

TOMASZ WOŹNIAK*, MAJA SACEWICZ**

*Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin
Zakład Logopedii i Językoznawstwa Stosowanego

**Centrum Autyzmu i Zespołu Aspergera „Synthesis”, Lublin

Niepłynność mówienia u osób niepełnosprawnych intelektualnie

Speech Dysfluency in Intellectually Disabled Persons

STRESZCZENIE

Artykuł podejmuje rzadko omawianą w literaturze logopedycznej kwestię występowania niepłynności mówienia u osób niepełnosprawnych intelektualnie. Opis i interpretacja diagnostyczna występowania zjawiska niepłynności mówienia u osób niepełnosprawnych intelektualnie ma istotną wagę z punktu widzenia teorii i praktyki logopedycznej. Prezentowany artykuł jest raportem na temat wyników badań w grupie 34 osób, których celem była przede wszystkim próba odpowiedzi na pytania: 1. Jaki jest odsetek osób z patologiczną niepłynnością mówienia wśród młodzieży i dorosłych z niepełnosprawnością intelektualną? 2. Jakie objawy niepłynności patologicznej pojawiają się u osób niepełnosprawnych intelektualnie najczęściej? 3. Czy u badanych osób wraz z niepłynnością występują inne symptomy towarzyszące, pozwalające na diagnozowanie jednostek zaburzeń mowy i zróżnicowane programowanie terapii? W dyskusji autorzy odnoszą się także do kwestii zależności płci i stopnia niepełnosprawności intelektualnej a nasilenia i typu występujących niepłynności.

Słowa kluczowe: niepłynność mówienia, niepełnosprawność intelektualna, jąkanie, gielkot, oligofazja

SUMMARY

The article examines the question, rarely discussed in literature, of speech dysfluencies in intellectually disabled persons. The description and diagnostic interpretation of the occurrence of the speech dysfluency phenomenon in the intellectually disabled is highly significant from the standpoint of logopedic theory and practice. The present article is a report on the results of tests in a 34-person group, whose goal was first of all to answer the following questions: 1. What is the percentage of persons with pathological speech dysfluencies among intellectually disabled teenag-

ers and adults? 2. Which symptoms of pathological dysfluency occur most often in the intellectually disabled? 3. In the tested subjects, do other accompanying symptoms occur with dysfluency, which enable diagnosing speech disorder entities and programming diverse therapies? The authors also discuss the question of the relationship between sex plus the degree of intellectual disability, and the intensity and type of dysfluencies.

Key words: speech dysfluency, intellectual disability, stuttering, cluttering, oligophasia

WPROWADZENIE

W opisie zaburzeń mowy występujących u osób z niepełnosprawnością intelektualną większość badaczy zwraca uwagę na częste występowanie nie płynności mówienia. Wciąż jednak brakuje precyzyjnych danych na temat tego zjawiska, a nieliczne badania pokazują bardzo duże rozbieżności w statystykach i w opisie charakteru występujących w tej grupie nie płynności. We współczesnym rozumieniu niepełnosprawność intelektualna „charakteryzuje się znacznymi ograniczeniami w funkcjonowaniu intelektualnym (zwanym także inteligencją, a dotyczącym ogólnych zdolności umysłowych, takich jak: rozumowanie, uczenie się, rozwiązywanie problemów) oraz równocześnie w zachowaniach adaptacyjnych, które obejmują szereg codziennych umiejętności społecznych i praktycznych. Ta niepełnosprawność ujawnia się przed 18 r.ż.” (Schalock i. in. 2010, za: Żyta 2014). Wiadomo, że często etiologia niepełnosprawności intelektualnej wiąże się z różnego rodzaju czynnikami powodującymi także różnorodne zaburzenia somatyczne: czynniki genetyczne, pre- i perinatalne, urazy i choroby neurologiczne itd. Dlatego występujące u osób niepełnosprawnych intelektualnie objawy zaburzeń mowy opisuje się w ramach różnych jednostek klasyfikacyjnych. Dotyczy to także nie płynności mówienia. Należy też zauważyć, że różna kwalifikacja objawów nie płynności w niepełnosprawności intelektualnej wiąże się nie tylko z jej różną etiologią, ale także z różnymi sposobami rozumienia płynności i nie płynności mówienia przyjmowanymi przez poszczególnych autorów.

Z.M. Kurkowski za najlepszą uznał definicję M.N. Hedge’a, według którego płynna wypowiedź jest „pozbawiona zaburzeń, przedłużeń i przerw” (Hedge 1978, za: Kurkowski 2003, 5). Odnosząc się do terminologii z fizjologii mowy, przywołuje on również definicję M.R. Adamsa, zdaniem którego płynna wypowiedź „zaczyna się bezzwłocznie i łatwo”, i jest „charakteryzowana od początku do końca przez koordynację oddychania, fonacji i aktywności artykulatorów, jako że mówiący przechodzi od dźwięku do dźwięku, od sylaby do sylaby w ciągły, płynący naprzód sposób” (Adams 1982, za: Kurkowski 2003, 5). Z. Tarkowski i A. Grzybowska za warunek „płynności mówienia” uznają natomiast „synchronizację trzech poziomów organizacji wypowiedzi: treści, formy językowej i substancji fonicznej” (Grzybowska, Tarkowski 1987, 865). W związku z tym

wyróżniają trzy typy płynności, odpowiedzialne za swobodne przechodzenie od jednego elementu wypowiedzi do kolejnego: „płynność semantyczną” związaną z przechodzeniem do kolejnej informacji, „płynność syntaktyczną” – z przechodzeniem między kolejnymi strukturami składniowymi oraz „płynność fizjologiczną”, czyli prawidłową koordynację oddechowo-fonacyjno-artykulacyjną, umożliwiającą przechodzenie do następnej głoski. T. Woźniak proponuje definicję płynności mówienia, która uwzględnia badania fonetyczne, neurobiologiczne oraz logopedyczne i wyjaśnia ten termin w następujący sposób: „Płynnością mówienia nazwijmy bezproblemowe budowanie ciągu fonicznego, zrozumiałego dla odbiorcy. Płynność polega na ciągłości realizacji następujących po sobie dźwięków mowy, które występują w obrębie regularnie powtarzających się grup rytmicznych (fraz), trwających około 2–3 sekund, niemalże identycznie uporządkowanych pod względem prozodycznym. Fraza może być wypełniona różną liczbą głosek (syłab), w zależności od tempa mówienia. Pomiędzy frazami występuje krótka pauza, której czas trwania nie jest ściśle określony. W wypadku nieprzerwanej wypowiedzi powinna być jednak krótsza niż 2 sekundy, nie ma bowiem wtedy wartości znaczącej” (Woźniak 2012, 550).

Na podstawie tej definicji autor wyjaśnia pojęcie „niepłynności mówienia” – jest to „zaburzenie ciągłości wymawianiowej i rytmiczności następstwa fraz”, które łączy się z „przerwaniem ciągłości realizacji fonicznej wypowiedzi, w ramach następujących po sobie grup rytmicznych i zaburzenie regularnego następstwa czasowego tych grup (fraz)” (Woźniak 2012, 551). Badacz zaznacza także, iż niepłynność mówienia możemy określić jako normalną lub patologiczną, w zależności od rodzaju i nasilenia występujących objawów.

Pamiętać należy, iż całkowita płynność mówienia jest zjawiskiem rzadko spotykanym. Każdemu mówcy zdarzają się wypowiedzi niepłynne, zwłaszcza pod wpływem emocji czy stresu. Pojawiać się może wówczas: powtarzanie (głosek, syłab, wyrazów, a nawet części zdań), przeciąganie, bloki, pauzy, embołofrazje, poprawki, mowa zbyt szybka, zbyt wolna lub nierytmiczna (Tarkowski 1992, 13).

Bardzo często spotkać się można w literaturze z utożsamianiem terminów „niepłynność mówienia” oraz „jąkanie”. Koniecznie należy je odróżniać – „niepłynność mówienia” traktować należy jako objaw występujący w różnych jednostkach zaburzeń mowy, „jąkanie” natomiast jest specyficznym zaburzeniem mowy, w którym niepłynność mówienia występuje jako jeden z objawów (Soboń, Woźniak 2015).

Niepłynność mówienia u osób niepełnosprawnych intelektualnie stawała się już przedmiotem osobnych opracowań. Przeglądu zagranicznych publikacji na temat związku niepełnosprawności intelektualnej i jąkania dokonał Z. Tarkowski (1987). Przytoczone przez niego badania A.N. Chapmana i E.B. Coopera wykazały, że w populacji osób z niepełnosprawnością intelektualną odsetek osób jąka-

jących się wynosi od 1 do 20%. Za przyczynę tak dużego zróżnicowania A. Preus (za: Tarkowski 1987) uznaje brak precyzyjnej definicji jąkania i trudność w przeprowadzeniu prawidłowej diagnozy z powodu wysuwania się na pierwszy plan bardziej charakterystycznych zaburzeń mowy.

G. Böhme wymienia trzy różne opinie badaczy, którzy nie są zgodni co do związku jąkania i niepełnosprawności intelektualnej. Ich zdaniem: 1. jąkanie może występować częściej w populacji osób niepełnosprawnych intelektualnie niż u osób w normie, 2. obie grupy nie różnią się od siebie pod tym względem, 3. im niższy iloraz inteligencji, tym mniej osób jąkających się (Tarkowski 1987, 65). Sam G. Böhme jest zwolennikiem ostatniej teorii. Według niego w „normalnej populacji częściej spotyka się osoby jąkające się z normalną inteligencją niż osoby jąkające się z obniżonym poziomem intelektualnym” (G. Böhme 1983, za: Lechta 1994, 32). V. Lechta zaznacza, że badania rzeczywiście potwierdzają częstsze występowanie jąkania u osób z lekką niepełnosprawnością (18,7%) niż u osób z niepełnosprawnością umiarkowaną i znaczną (13,7%), jednak zarówno w jednej, jak i drugiej grupie odsetek ten jest większy niż w populacji osób z normą intelektualną (Lechta 1994, 32). V. Lechta (1994) przytacza w swoim artykule dane dotyczące odsetka jąkających się niepełnosprawnych intelektualnie dzieci: wynosi on wedle różnych autorów 3,7% (M. Sovak), 26% (C.E. Webb i S. Kinde) lub nawet 30% (M. Atzesber). Badania przeprowadzone przez samego autora wykazały występowanie jąkania u 22,7% dzieci.

Aktualne badania na temat rodzaju niepełności mowy w niepełnosprawności intelektualnej przedstawione zostały w zbiorowym artykule, który ukazał się w roku 2013 na łamach „Journal of Communication Disorders” (Coppens-Hofman, Terband i in. 2013, 484–494). Autorzy, wychodząc z założenia, iż u osób z niepełnosprawnością intelektualną niepełność mowy pojawia się częściej niż w populacji ogólnej i najczęściej jest ona traktowana jako jąkanie, postanowili scharakteryzować typ niepełności u dorosłych osób z niepełnosprawnością intelektualną, ze szczególnym uwzględnieniem rozróżnienia objawów jąkania i gielkotu. Pomaga to, ich zdaniem, w zoptymalizowaniu terapii nastawionej na poprawę płynności i zrozumiałości wypowiedzi. W tym celu przeanalizowane zostały spontaniczne wypowiedzi 28 osób z lekką i umiarkowaną niepełnosprawnością, które zostały scharakteryzowane jako słabo rozumiane przez swoich opiekunów. U 22 osób (75%) wykazano występowanie istotnej klinicznie niepełności. Wśród nich 21% to osoby z gielkotem (*cluttering*), 29% – osoby, u których występują jednocześnie objawy gielkotu i jąkania (*cluttering-stuttering*), a 25% – osoby z czystym gielkotem, występującym przy normalnym tempie mówienia (*clear cluttering at normal articulatory rate*). Typowe objawy wskazujące na prawdziwe jąkanie w tej grupie nie wystąpiły wcale. Biorąc pod uwagę te dane, badacze doszli do wniosku, iż w grupie osób niepełnosprawnych intelektualnie

terapia powinna być nastawiona raczej na wyeliminowanie objawów gielkotu niż jąkania.

Rozważania na ten temat napotykaemy także w polskiej literaturze. Z. Tarkowski (2003) uważa, iż w przypadku osób z zespołem Downa występująca nie płynność to raczej gielkot, natomiast u innych, zwłaszcza z lekką niepełnosprawnością intelektualną, zaobserwować możemy jąkanie, którego objawy pojawiają się już od pierwszych wypowiedzi, w tym przypadku ok. 3–4. roku życia, a jego dalszy rozwój przebiega w podobny sposób co u reszty populacji.

T. Woźniak (2015) wspomina o potrzebie odróżniania jąkania od niepłynności mówienia występującej u osób z niepełnosprawnością intelektualną. Spastyczność i logofobia, charakterystyczne dla jąkania, zwykle nie występują w przypadku tych osób. Charakterystyczne dla nich są natomiast zaburzenia artykulacyjne, które zazwyczaj nie występują u osób jąkających się w normie intelektualnej.

Wobec przedstawionych wyżej faktów opis i interpretacja diagnostyczna występowania zjawiska niepłynności mówienia u osób niepełnosprawnych intelektualnie ma istotną wagę z punktu widzenia teorii i praktyki logopedycznej. Prezentowany artykuł jest raportem na temat wyników badań, których celem była przede wszystkim próba odpowiedzi na następujące pytania:

1. Jaki jest odsetek osób z patologiczną niepłynnością mówienia wśród młodzieży i dorosłych z niepełnosprawnością intelektualną?
2. Jakie objawy niepłynności patologicznej pojawiają się u osób niepełnosprawnych intelektualnie najczęściej?
3. Czy u badanych osób wraz z niepłynnością występują inne symptomy towarzyszące, pozwalające na diagnozowanie jednostek zaburzeń mowy i odpowiednie programowanie terapii?

W dyskusji chcemy także odnieść się do kwestii zależności płci i stopnia niepełnosprawności intelektualnej a nasilenia i typu występujących niepłynności.

MATERIAŁ I METODY BADAŃ

Badaniu poddane zostały 34 osoby z lekkim i umiarkowanym stopniem niepełnosprawności intelektualnej. Wiek badanych osób wahał się od 15 do 57 lat (najwięcej osób mieściło się w przedziale 30–45 lat). Wykorzystane do niniejszej pracy zostały wyniki 32 osób: 10 kobiet i 22 mężczyzn. Pełna analiza badania dwóch pozostałych osób nie była możliwa z powodu zbyt małej ilości nagranego materiału oraz palatolalii, która stanowiła czynnik wykluczający, ponieważ obniżała zrozumiałość wymowy tych osób (jedna osoba), w stopniu uniemożliwiającym precyzyjną analizę. Wśród badanych osób 14 miało niepełnosprawność w stopniu lekkim i 18 w stopniu umiarkowanym. Większość osób to pod-

opieczni Środowiskowego Domu Samopomocy „Roztocze”, prowadzonego przez Lubelskie Towarzystwo Dobroczynności. Badane osoby uczęszczają na Warsztaty Terapii Zajęciowej lub do Dziennego Centrum Aktywizacji, mieszających się przy ul. Wallenroda 2a w Lublinie. Tam również, w terminie od października 2016 r. do marca 2017 r., przeprowadzane były badania. Badania odbywały się w osobnym pomieszczeniu. Próby przeprowadzane były na podstawie opisanej niżej próby sylabowej i nagrane na dyktafon w celu późniejszego odsłuchania i analizy. Wszystkie osoby zostały poinformowane o nagrywaniu spotkania i wyraziły zgodę na badanie.

Badania przeprowadzono, opierając się na stworzonej na potrzeby pracy narzędziu – próbie sylabowej. Próba pozwala na ocenę płynności mówienia u osób z niepełnosprawnością intelektualną. Zawarty w próbie materiał językowy dobrany został odpowiednio do wieku i możliwości badanych osób. Próba wymaga uzyskania pięciu typów wypowiedzi: 1. dialogu – na podstawie spontanicznej rozmowy z badaną osobą, 2. tekstu zautomatyzowanego – liczenie do dziesięciu, wymienienie dni tygodnia lub powiedzenie z pamięci wiersza, a także podanie swoich danych personalnych, 3. nazywania – rzeczy przedstawionych na obrazkach, 4. powtarzania – wyrazów, zdań i krótkich rymowanek, 5. narracji – na podstawie historyjek obrazkowych trzy-, cztero- i sześćoelementowych. Uzyskany w poszczególnych próbach materiał językowy został nagrany, następnie w analizie podzielony na sylaby i zapisany w protokole badań. Obok każdej nie płynnie wypowiedzianej sylaby umieszczono odpowiedni symbol, kwalifikujący jakościowo typ objawów nie płynności (zielonym kolorem – objawy normalne, czerwonym – patologiczne): x – powtórzenie, – - przeciągnięcie, | - pauza, + - wtrącenie. Symptomy towarzyszące tym objawom zostały opisane w uwagach i zamieszczone w tabeli na końcu protokołu. Zebrany materiał językowy został zinterpretowany w ocenie ilościowej i jakościowej.

Analiza ilościowa polegała na obliczeniu, jakim procentem ogólnej liczby sylab wypowiedzianych w poszczególnych próbach jest liczba sylab wypowiedzianych nie płynnie. Sumując wyniki z pięciu prób i dzieląc je przez 5, uzyskano ogólny procent nie płynności. Za granicę patologii za T. Woźniakiem i J. Soboń (2015) przyjęto 5% nie płynnie wypowiedzianych sylab lub 3% nie płynności w przypadku wyraźnej jakościowo patologii objawów.

Dokonując analizy jakościowej, oceniano typ nie płynności i występowanie symptomów towarzyszących – zaburzeń napięcia mięśniowego, współruchów, zaburzeń oddechowych, fonacyjnych, artykulacyjnych, zaburzeń spójności wypowiedzi, niewłaściwego tempa mowy oraz zaburzeń kontaktu wzrokowego i fizjologicznych objawów stresu.

W dialogu i narracji obliczano również tempo mówienia. Wybierano w tym celu pięć fragmentów tekstu, mierzono czas, jaki zajęło wypowiedzenie każdego z nich (w sekundach) i liczbę sylab, które zostały w tym czasie wypowiedziane.

Następnie obliczono średnie tempo w danej próbie, dodając wyniki i dzieląc sumę przez 5. Przyjęto, że normalne tempo waha się od 2 do 4–5 sylab na sekundę (T. Woźniak 2012).

WYNIKI

Najistotniejsza w prezentowanym artykule jest odpowiedź na pytanie o odsetek występowania osób z niepłynnością patologiczną w badanej grupie osób niepełnosprawnych intelektualnie. Badania przeprowadzone próbą sylabową, pozwalającą na ilościową i jakościową analizę niepłynności mówienia u osób z niepełnosprawnością intelektualną, potwierdziły, powtarzaną przez wielu badaczy, tezę o częstszym występowaniu niepłynności patologicznej w tej grupie niż w populacji ogólnej.

Według aktualnych danych odsetek jękających się osób na świecie w populacji normalnej wynosi ok. 1% (dokładnie jąka się 0,73% – 1 na 135 dorosłych osób) (Craig, Tran 2005, 41–46). Według różnych badaczy wśród osób z niepełnosprawnością intelektualną odsetek jękających się wynosi od 1% do ponad 20% (Tarkowski 1987; Lechta 1994). W świetle rozważań prezentowanych na wstępie bardziej sensowne jest interpretowanie tych danych raczej jako określenie częstości występowania patologicznej niepłynności mówienia, symptomu różnych zaburzeń mowy, niż określonego zaburzenia, jakim jest jękanie.

Po dokonaniu dokładnej, ilościowej i jakościowej analizy występujących objawów niepłynności oraz symptomów im towarzyszących wyodrębniono grupę osób z niepłynnością patologiczną. Znalazło się w niej 9 osób – 1 kobieta (z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności intelektualnej) i 8 mężczyzn (5 z niepełnosprawnością w stopniu lekkim i 3 w stopniu umiarkowanym). Z danych tych wynika, że patologiczna niepłynność w badanej grupie dotyczy łącznie aż 28,12% osób, jednak podkreślić należy od razu, iż nie jest to jednoznaczne z procentem osób jękających się. Z powodu niedostrzegania specyfiki tego zaburzenia badacze klasyfikują jako jękanie niepłynności o całkiem innym charakterze. Kryteria diagnostyczne jękania, rozumianego jako zespół objawów na poziomie komunikacyjnym, psychicznym i neurofizjologicznym (Woźniak 2008, 218), spełniło jedynie dwóch mężczyzn z lekką niepełnosprawnością intelektualną, co stanowi 6,25% ogólnej liczby badanych. U kolejnych dwóch mężczyzn wystąpiły objawy jękania na poziomie komunikacyjnym i neurofizjologicznym, nie pojawiły się natomiast symptomy na poziomie psychicznym – brak jest świadomości występowania zaburzenia i przewidywania niepłynności oraz związanych z tym reakcji lękowych (6,25% ogólnej liczby badanych). U pozostałych 5 osób przyczyna i charakter objawów pozwoli na wyróżnienie kolejnych 4 typów zaburzeń: pełnoobjawowego gielkotu (1 mężczyzna – 3,12% ogólnej liczby badanych), giel-

kotu, przy zachowanym normalnym tempie mówienia (1 kobieta – 3,12% ogólnej liczby badanych), jednocześnie występujących objawów jąkania i gielkotu (2 mężczyzn – 6,25% ogólnej liczby badanych) oraz nie płynności na tle zaburzeń dyzartrycznych (1 mężczyzna – 3,12% ogólnej liczby badanych).

Zatem na pytanie o możliwość wykorzystania analizy jakościowej objawów w diagnozie różnicowej zaburzeń płynności mówienia u osób z niepełnosprawnością intelektualną należy odpowiedzieć pozytywnie. Dokładna diagnoza jest możliwa i w programowaniu terapii nie należy zakładać generalnej strategii dla osób niepełnosprawnych intelektualnie, zaś terapię dostosowywać do potrzeb osoby.

Interesująco wygląda statystyka jakościowa objawów nie płynności: w całym badaniu, u osób z patologiczną nie płynnością mówienia, pojawiły się 233 objawy nie płynności. W rozkładzie procentowym były to:

- 24,46% – powtórzenia sylab,
- 23,61% – pauzy,
- 19,74% – powtórzenia głosek,
- 19,31% – wtrącenia,
- 7,73% – przeciągnięcia,
- 3% – powtórzenia wyrazów i 2,15% – powtórzenia fraz.

Najczęściej pojawiającymi się objawami patologicznej nie płynności były powtórzenia głosek i sylab (u 100% badanych z patologiczną nie płynnością) i pauzy (8 na 9 osób – 88,89% badanych). Wtrącenia wystąpiły u 6 osób (66,67%), powtórzenia wyrazów u 5 osób (55,5%), przeciągnięcia i powtórzenia fraz u 3 osób (33,33%).

Powyższe objawy nie płynności mówienia w grupie osób z patologiczną nie płynnością nie były zjawiskiem izolowanym. Patologicznej nie płynności towarzyszyły inne syptomy:

- zaburzenia fonacyjne – 8 osób (88,89%),
- zaburzenia napięcia mięśniowego – 7 osób (77,78%),
- zaburzenia oddechowe – 7 osób (77,78%),
- zaburzenia artykulacyjne – 6 osób (66,67%),
- niewłaściwe tempo mówienia – 5 osób (55,56%),
- zaburzenia spójności wypowiedzi – 4 osoby (44,44%),
- współruchy – 3 osoby (33,33 %),
- zaburzenia kontaktu wzrokowego i fizjologiczne objawy stresu – 2 osoby (22,22%).

Średni procent nie płynności w grupie z patologiczną nie płynnością mówienia we wszystkich próbach wyniósł 6,28%, przekraczał zatem przyjęty ilościowy próg patologii. Średnie tempo mówienia mierzone w dialogu i narracji wyniosło 4,85 sylab na sekundę, co mieściło się w górnych granicach założonej normy.

DYSKUSJA

Zasadniczą kwestią w dyskusji jest rozważenie zależności między niepełnosprawnością intelektualną a niepełnością mówienia. Uzyskane wyniki bez wątplenia wskazują na podwyższony wynik niepełności mówienia w badanej grupie osób niepełnosprawnych intelektualnie. Jednakże sama niższa sprawność intelektualna może nie być jej bezpośrednią przyczyną, a jedynie wraz z nią współwystępować. Przyczyn znacznie częstszego występowania patologicznej niepełności mówienia u osób z niepełnosprawnością intelektualną możemy doszukiwać się w ogólnych przyczynach zaburzeń mowy w tej grupie: w „niedorozwoju centralnego układu nerwowego, urazach mózgu, wadach morfologicznych i dysfunkcjach aparatu mownego, dysfunkcjach gruczołów dokrewnych, upośledzeniu słuchu, zaburzeniach emocjonalnych” (E. Minczakiewicz 1993, 194).

Należy także podkreślić, że większość osób badanych z niepełnosprawnością intelektualną (71,88% badanych) wypowiadała się w granicach normatywnej płynności. Pojawił się także szereg objawów niepełności uznawanych za normalne. Nie można stwierdzić, czy ich występowanie u osób z niepełnosprawnością intelektualną jest większe niż u osób w normie, jednak warto pamiętać, że objawy oligofazji występujące u tych osób wiążą się z procesami programowania werbalnego wypowiedzi i płynnością ich przekazywania. Jako objawy oligofazji, wynikające z różnych czynników powodujących lub współwystępujących z niepełnosprawnością intelektualną, badacze wymieniają m.in.:

- przedłużającą się nieprawidłową realizację głosek,
- wolne tempo rozwoju słownictwa,
- obniżenie sprawności narracyjnej,
- trudności semantyczno-leksykalne,
- trudności z nabywaniem i rozwojem sprawności syntaktycznej,
- używanie nieprawidłowych form gramatycznych (Rakowska 2003, 127).

Większość tych czynników w oczywisty sposób wpływa na realizację tekstu.

Wystąpić tu mogą zwłaszcza:

- niepełności semantyczne, wynikające z ubóstwa myśli i przekodowania treści myślowych na słowa, frazy, czy dłuższe wypowiedzi,
- niepełności leksykalne, wynikające z problemów z pamięcią, małego zasobu słów i trudności w ich doborze,
- niepełności gramatyczne, wynikające z trudności w opanowaniu systemu językowego i niezajomości fleksji i składni,
- (rzadziej) niepełności sylabowe, pojawiające się często w sytuacji stresu komunikacyjnego (Szamburski 2012, 370–373).

Tego typu niepełności pojawiły się u wszystkich badanych osób, potrzeba więc wnikliwej analizy, aby, szczególnie u osób zakwalifikowanych jako mó-

wiący z nie płynnością patologiczną, odróżnić objawy wynikające np. z niedostatecznej znajomości słów i reguł gramatycznych od tych świadczących o patologii. Szczególna cienka granica między tymi nie płynnościami pojawiać się może u osób świadomych swej nie płynności i przewidujących jej możliwe wystąpienie. Nie płynność, która z pozoru może wydawać się mniej patologiczna w tym sensie, że dana osoba ma trudności z budową tekstu, może w istocie wynikać z logofobii i dobierania łatwiejszych słów, przy których istnieje mniejsze prawdopodobieństwo wystąpienia nie płynności.

Łącznie, w całym badaniu, u wszystkich osób mówiących w granicach normy płynności wystąpiło 578 nie płynności zakwalifikowanych jako niepatologiczne. Procentowy udział poszczególnych niepatologicznych objawów przedstawia się następująco:

- pauzy – 66,08%,
- wtrącenia – 17,13%,
- powtórzenia – stanowiące 13,96%,
- przeciągnięcia – stanowiące 2,94%.

W porównaniu z grupą wykazującą nie płynność patologiczną najistotniejsze różnice dotyczą częstości i rodzaju powtórzeń, przeciągnięć oraz występowania objawów towarzyszących nie płynności. Te objawy stanowią zasadniczą podstawę diagnozy różnicowej zaburzeń płynności mówienia.

Badania wykazały również różnice w płynności mówienia i występowaniu objawów, zarówno normalnych, jak i patologicznych, w zależności od typu wypowiedzi. Próba sylabowa zastosowana w badaniu pozwoliła na uzyskanie dialogu, tekstu zautomatyzowanego, nazywania, powtarzania i narracji. Okazało się, że stopień nie płynności zależy w głównej mierze od stopnia samodzielności w wypowiedzi – im większej samodzielności wymagała, tym nie płynności było więcej. Najwięcej nie płynności wystąpiło w próbie 1. – dialogu i próbie 5. – narracji (łącznie niemal 78% wszystkich patologicznych objawów). Trzecia w kolejności była próba, w której badani samodzielnie nazywali obrazki i tam wystąpiło już mniej nie płynności. Najmniej nie płynności pojawiło się w ciągach zautomatyzowanych i powtarzaniu. Obserwacje te podobne są do wniosków o nasileniu nie płynności u osób jąkających się z normą intelektualną (por. Sidor 2011).

Co ciekawe, u większości osób (80% u kobiet i 77,27% u mężczyzn) zdarzały się incydentalne przejawy nie płynności, którą można jakościowo zakwalifikować jako patologiczną. Ze względu na nieistotny stopień nasilenia nie płynności te nie miały wpływu na ocenę ogólną wypowiedzi. Natomiast interesująco wypada poszukiwanie zależności między płcią i stopniem niepełnosprawności a nasileniem nie płynności patologicznej w całej badanej grupie. Ogólnie na jednego mężczyznę przypadało ponad 3 razy więcej patologicznych nie płynności niż na jed-

ną kobietę. U mężczyzn średnia liczba objawów patologicznych wynosiła 10,78, u kobiet 3,18. Wynik ten wiąże się z większą liczbą mężczyzn w grupie z patologiczną niepełnością. Przypomnijmy, że w grupie tej (9 osób na 32 przebadane) proporcja kobiet do mężczyzn wyniosła 1:8.

Najmniejsza liczba objawów patologicznych na osobę i ich najmniejsze zróżnicowanie pojawiło się w grupie kobiet z lekką niepełnosprawnością intelektualną. Nie wystąpiły tu patologiczne przeciągnięcia, wtrącenia i powtórzenia fraz. Patologicznych pauz, powtórzeń głosek i wyrazów pojawiło się po 0,33 na osobę.

Natomiast kilkakrotnie więcej niepełności niż we wszystkich pozostałych grupach wystąpiło u mężczyzn z lekką niepełnosprawnością intelektualną. Łącznie na jednego mężczyznę z lekkim stopniem przypada aż 16,36 niepełności – najwięcej pauz (4,82 na osobę, ale wystąpiło u 63,6% badanych w tej grupie) i powtórzeń sylab (4,36 na osobę, wystąpiło u 72,7% badanych w tej grupie). Powtórzenia głosek pojawiły się u takiej samej liczby osób co powtórzenia sylab, było ich jednak trochę mniej (3,27 na osobę). Była to również jedyna grupa, u której zaobserwowano wszystkie typy objawów niepełności.

Na jedną kobietę z umiarkowaną niepełnosprawnością intelektualną w całym badaniu przypada 3,73 objawów patologicznych. Pojawiły się tu wszystkie objawy poza przeciągnięciami. Najwięcej było wtrąceń (1,29 na osobę), jednak wystąpiły one zaledwie u 28,6% badanych w tej grupie, kolejne były powtórzenia głosek (0,86 na osobę) i sylab (0,71 na osobę) i wystąpiły one u największej liczby osób – kolejno 42,9% i 57,1% osób. Łącznie jakiegokolwiek objawy patologiczne zaobserwowano niemal u 86% kobiet w tej grupie.

U mężczyzn z umiarkowaną niepełnosprawnością intelektualną pojawiło się w całym badaniu 5,34 objawów na osobę – najwięcej powtórzeń sylab (1,9 na osobę, wystąpiło u 54% osób w tej grupie), wtrąceń (1,6 na osobę, wystąpiło u 18,2%) i powtórzeń głosek (1,27 na osobę, u 45,5%). Najmniej było przeciągnięć – zaledwie 0,09 na osobę i w 9,1% grupy. Powtórzenia fraz nie pojawiły się wcale. Ogólnie patologiczne objawy pojawiły się u 63,63% osób w tej grupie, co stanowi najmniejszą liczbę osób z objawami patologicznymi spośród wszystkich wyróżnionych grup.

Wyniki badań wskazują zatem na fakt największego nasilenia niepełności mówienia w grupie mężczyzn z lekkim stopniem niepełnosprawności intelektualnej, co zgodne jest z danymi przytaczanymi przez innych autorów (por. Lechta 1994). Możliwe jest twierdzenie, że płeć męska i wyższy poziom inteligencji zwiększają prawdopodobieństwo zaburzeń płynności mowy w przypadku osób niepełnosprawnych intelektualnie. Teza taka wymaga jednak dowodów na podstawie dodatkowych badań na większej populacji.

BIBLIOGRAFIA

- Coppens-Hofman M.C., Terbanda H.R. i in., 2013, *Dysfluencies in the speech of adults with intellectual disabilities and reported speech difficulties*, "Journal of Communication Disorders", v. 46, s. 484–49.
- Craig A., Tran Y., 2005, *The epidemiology of stuttering: The need for reliable estimates of prevalence and anxiety levels over the lifespan*, „Advances in Speech–Language Pathology”, 7 (1), s. 41–46.
- Grzybowska A., Tarkowski Z., 1987, *O płynności mówienia*, „Przegląd psychologiczny”, 4, 863–877.
- Kurkowski Z.M., 2003, *Próba sylabowa do oceny nie płynności mówienia*, Warszawa.
- Lechta V., 1994, *Jąkanie a upośledzenie umysłowe*, „Logopedia” t. 21, s. 31–35.
- Minczakiewicz E., 1993, *Zaburzenia mowy u upośledzonych umysłowo*, [w:] *Diagnoza i terapia zaburzeń mowy*, red. T. Gałkowski, Z. Tarkowski, T. Zaleski, Lublin, s. 193–202.
- Rakowska A., 2003, *Język, komunikacja, niepełnosprawność. Wybrane Zagadnienia*, Kraków.
- Sidor M., 2011, *Nie płynność mowy w jąkanii*, Lublin.
- Soboń J., Woźniak T., 2015, *Ocena płynności mówienia*, „Nowa audiofonologia”, 4 (4), s. 9–19.
- Szamburski K., 2012, *Diagnoza nie płynności mówienia*, [w:] *Diagnoza logopedyczna*, red. E. Czapplewska, S. Milewski, Gdańsk, s. 367–414.
- Tarkowski Z., 1987, *Upośledzenie umysłowe a jąkanie*, [w:] *Jąkanie*, red. L. Kaczmarek, B. Adamczyk, Lublin, s. 65–68.
- Tarkowski Z., 1992, *Kwestionariusz Nie płynności Mówienia i Logofobii (diagnoza i terapia jąkania)*, Lublin.
- Tarkowski Z., 2003, *Zaburzenia mowy dzieci upośledzonych umysłowo*, [w:] *Logopedia. Pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki*, t. 2, red. T. Gałkowski, G. Jastrzębowska, Opole, s. 203–209.
- Woźniak T., 2008, *Standard postępowania logopedycznego w przypadku jąkania*, „Logopedia” t. 37, s. 217–226.
- Woźniak T., 2012, *Nie płynność mówienia*, [w:] *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy*, red. S. Grabias, M. Kurkowski, Lublin, s. 549–564.
- Żyta A., 2014, *Niepełnosprawność intelektualna – najnowsze zmiany terminologiczne i diagnostyczne w świetle DSM-5, ICD-11 oraz AAIDD*, „Niepełnosprawność i Rehabilitacja”, nr 1/2014, s. 17–26.