motoryka mała:

- podnoszenie różnego rozmiaru przedmiotów i wkładanie ich do kubła,
- otwieranie różnych pojemników,
- przesypywanie łyżką cukru z jednego pojemnika do drugiego,
- nawlekanie koralików,
- rysowanie na papierze i tablicy,
- przypinanie spinaczy (klamerek na ubrania),
- wycinanie nożyczkami,
- zbieranie przedmiotów różnej wielkości chwytem pensetkowym,
- wodzenie palcem po narysowanym labiryncie.

5. Koordynacja wzrokowo-ruchowa:

- układanie wieży z małych pudełek, klocków,
- zamalowywanie powierzchni,
- nawlekanie koralików,
- "połącz punkty" (dziecko ma za zadanie połączyć narysowane punkty, które tworzą jakiś kształt),
- rysowanie figur poprzez obrysowanie szablonu.

6. Czynności poznawcze:

- koncentracja wzroku na drugiej osobie,
- słuchanie, koncentracja i wykonywanie ustnych poleceń,
- wskazywanie, podanie przedmiotu,
- oglądanie i poszukiwanie takiego samego przedmiotu,
- wyszukiwanie takich samych kolorów,
- układanie puzzli oraz pociętych obrazków,
- wskazywanie na obrazek celem pokazania odpowiedniego rzeczownika bądź czasownika.

7. Komunikacja:

- słuchanie dźwięków i określanie co to był za dźwięk,
- nazywanie przedmiotów (rzeczywistych i na obrazku),
- odpowiadanie na zadawane pytania,
- samodzielne nazywanie przedmiotów, opowiadanie obrazków.

VI. Badania kontrolne i ocena efektów terapii

W celu sprawdzenia postępów i zmian jakie zaszły w funkcjonowaniu dziecka dokonałam ponownego badania tymi samymi metodami badawczymi przy pomocy których tworzyłam program terapii, dodatkowo posłużyłam się metodą obserwacji jak i rozmową kierowaną z logopedą jak i wychowawczynią w przedszkolu.

W momencie podjęcia działań terapeutycznych K. mówiła mało zrozumiałym językiem. Bardzo często mówiła w języku stworzonym przez samą siebie, co powodowało, że nikt nie rozumiał jej mowy. Przejawiała chęć komunikowania i niecierpliwiła się, że nie jest w stanie przekazać tego co chce. W takich momentach zaprzestawała wykonywania czynności lub zmieniała aktywność co powodowało, że nie była w stanie dokończyć tego co robiła wcześniej.

W ramach pracy z dzieckiem zwracałam uwagę na to aby budować i podtrzymywać chęć porozumienia z drugą osobą.

Terapia logopedyczna musi być kontynuowana w dalszym ciągu, szczególnie w aspekcie poprawy wymowy głosek i jej utrwalania oraz wzbogacaniu mowy opowieściowej. W chwili obecnej dziecko ćwiczy wymowę głosek "w" i "f".

Na chwilę obecną widać, że K. usiłuje opowiadać co widzi na obrazkach oraz co działo się w przedszkolu. W dalszym ciągu brakuje jej słów, ale ich zasób jest znacznie szerszy, co powoduje, że czerpie ona satysfakcję z kontaktu słownego i tym bardziej chce go nawiązywać i podtrzymywać. Samoistnie usiłuje mówić i widocznie czerpie z tego satysfakcję. Wzrosła ekspresja słowna.

Początkowo niechętnie brała udział w ćwiczeniach opartych na mowie, teraz sama czasami domaga się ćwiczenia, szczególnie metodą "Od obrazka do słowa". Sama wybiera sobie którą część chce

ćwiczyć.

Celem poprawy koncentracji na zajęciach logopedycznych przy ćwiczeniach słuchowych używa słuchawek, co pomaga jej się skupić na zadaniu.

W domu i w sytuacjach codziennych także jest zwracana uwaga na trudności z koncentracją u dziecka. W diecie znacznie ograniczone zostały słodycze.

Jeśli K. się dekoncentruje lub nie zwraca na mnie uwagi, zbliżam się do jej twarzy tak, aby mogła mnie widzieć i aby inne rzeczy nie rozpraszały jej uwagi. Obecnie dziecko znacznie rzadziej wymaga takiego postępowania, gdyż stara się słuchać co się do niej mówi.

K. zauważa swoje małe sukcesy a to powoduje, że rośnie jej motywacja i wiara we własne siły.

Podsumowując można stwierdzić następujące efekty oddziaływań:

- nabycie umiejętności oczyszczania nosa,
- poprawę w specyfice oddychania (sporadyczne oddychanie torem ustnym),
- wyeliminowanie przygryzania języka, co świadczy o cofnięciu się języka w głąb jamy ustnej,
- obniżenie niechęci do mówienia,
- ustabilizowanie nastroju,
- wzmocnienie optymizmu i motywacji do pracy,
- zwiększenie ekspresji słownej oraz umiejętności komunikacyjnych z otoczeniem,
- lepsze koncentrowanie się na treści wypowiedzi drugiej osoby,
- lepsza koncentracja przy wykonywaniu zadań (zadania są wykonywane w większym zakresie).

Stosowane słownictwo jest w dalszym ciągu ograniczone, zdania są zbyt mało rozwinięte jak na wiek dziecka dlatego praca musi być kontynuowana. Dotychczasowe efekty pozwalają jednak na stwierdzenie, że kierunek działań jest słuszny.

PODSUMOWANIE I WNIOSKI

W niniejszej pracy poddano analizie problem wspomaganie rozwoju mowy u dziecka wychowywanego w rodzinie dwujęzycznej. Początkowo wydawało się, że problem opóźnienia mowy u badanej wynika wyłącznie z sytuacji rodzinnej.

Jak okazało się po badaniach natura problemu jest bardziej złożona. Trudności pojawiły się także jako konsekwencje niewystarczającego napięcia mięśniowego w okolicach orofacjalnych. Na osłabienie tego napięcia mięśniowego wpływ miało zbyt długie ssanie smoczka oraz przedłużające się picie z butelki.

W pracy z dzieckiem zwracałam największą uwagę na podtrzymywanie motywacji do mówienia, poprawie koncentracji oraz prawidłowej artykulacji. Oczywiście nie da się odgraniczyć tych umiejętności od innych zadań takich jak choćby praca nad motoryką dużą i małą.

Wiadomo jaki wpływ na rozwój mowy ma przekraczanie linii środka, precyzja ruchów ręki, koordynacja wzrokowo-ruchowa i wzrokowo-słuchowa.

Bez pracy nad wszechstronnym rozwojem dziecka nie można nawet myśleć o prawidłowym rozwoju mowy. Mowa jest wyższą czynnością umysłową, dlatego najpierw wszystkie inne modalności muszą być osiągnięte.

Praca logopedyczna początkowo była prowadzona przez mamę dziecka następnie przez wykwalifikowanego neurologopedę. Na dzień dzisiejszy wiadomo, że wymagana jest kontynuacja terapii. Logopeda jest zdania, że przy odpowiednim zaangażowaniu wszystkich stron, terapia przyniesie oczekiwane efekty, czyli prawidłową artykulację wszystkich głosek.

Postępy w artykulacji pojedynczych głosek są szybkie, ale wymagają powtórzeń i utrwalania, gdyż dziecko szybko wraca do wyuczonych sposobów mówienia.

Uważam, że największym sukcesem jest wysoka motywacja dziecka do mówienia, gdyż bez niej nie byłby możliwy dalszy rozwój mowy. Dziecko nie zniechęca się pomimo iż zdaje sobie sprawę z faktu złego wymawiania wyrazów. Oczywiście widoczne są momenty przyciszenia głosu w wyrazach trudnych, ale po odpowiednim wzmocnieniu dziecko usiłuje powtarzać po dorosłym w sposób prawidłowy.

Decydująca o sukcesie jest cierpliwość i konsekwencja. Praca małymi krokami pozwala na szybkie osiągnięcie sukcesu co zwiększa poczucie sukcesu i zwiększa motywację do dalszej pracy.

ZAKOŃCZENIE

Jak wykazałam w swojej pracy rozwój dziecka należy traktować wielokierunkowo, dlatego praca nad wczesnym wspomaganie rozwoju musi mieć charakter interdyscyplinarny.

Wszystkie modalności działalności człowieka są ze sobą ściśle powiązane i nie można usiłować izolować określonych oddziaływań, dlatego jestem przekonana o konieczności wszechstronnego edukowania ludzi zajmujących się pracą z dzieckiem.

Od kilkudziesięciu lat badacze zajmują się tematem dwujęzyczności i wpływu bilingwalnego wychowania na rozwój dziecka. Początkowe doniesienia były dość niekorzystne dla ludzi wychowanych w "podwójnym świecie językowym". Oczywiście szybko okazało się, że badania były prowadzone nierzetelnie i obecnie badacze przykładają więcej uwagi w dobieraniu próby badawczej.

Jak się okazuje wychowanie dwujęzyczne nie jest prostym zagadnieniem, gdyż związane jest z wieloma współzależnymi. Nie można oddzielać wychowania od biologii. Choć wydawałoby się, że jest to wiadome od bardzo dawna, okazuje się że czasami najtęższe umysły dzisiejszego świata nauki zdają się o tym zapominać.

W chwili obecnej prowadzone są badania na skalę światową nad kwestionariuszem mającym pomóc w odróżnieniu specyficznych zaburzeń rozwoju mowy od dwujęzyczności. Okazuje się, że temat pracy wybranej przeze mnie jest bardzo aktualny, a wnioski wynikające z moich rozważań i badań pokrywają się z tym co zauważyli inni badacze, mianowicie, że trudno jest rozróżnić zaburzenia w rozwoju mowy od konsekwencji dwujęzyczności. Okazuje się, że dzieci z rodzin dwujęzycznych często są źle diagnozowane a ich problemy z mową są tłumaczone, niesłusznie, dwujęzycznością.

Często okazuje się, że trzymamy się najprostszego wyjaśnienia i nie szukamy dalej.

Jak okazało się w przypadku badanego dziecka dwujęzyczność domu rodzinnego to tylko część problemu. Najistotniejsze okazały się problemy natury fizjologicznej.

BIBLIOGRAFIA

1. Bogacz E., (2012) *Ręka, myślenie i mowa – rozwój psychoruchowy i poznawczy a kształtowanie mowy dziecka w odniesieniu do dzieci z chorobami genetycznymi*. [w:] T. Kaczan, R. Śmigiel (red.), *Wczesna interwencja i wspomaganie rozwoju u dzieci z chorobami genetycznymi*.
2. Bogusławska-Wilczyńska A., Stopa A., Kurywczok K., *Interdyscyplinarna ocena opóźnionego rozwoju mowy*.
3. Bolesławska D., *Wczesne wspomaganie rozwoju mowy. Diagnozowanie i postępowanie logopedyczne*.
4. Cieszyńska J. (2010), *Dwujęzyczność - rozumienie siebie jako innego*, [Wyd:] J. Cieszyńska, Z. Orłowska - Popek, M. Korendo (red.) *Nowe podejście w diagnozie i terapii logopedycznej - metoda krakowska*, Kraków 2010
5. Cieszyńska J., *Niezakończony rozwój mowy, opóźniony rozwój mowy, wada wymowy, odmienne realizacje spowodowane zaburzeniami i/lub chorobami fizycznymi – rozróżnienie terminologiczne*.
6. Cieszyńska J., Korendo M. (2007), *Wczesna interwencja terapeutyczna. Stymulacja rozwoju dziecka od noworodka do 6 roku życia*, Kraków.
7. Kaczmarek L. (1995), *Mózg, język, zachowanie*. Lublin 1995.
8. Kurcz I., (2007), *Psychologiczne aspekty dwujęzyczności*. Gdańsk.
9. Łobocki M., (1984) *Metody badań pedagogicznych*, PWN, Warszawa 1984, s. 56.
10. Pilch T., (1995) *Zasady badań pedagogicznych*, WZ, Warszawa.
11. Sadowska L. (2011), *Rozwój mowy u dziecka oraz jej zaburzenia*. [w:] L Sadowska (red.), *Wczesna diagnostyka i rehabilitacja dzieci ryzyka*. Wrocław
12. Sołoma L., (2002) *Metody i techniki badań socjologicznych*. Wybrane zagadnienia. Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego. Olsztyn 2002.
13. Stręk K. (2006), *Jedno dziecko - dwa języki. Po polsku i po niemiecku o dwujęzycznym wychowaniu*.
14. Wajman A. *Wczesne uwarunkowania rozwoju mowy*.
15. Węgierska K., (2009), *Efektywność działań profilaktyczno-terapeutycznych logopedów w środowisku życia dzieci w wieku przedszkolnym*. Uniwersytet Śląski, Wydział Pedagogiki I Psychologii. Rozprawa doktorska napisana pod kierunkiem prof. UŚ dr hab. Ewy Syrek.
16. Wróblewska-Pawlak K. *Naturalna dwujęzyczność, czyli o dwujęzycznym wychowaniu dzieci*.

Wykaz artykułów z internetu:

1. Geresz J.M., *Wielospecjalistyczna ocena opóźnionego rozwoju mowy.*

www.edukator.org.pl/2009/ocena/ocena.html

2. Horobik A., *Etapy rozwoju mowy dziecka.*

www.babyboom.pl/dzieci_1_2/rozwoj/etapy_rozwoju_mowy_dziecka.html

2. Mieszkowicz M. *Opóźniony rozwój mowy czynnej.*

<http://poradnik-logopedyczny.pl/wady-wymowy/rozpoznanie-i-korekcja/38/opozniony-rozwoj-mowy-czynnej.html>

3.

<http://www.czytelniamedyczna.pl/1290,interdyscyplinarna-ocena-opoznionego-rozwoju-mowy.html>

ZAŁĄCZNIKI

Wykaz załączników:

1. Opinia logopedyczna z marca 2013
2. Kwestionariusz pedagogiczno – logopedyczny
3. Arkusz Obserwacji Dziecka 4-letniego

ZAŁĄCZNIK NR 1

A. K.

Zielona Góra dn. 21 III 2013r.

Wiek: 3 lata ,5 m-cy ,4 dni

OPINIA LOGOPEDYCZNA

Dane z anamnezy:

K. jest dzieckiem z pierwszej ciąży o prawidłowym przebiegu, zakończonej w 42 tyg. porodem naturalnym. W skali Apgar uzyskała 10 pkt. Karmiona piersią 9 m-cy. Rozwój motoryczny – prawidłowy. Zaczęła chodzić w 1 r.ż.

W wyniku badania logopedycznego stwierdzono SORM – samoistny opóźniony rozwój mowy czynnej, w aspekcie artykulacyjnym, na tle uwarunkowań środowiskowych (rodzina wielojęzyczna).

W zakresie rozumienia:

- Dobre rozumienie zarówno prostych poleceń np.: ”Pokaż mi obrazek, na którym jest piłka ”, jak i poleceń o bardziej złożonej budowie, np.: „Gdzie jest przedmiot, który służy do czesania włosów?”.
- Dobre rozumienie informacji niejęzykowych (dotyk nadawcy, gesty, mimika twarzy),
- K. rozumie znaczenie rzeczowników, czasowników oraz przymiotników, opisujących elementy jej najbliższego otoczenia.
- Rozumie znaczenie przyimków /na, do, z/, opisujących podstawowe stosunki przestrzenne /na krześle, do kubka, z kubka/. Wymagają jednak one nadal ćwiczeń.
- Opóźniony rozwój słuchu fonemowego – K. nie poradziła sobie z identyfikacją paronimów różniących się jedną głoską, badanych na materiale obrazkowym.

W zakresie komunikacji i mowy czynnej:

- Dziewczynka nawiązała prawidłowo kontakt z osobą badającą. Ze skupieniem wykonywała kolejne zadania.
- W mowie spontanicznej K. wypowiada 5-wyrazowe zdania językiem dziecięcym, znajduje antonimy do przymiotników /ciepły, czysty, duży/, używa formy pytającej, wypowiedzi dziewczynki jednak nie są one zrozumiałe dla osób spoza najbliższego otoczenia.
- Rozumie, że jest dziewczynką, używa formy „ja” oraz zaimka osobowego „moje”, aby zaznaczyć swoją własność.
- Funkcja powtarzania znacznie lepiej rozwinięta od nazywania.

W zakresie artykulacji:

- Liczne elizje fonemowe, zarówno sylabowe, jak i głoskowe np.: /kiatek –kwiatek, kolaj – Mikołaj/, substytucje np.: /blecho –mleko, banon-balon, sosolka-parasolka/.

Pod względem uwarunkowań anatomicznych i fizjologicznych narządów mowy:

- Obniżona napięcie mięśniowe języka,
- Dysfunkcja oddychania (torem ustnym), na które wpływ ma przerośnięty trzeci migdał.

Zalecenia do pracy z dzieckiem:

1) Objęcie terapią logopedyczną, w ramach której wskazane jest:

- Stosowanie stałej ogólnorozwojowej stymulacji funkcji, ułatwiającej funkcjonowanie społeczne,
- Rozwijanie rozumienia mowy w naturalnych sytuacjach poprzez uczestnictwo w życiu społecznym, jak również wspieranie rozwoju mowy czynnej,
- Organizowanie możliwości integrowania się K. z grupą rówieśniczą,
- Formułowanie jasnych, krótkich poleceń i egzekwowanie ich wykonania,
- Zachęcanie do zabaw konstruktywnych i tematycznych,
- Motywowanie dziewczynki do komunikacji stosując liczne wzmocnienia,
- Nie prezentowanie postawy nadopiekuńczej wobec dziewczynki, nie wyręczanie dziecka,
- Stymulowanie sfery orofacjalnej (masaż części ustno-twarzowej),
- Nauka prawidłowego sposobu oddychania i połykania.

ZAŁĄCZNIK NR 2

Kwestionariusz pedagogiczno – logopedyczny

(na podstawie kwestionariusza w R. Bobko-Kraszewskiej
– zmodyfikowany i dostosowany przez autorkę niniejszej pracy)

Imię i nazwisko badającego Data badania

BADANIE WSTĘPNE

I. Wywiad

1. Dane o pacjencie

Imię i nazwisko dziecka
Data urodzenia
Adres zamieszkania
Telefon
Adres Szkoły (Przedszkola)
Powód zgłoszenia; osoba kierująca
Dotychczasowa terapia logopedyczna
Osoba udzielająca informacji

2. Środowisko rodzinne

Matka (imię, wiek, wykształcenie):
Ojciec (imię, wiek, wykształcenie):
Rodzeństwo (imiona, wiek):
Wady wymowy występujące w rodzinie:
Choroby w rodzinie:

3. Rozwój psychofizyczny dziecka

Przebieg ciąży i porodu:
.....
.....
Karmienie (*naturalne, sztuczne*)
.....
Stan zdrowia dziecka
.....
.....
Rozwój funkcji poznawczych (sposrzeganie, uwaga, pamięć)
.....
.....

.....
Samoobsługa
.....
.....

Rozwój emocjonalny
.....
.....

Rozwój motoryczny (należy opisać przybliżony wiek dziecka i realizację funkcji):

Chwytywanie	Pełzanie	Raczkowanie	Siadanie	Chodzenie

4. Rozwój mowy dziecka

- Głuszenie
- Gaworzenie
- Pierwsze wyrazy.....
- Pierwsze zdania.....
- Rozumienie mowy
- Sposoby komunikacji

II. Dane z obserwacji dziecka

(Aktywność własna dziecka, zachowania spontaniczne i okazywane w czasie wykonywania zadań; zwracamy szczególną uwagę na ciekawość poznawczą, koncentrację uwagi, zachowania werbalne, mimikę i gestykulację; ogólną sprawność ruchową – celowość działań, precyzję ruchów, koordynację ruchów; sprawność manualną; sposób reagowania na rodzica oraz relację werbalną dziecko-rodzic; umiejętność i łatwość nawiązywania kontaktów interpersonalnych);

WNIOSKI z obserwacji:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Badanie lateralizacji (stronności)

Lateralizacja:

- prawostronna,
- lewostronna,
- skrzyżowana,
- nieustalona (słaba).

Lateralizacja to czynnościowa przewaga jednej strony ciała związana z dominacją jednej z półkul mózgowych. W czasie wywiadu z rodzicami dowiadujemy się o dotychczasowym przebiegu rozwoju lateralizacji u dziecka. Ze względu na fakt dziedzicznego uwarunkowania leworęczności należy ustalić, czy w rodzinie dziecka były osoby leworęczne.

Obserwujemy:

- którą ręką dziecko je, kroi, rysuje, rzuca piłkę, trzyma nożyczki;
- którą nogą dziecko kopie piłkę;
- którym okiem dziecko zagląda np. przez dziurkę od klucza, do wnętrza butelki, itp.

UWAGI:

III. Orientacyjne badanie mowy

1. Specyfika kontaktu werbalnego badanego dziecka

- dziecko mówi: TAK / NIE; TYLKO GESTYKULUJE / WSKAZUJE
- jak mówi:

- rozumie mowę innych: TAK / NIE
- mówi chętnie: TAK / NIE; MOWA SPRAWIA TRUDNOŚĆ
- czy nawiązuje kontakt werbalny: TAK / NIE , UNIKA

Uwagi:

- czy mówi na temat: TAK / NIE ZMIENIA TEMAT
- czy mowa jest zrozumiała: TAK / NIE
- czy reaguje na polecenia: TAK / NIE
- czy sensownie odpowiada na pytania: TAK / NIE
- płynność i tempo wypowiedzi

2. Badanie rozumienia

· pojedynczych słów

Pokazujemy dziecku szereg obrazków i prosimy o wskazanie jednego - nazwanego przez badającego.

· prostych połączeń słownych (zdolność rozumienia struktur gramatycznych)

Badający wypowiada zdanie używając nieprawidłowych form fleksyjnych, a następnie pyta dziecko, czy wyraził się prawidłowo. Prosi o wskazanie błędu i jego poprawę.

Ania poszedł do lasu.

Chłopiec biegnie obok psem.

Kasia nie chce jeść obiad.

3. Ocena sprawności językowych (czy dziecko mówi logicznie i sensownie)

a) **sytuacyjnej** (*umiejętność dostosowania wypowiedzi do odbiorcy i sytuacji komunikacyjnej*)

.....

b) **społecznej** (*umiejętność dostosowania wypowiedzi do rangi adresata*)

.....

c) **pragmatycznej** (*umiejętność osiągnięcia założonego przez siebie celu wypowiedzi*)

.....

4. Badanie płynności i prozodii mowy

Płynność mowy oceniamy na podstawie informacji uzyskanych z wywiadu oraz z obserwacji zachowań werbalnych. Zwracamy szczególną uwagę na takie przejawy niepłynności, jak: powtarzanie głosek, sylab, wyrazów, przeciąganie głosek, pauzy, wtrącenia w toku mowy, niemożność rozpoczęcia wypowiedzi (bloki).

.....

.....

5. Mowa spontaniczna (w sytuacji zabawy kierowanej)

· rodzaj zabawy

.....

· zachowania werbalne i niewerbalne dziecka

.....

.....

Zwracamy szczególną uwagę na to, czy dziecko:

· operuje zdaniami (jakimi?- prostymi, złożonymi)

.....

· buduje poprawne konstrukcje zdaniowe

.....

· wszystkie głoski realizuje prawidłowo

.....

· nie wykazuje zaburzeń głosu

.....

· zachowana jest czynność i prozodia mowy

.....

6. Wnioski

Uwagi dotyczące zachowania się dziecka w czasie badań (*ruchliwość, koncentracja uwagi,*

aktywność, kontakt z badającym, itp.)

.....

.....

.....

.....

IV. BADANIA UZUPEŁNIAJĄCE

Badania te wykonuje się w celu wstępnego rozpoznania przyczyn opóźnienia w rozwoju mowy.

1. BADANIE PODSTAWOWE MOWY

Badanie mowy dokonujemy w 4 aspektach: fonetycznym, leksykalnym, gramatycznym i ekspresyjnym.

a) aspekt fonetyczny

Ustalenie zasobu dźwięków (określenie w jaki sposób dziecko realizuje poszczególne głoski). Ustalenie czy głoski są wymawiane prawidłowo, czy też zamieniane, opuszczane, zniekształcane. Ocena w jaki sposób wymawiane są głoski w nagłosie, śródgłosie i wygłosie oraz w różnych otoczeniach fonetycznych.

Artykulacja głosek w izolacji

Spółgłoski wargowe		wargowo – zębowe	przedniojęzykowo-zębowe			przedniojęzykowo-dziąsłowe	
p p`	b b`	v v`	s z	c dz	sz ż	r	
m m`	ł	f f`	n	d	t	cz dż	l l`

środkowojęzykowe		tylnojęzykowe		Samogłoski ustne nosowe			
ś ź	ń	k k`	x x`	a ą		e ę	
ć dź	j	g g`		i	u	o	y

Badanie wymowy za pomocą „Kwestionariusza badania mowy” (G. Billewicz, B. Ziolo)

Nazwy obrazków zawierają samogłoski i spółgłoski w trzech pozycjach w wyrazie: nagłosie, śródgłosie i wygłosie.

Spółgłoski wargowe:	wargowo-zębowe:	przedniojęzykowo-zębowe:	przedniojęzykowo-dziąsłowe:
pajac kanapa sklep	wózek owoce	sanki parasol tygrys	szalik koszyk mysz
pies spinka	widelec telewizor	zegar gazeta	zaba łyżwy
bałwan kubek	fotel szafa lew	cebula klocki koc	czapka rękawiczki klucz
biedronka drabina	filizanka kalafior	dzwon kukurydza	dżem

małpa lampa dom		tablica patelnia kogut	ryba narty ser
miska komin		duch pomidor	lalka telefon motyl
ławka stołek diabeł		noga garnek baran	lizak walizka

środkowojęzykowe:	tylnojęzykowe:	samogłoski
ślimak huśtawka miś	kot oko smok	autobus balon sowa
ziemniak łożenka	kiełbasa cukierek kredki	Eskimos zegar serce
ciastka bocian łokieć	grabie ogórek	okno płot jajko
dzieci ludzie	gitara magik	ucho buty
niedźwiedź dynia słoń	chleb orzechy fartuch	igła lis
jabłko czajnik czarodziej	hipopotam	grzyb lody

b) aspekt leksykalny

*Określenie zasobu **słownictwa czynnego** dziecka, czyli określenie - czy ilość i jakość używanych przez niego słów jest zgodna z normą wiekową.*

.....

.....

.....

.....

c) aspekt gramatyczny

Ocena umiejętności stosowania form fleksyjnych polegająca na sprawdzeniu, czy dziecko prawidłowo stosuje reguły gramatyczne, czy potrafi budować logiczne i sensowne wypowiedzi.

.....

.....

d) aspekt ekspresyjny

Badanie płynności i prozodii mowy dokonywane na podstawie mowy spontanicznej dziecka.

.....

.....

2. Warunki anatomiczno-czynnościowe

- Ruchomość **żuchwy**, umiejętność przesunięcia żuchwy w płaszczyźnie pionowej i poziomej

.....

- funkcjonowanie **podniebienia miękkiego** i **pierścienia zwierającego gardła**

.....

- wielkość i grubość **języka**, długość i **plastyczność wędzidelka podjęzykowego**

.....
➤ wielkość **migdałków podniebiennych**

.....
➤ wygląd, ewentualne deformacje **podniebienia miękkiego**

.....
➤ **zgryz i uzębienie**

.....
➤ budowa **przegrody nosowej**

.....
Słuch:

.....
Wzrok

Funkcje oddechowo-pokarmowe:

.....
· oddychanie.....

➤ nosem, ustami.

Prawidłowe oddychanie odbywa się przez nos. Sprawdzamy, czy dziecko ma nawyk oddychania nosem czy ustami. Zwracamy uwagę na to czy oddech jest równy, rytmiczny, harmonijny, a także ile trwa faza wdechu i wydechu.

.....
· ssanie

.....
· żucie

.....
· połykanie

➤ prawidłowe – czubek języka opiera się o wałek dziąsłowy,

➤ infantylne – czubek języka spoczywa płasko na dnie jamy ustnej lub wsuwa się między zęby.

Prosimy dziecko o przelknięcie podanego płynu i obserwujemy położenie języka i ruchy warg. Przy nieprawidłowym przelknięciu dziecko mocno zaciska wargi.

Parafunkcje (ssanie palca, wargi, gryzienie ołówków, itp.)

.....
.....
3. Badanie sprawności aparatu artykulacyjnego (praksji mowy)

Według KWESTIONARIUSZA BADANIA MOTORYKI ARTYKULACYJNEJ

PRÓBY JĘZYKA:

.....
· Wysuwanie i chowanie języka do jamy ustnej.....

.....
· Kierowanie języka do kąćków ust.....

.....
· Kierowanie języka do nosa i brody.....

.....
· Wykonanie grotu.....

- Rozpłaszczenie języka - łopatką.....
- Unoszenie języka do podniebienia.....
- Ułożenie języka w kształcie rynienki.....
- Oblizywanie warg ruchem okrężnym.....
- Ruch okrężny języka po zębach.....
- Kłaskanie językiem.....
- Wypychanie policzków językiem, przy zamkniętych ustach.....

PRÓBY WARG:

- Zaciskanie warg.....
- Nakładanie wargi górnej na dolną.....
- Nakładanie wargi dolnej na górną.....
- Przesuwanie kącików ust w prawo i w lewo.....
- Ściskanie i rozciąganie ust.....
- Układanie warg w ryjek.....
- Gwizdanie.....
- Nadymanie policzków.....
- Przepychanie policzków wewnątrz jamy ustnej.....
- Cmokanie konia.....
- Parskanie, prychanie konia.....

KARTA BADANIA MOTORYKI ARTYKULACYJNEJ

Imię i nazwisko
 Data urodzenia
 Data badania
 Wynik badania

PRÓBY JĘZYKA

1.		wysuwanie i chowanie języka do jamy ustnej
2.		opuszczanie języka na brodę, unoszenie do nosa
3.		kierowanie języka do kąsika ust
4.		perzewężanie języka (język wąski – grot)
5.		rozpłaszczanie języka (język szeroki – łopatka)
6.		unoszenie języka do podniebienia
7.		podniesienie brzoźgów języka
8.		ułożenie języka w kształt łyżeczki
9.		oblizywanie warg przy otwartych ustach
10.		oblizywanie językiem zębów
11.		kląskanie językiem
12.		wypychanie policzków językiem

PRÓBY WARG

1.		zaciśnięcie warg
2.		zakrywanie wargi dolnej wargą górną
3.		zakrywanie wargi górnej wargą dolną
4.		przesuwanie na boki zamkniętych warg
5.		ściągnięcie i rozciągnięcie warg
6.		układanie warg w ryjek
7.		gwizdanie
8.		nadymanie policzków
9.		wibrowanie warg
10.		przepychanie powietrza wewnątrz jamy ustnej
11.		cmokanie
12.		parskanie

4. Orientacyjne badanie słuchu fizjologicznego

Zwracamy uwagę na reakcję dziecka na bodźce dźwiękowe. U małego dziecka prawidłowy słuch stwierdza się, gdy poszukuje ono wzrokiem źródła dźwięku oraz gdy występują reakcje słuchowo-ruchowe (dziecko zwraca się w kierunku źródła dźwięku tułowiem i głową). U dzieci starszych stan słuchu określa się poprzez badanie rozumienia mowy i szeptu (norma- szept słyszany z odległości ok. 6 m).

.....

.....

5. Badanie słuchu fonematycznego

Celem badania jest określenie umiejętności różnicowania i identyfikacji głosek oraz dokonywania ich analizy i syntezy.

Badanie analizy słuchowej:

Jakie dźwięki słyszysz w wyrazie?

dom noc cyrk

rower bajka telefon

mleko szkoła lampa

ziarno poczta terytorium

Badanie poziomu analizy głoskowej:

a) wyróżnianie głoski w nagłosie

Co słyszysz na początku wyrazu?

igła cegła

alfabet królik

pszenica trawa

b) wyróżnianie głoski w wygłosie

Co słyszysz na końcu wyrazu?

motyle kiosk

ławka mysz

most widelec

c) wyróżnianie głosek w śródgłosie

Co słyszysz w środku wyrazu?

Ala osa

kok lis

bał ucho

Badanie różnicowania głosek opozycyjnych

Powtarzanie wyrazów:

wala – ucho - fala domek – mleko - Tomek

wrak – nos - frak bada – woła - pada

koza – dom - kosa góra – koło - kura

zał – koło - szal budzik - wózek - bucik

Kazia – Tola - Kasia dzień – mama – cień

Badanie syntezy słuchowej:

n-o-s o- s- a

p-t-a-k w-o-d-a

p-o-l-e k-o-t-y

z-e-g-a-r m-e-d-u-z-a

i-n-t-e-r-n-e-t l-o-d-ó-w-k-a

p-i-o-s-e-n-k-a t-o-r-n-i-s-t-e-r

6. Badanie spostrzegawczości słuchowej

Powiedz TAK jeśli dwa słowa są takie same, NIE - jeśli są różne. (Dziecko nie może patrzeć na usta osoby przeprowadzającej badanie).

ARKA : MARKA

WASTOWA : WASTOWA

GARTAKA : KARTAKA

SAMOZA : SAMOZA

ŚŁOKODA : ŚŁOKODA

MAŻAKA : MASZAKA
TADATARA : GATATARA
RAKOLOKA : RAKOROKA
WASASALA : WACASALA
ZASZADATA : ZACZADATA

7. Badanie pamięci słuchowej

Prosimy dziecko o powtórzenie ciągu wyrazów lub cyfr. Pamięć świeża jest w stanie przechować od 5 do 9 jednostek. Norma wynosi ok. 7 wyrazów.

Wyrazy:

stołek, ucho, kwiat, zegar, żelazko, dobranocka, las, małpa, książka, spodnie

Cyfry:

dwa, dziewięć, cztery, siedem, trzy, jeden, pięć, osiem, sześć, zero

.....

8. Badanie kinestezji artykulacyjnej (kinestezji mowy)

Kinestezja artykulacyjna - czucie ułożenia narządów mowy właściwego poszczególnym głoskom. Polecamy dziecku powtórzyć głoski opozycyjne (np. wg opozycji miejsca artykulacji), ciągi sylab oraz wyrazy zawierające te głoski.

Wybrane opozycje spółgłoskowe

a) dźwięczna – bezdźwięczna

K - G

kraby – graby

klin – glin

P – B

podanie – badanie

patykarstwo – badylarstwo

S – Z

smalec – zakalec

skupować – zakapować

RZ – Ź

szczucie – czucie

szlagier – żagiel

b) opozycje spółgłoskowe miejsca artykulacji

S – SZ – Ś

sad – szach – siad

sara – szara – siara

P – T – K

płonący – tonący – kwitnący

pachnąć – tnać – kłać

M – N

Bytom – pyton

W – Ł

waciak – łaciak

wodowanie – ładowanie

c) opozycja spółgłoskowa stopnia zbliżenia narządów mowy

S – C

nos – noc

pies – piec

R – L

chrapanie – chlapanie

firmować – filmować

BADANIA SPECJALISTYCZNE

Badania dodatkowe i konsultacje specjalistyczne (np. z *foniatrą, laryngologiem, neurologiem, pedagogiem, psychologiem*)

.....
.....
.....

DIAGNOZA

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Program terapii:

· czas trwania terapii

.....

· częstotliwość spotkań

.....

· prognoza

.....

· metody i techniki pracy

.....

· narzędzia i środki dydaktyczne

.....

ZAŁĄCZNIK NR 3

ARKUSZ OBSERWACJI DZIECKA 4- LETNIEGO

Nazwisko i imię.....

+ tak, - nie, +/- czasami

Sfera	Rodzaj umiejętności	obserwacja		uwagi
		DOM	PRZEDS ZKOLE	
Samoobsługa	Samodzielnie korzysta z toalety			
	Samodzielnie spożywa posiłki			
	Sprząta po sobie zabawki			
	Ubiera i zakłada większość ubranek			
Emocjonalno- społeczno	Respektuje umowy i polecenia- posłuszny			
	Popada w konflikty z innymi dz.			
	Przejawia agresję słowną i czynną			
	Współdziała w zabawie swobodnej			
	Trzyma się na uboczu grupy			
	Niezaradny domaga się ciągłej opieki			
	Jest śmiały i bezpośredni			
	Szanuje wytwory pracy innych			
	Jest lubiany przez grupę			
	Potrafi dłużej skupić uwagę			
	Potrafi pogodzić się z porażką			
	Chętnie podejmuje nowe zadania			
	Często prosi o pomoc- brak wiary w siebie			
	Jest pogodny i radosny			
	Zakłóca przebieg zajęć- przeszkadza			
	Chce rządzić i przewodzić grupie			
Ruchowo- motoryczna i koordynacja	Chętnie uczestniczy w zaj. ruchowych			
	Wchodzi po schodach, naprzemienne ruchy			
	Utrzymuje równowagę na równoważni			
	Chwyta piłkę oburącz			
	Potrafi poruszać się cwałem bocznym			
	Potrafi zapiąć guzik			
	Jest niezręczny ruchowo			
	Poprawnie trzyma kredkę			
	Poprawnie posługuje się nożyczkami			
Chętnie rysuje i koloruje obrazki				
Pamięć	Chętnie słucha bajek			
	Potrafi wypowiadać się na określony temat			
Mowa	Wygłasza krótkie wiersze i piosenki			
	Łatwo zapamiętuje treść utworów			
myślenie	Rozpoznaje podstawowe kolory i je nazywa			
	Odtwarza prosty rytm			
spostrzeganie	Mowa jest poprawna i zrozumiała			

	Przelicza do czterech i dalej			
	Posługuje się dużym zasobem słownictwa			
	Samorzutnie podejmuje rozmowy z wych.			
	Dostrzega różnice i podobieństwa w ilustracjach			
Lateralizacja	Posługuje się prawą ręką jako wiodącą			
	Wiodąca noga prawa			
	Dominujące oko prawe			

Inne dane o dziecku :

.....
.....
.....

Niepokojące zachowania:

.....
.....
.....

Z czym radzi sobie dobrze:

.....
.....
.....

Co wymaga pracy:

.....
.....
.....

Zainteresowania i zdolności:

.....
.....
.....

Kierunki oddziaływań pedagogicznych i wychowawczych:

.....
.....
.....

Podpis nauczyciela dokonującego obserwacji