

DANUTA PLUTA-WOJCIECHOWSKA

Uniwersytet Pedagogiczny im. KEN, Kraków  
Katedra Logopedii i Lingwistyki Edukacyjnej

**O stylu komunikacji dzieci  
z rozszczepem wargi i podniebienia**

---

**On the Style of Communication of Children with Cleft Lip and Cleft Palate**

„Mówić – to mówić do kogoś”  
H. G. Gadamer 2003, 156

STRESZCZENIE

Komentując odmienności uzusu językowego obserwowane u osób z rozszczepem wargi i podniebienia, opisuje się najczęściej zaburzenia realizacji fonemów. Jednakże w literaturze wskazuje się także na ryzyko opóźnienia w rozwoju mowy, mniejszą intensywność ekspresji werbalnej, a także inne charakterystyczne cechy komunikacji dzieci z rozszczepem. Przedstawione opracowanie dotyczy wyników badań mowy dzieci z rozszczepem wargi i podniebienia w wieku 6–7 i 9–10 lat, które umożliwiają ogólny opis stylu komunikacji obserwowany w tej grupie osób. Opisane wyniki badań wskazują, że dzieci z rozszczepem wargi są pasywnymi rozmówcami, czyli rzadko inicjują rozmowę, ale reagują na zachęty.

**Słowa kluczowe:** zaburzenia mowy u dzieci z rozszczepem, styl komunikacji dzieci z rozszczepem, udział w dialogu dzieci z rozszczepem.

SUMMARY

When commenting on the differences in language custom observed in patients with cleft lip and palate usually disorders in the realization of phonemes are described. However, the literature also points to the risk of delays in speech development, reduced intensity of verbal expression, as well as other communication characteristics of children with cleft. The following study presents the results of a research concerning the speech of children with cleft lip and palate aged 6–7 and 9–10, which allow for a general description

of the style of communication among this group of people. These results indicate that children with cleft lips are passive interlocutors, i.e. they rarely initiate conversation, but respond to encouragement.

**Key words:** speech disorders in children with cleft, communication style of children with cleft, participation in a dialogue of children with cleft.

## WPROWADZENIE

Rozszczep wargi i podniebienia stwarza w szczególności odmienne warunki rozwoju sprawności artykulacyjnej, a zatem rozmaite zaburzenia realizacji fonemów stają się jedną z charakterystycznych cech mowy dzieci z wadą w obrębie środkowej części twarzoczaszki. W literaturze logopedycznej i foniatrycznej w różny sposób opisuje się wskazane wyżej zaburzenia, profilując nienormatywne realizacje fonemów, w tym zaburzenia rezonansu, lub wykorzystując ujęcie foniatryczne – nosowanie i zaburzenia artykulacji (Pluta-Wojciechowska 2002, 2010). Zaburzenia substancji segmentalnej są stosunkowo często podejmowanym tematem w odniesieniu do osób z rozszczepem, co wynika ze struktury wady. W literaturze jednak wymienia się także inne odmienności uzusu językowego, wskazując z jednej strony na opóźnienie w rozwoju mowy, z drugiej zaś mniejszą intensywność ekspresji werbalnej, a także inne charakterystyczne cechy komunikacji dzieci z rozszczepem (np. Chapman, 1993; Estrem, Broen, 1989; Golding-Kushner, 2001; Hortis-Dzierzbicka, 1999; Dzierzbicka, Komorowska, 1996; Matthews-Brzozowska, Zalesska-Kręcicka, Morawska-Kochman, 2007; McWilliams, Morris, Shelton, 1990; Pluta-Wojciechowska, 2011). Te ostatnie korespondują z potocznymi opiniami niektórych osób zajmujących się leczeniem dzieci z rozszczepem lub mających z nimi kontakt. Wskazują oni bowiem, że mali i więksi pacjenci z rozszczepem rzadziej podejmują inicjatywę w rozmowie, są raczej wycofani, mało aktywni. Takie obserwacje skłaniają do badania stylu komunikacji, czyli pewnych charakterystycznych cech obserwowanych podczas kontaktu z drugim człowiekiem z użyciem języka.

Waga podejmowanego problemu jest o tyle istotna, że niedostatek sprawności interakcyjnych może przyczyniać się do powstawania trudności lub zaburzeń w komunikacji z użyciem języka. Przyjmując, że dialog wiąże się ze wzajemną wymianą myśli za pomocą wypowiedzi językowych, można uznać, iż istotną umiejętnością jest z jednej strony podejmowanie inicjatywy rozmowy, z drugiej zaś aktywny w niej udział, co wiąże się zarówno z zadawaniem pytań, odpowiadaniem na pytania, parafrazowaniem wypowiedzi interlokutora, reagowaniem na zachęty. Ważną cechą dialogu jest naprzemiennosc – raz ja do Ciebie, potem Ty do mnie. Badanie tego

typu umiejętności nie jest łatwe podczas badania logopedycznego, które przyjmuje różne formy zadań stawianych dziecku. Pewien wgląd w styl komunikacji badanej osoby umożliwi obserwacja oraz rejestracja naturalnie i spontanicznie pojawiających się zachowań językowych dzieci podczas badania logopedycznego. Niejednokrotnie miałam okazję doświadczać takich sytuacji podczas pierwszego etapu postępowania logopedycznego, gdy dziecko zwracało się do mnie, opowiadając mi o różnych ważnych dla niego sprawach, zadając rozmaite pytania, komentując moje wypowiedzi itp.

Niniejsze opracowanie jest relacją z badań dotyczących stylu komunikacji 6–7- i 9–10-letnich dzieci z rozszczepem wargi i podniebienia w porównaniu z dziećmi w tym samym wieku, ale bez wady twarzoczaszki<sup>1</sup>.

## STYL KOMUNIKACJI

W *Uniwersalnym słowniku języka polskiego* czytamy, że styl to „sposób postępowania, zachowania się i myślenia, a także określone upodobania charakteryzujące jakąś osobę lub jakieś środowisko” (2004). A zatem, dla potrzeb niniejszego opracowania można przyjąć, że styl komunikacji to charakterystyczne cechy komunikacji danej osoby obserwowane podczas jej kontaktu z użyciem języka z innymi ludźmi. Tłem dla takiego ujęcia zagadnienia mogą stać się słowa Józefa Porayskiego-Pomsty, który pisze, iż: „intencje dziecka rzutują na stosowane przez nie strategie komunikacyjne. Strategie te jednocześnie stanowią świadectwo tego, że już małe dzieci w wieku przedszkolnym zaczynają planować swój udział w konwersacji z osobą dorosłą” (Porayski-Pomsta, 2005, 20).

Istotnym elementem zdarzenia mownego jest intencja, bez której trudno wyobrazić sobie rozmowę ludzi. To ona jest motorem uruchamiającym kolejne mechanizmy o charakterze kognitywno-językowym, które prowadzą z jednej strony do zainicjowania rozmowy, z drugiej zaś do aktywnego w niej udziału, przez co należy rozumieć nie tylko odpowiadanie na pytania, parafrazowanie wypowiedzi, prezentację własnego zdania, reagowanie na zachęty, prośby, ale także zadawanie pytań, inicjowanie kolejnych tematów i wątków podczas dialogu itd.

Betty J. McWilliams, Hughlett L. Morris i Ralph L. Shelton (1990), komentując mowę dzieci z rozszczepem wargi i podniebienia, a dokładnie umiejętności posługiwania się językiem podczas kontaktów z grupą, przywołują propozycję modelu Marca E. Fey'a (1986). Model ten bywa stosowany dla oceny zachowań komunikacyjnych dzieci z rozszczepem

<sup>1</sup> Przedstawione w niniejszym opracowaniu badania opierają się na wcześniejszej mojej publikacji (Pluta-Wojciechowska, 2011).

(McWilliams, Morris, Shelton, 1990, 244). W tym ujęciu proponuje się badanie dwóch różnych rodzajów zachowań komunikacyjnych, a mianowicie: zdolność, chęć zabrania głosu w rozmowie bez stosowania zachęt ze strony interlokutora (czyli pewną umiejętność inicjowania rozmowy) oraz z zastosowaniem takich zachęt. Według autorów, dzieci z rozszczepem są zazwyczaj rozmówcami pasywnymi lub nieaktywnymi. Autorzy prezentują kilka możliwych wariantów, które przedstawiają opis stylu komunikacji osób z rozszczepem. Dzieci mogą w różny sposób reagować na zachęty i inicjować rozmowę. Zgodnie z przedstawionym komentarzem autorów można wyróżnić – mówiąc ogólnie – następujące style komunikacji: 1) aktywny rozmówca, 2) pasywny rozmówca, 3) nieaktywny rozmówca, 4) niekomunikatywny rozmówca (McWilliams, Morris, Shelton, 1990, 244). Charakterystyczne cechy poszczególnych stylów komunikacji przedstawia tablica. 1.

Tabl. 1. Cechy różnych stylów komunikacji

Styl komunikacji	Zdolność, chęć zabrania głosu w rozmowie	
	bez stosowania zachęt, czyli pewna umiejętność inicjowania rozmowy	ze stosowaniem zachęt ze strony interlokutora
Aktywny rozmówca	inicjuje rozmowę	reaguje na zachęty
Pasywny rozmówca	rzadko inicjuje rozmowę	reaguje na zachęty
Nieaktywny rozmówca	rzadko inicjuje rozmowę	nie reaguje na zachęty
Niekomunikatywny rozmówca	inicjuje rozmowę	nie reaguje na zachęty

Źródło: opracowanie własne na podstawie B. J. McWilliams, H. L. Morris, R. L. Shelton, *Cleft Palate Speech...*, s. 244.

## CHARAKTERYSTYKA BADANEJ GRUPY

Badaniami, których wyniki zostaną zreferowane poniżej, objęłam 39 dzieci w wieku 6–7 lat i 9–10 lat z różnymi typami rozszczepów, które są leczone w Zakładzie Ortodoncji Katedry Wieku Rozwojowego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach (Poradnia mieści się w Zabrze) oraz 41 dzieci bez rozszczepu w tym samym wieku. W badanej grupie znajdowały się tylko takie, u których przeprowadzono podstawowe chirurgiczne operacje zamknięcia szczeliny rozszczepowej, a także inne operacje korekcyjne i uzupełniające. Należy jednak zwrócić uwagę, że leczenie chirurgiczne badanych dzieci nie było jednolite, gdyż dzieci korzystały z pomocy w różnych ośrodkach. Oznacza to, że niektóre z nich

miały przeprowadzoną operację jednoetapowego zamknięcia szczeliny rozszczepowej około 6.–7. miesiąca życia, u innych szczelina w obrębie wargi zamknięta była w 3.–6.–7. miesiącu życia, a podniebienie około 9. miesiąca życia. U jeszcze innych po zamknięciu rozszczepu w obrębie wargi w około 6.–7. miesiącu życia zespalanie podniebienia następowało w 2. roku życia.

Do badań zostały wybrane dzieci, u których nie występowały inne niż rozszczep wady rozwojowe, chociaż w grupie objętej badaniami znajdowały się dzieci z niedosłuchem sięgającym 30–40 dB lub u których niedosłuch występował we wcześniejszych latach życia. U większości badanych dzieci występowały różne wady szczękowo-zgryzowe, a u niektórych nieznaczna ankyloglosja (wiele z dzieci, u których wykryto ankyloglosję w pierwszych miesiącach życia miało przecięte wędzidełko języka już w trakcie operacji zespalania szczeliny rozszczepu, co należy uznać za korzystne). Koniecznie jednak należy podkreślić, że obserwowany efekt leczenia chirurgicznego i ortodontycznego (stan wargi i podniebienia, zgryz, drożność jamy nosowej itd.) był różny u badanych dzieci. Wynika to nie tylko z odmienności zastosowanych metod leczenia, występowania czynników jatrogennych, mechanizmów kompensacyjnych organizmu, przebiegu czynności biologicznych, ale także innych indywidualnych cech dziecka i jego środowiska.

Dzieci w wieku 6–7 lat i 9–10 lat z rozszczepem i dzieci bez rozszczepu w tym samym wieku pochodziły głównie ze środowiska miejskiego, a wykształcenie rodziców badanych było porównywalne. Badania dzieci bez rozszczepu przeprowadziłam w jednej ze szkół w Zabrzu, w przedszkolu w Jankowicach i w Katowicach. Wyselekcjonowałam do nich dzieci bez wad rozwojowych, chociaż u niektórych badanych występowały wady zgryzu oraz nieznaczna ankyloglosja. Jednakże w przypadku dzieci z rozszczepem wady zgryzu były bardziej nasilone niż w przypadku dzieci bez rozszczepu. Aby oddać pełny obraz badanych dzieci bez rozszczepu, należy koniecznie podkreślić, że rekrutowały się one w znacznej mierze z rodzin o przeciętnym statusie społecznym, a rodzice w większości legitymowali się wykształceniem podstawowym lub średnim. Co więcej, wiele z tych dzieci potrzebowało specjalistycznej opieki pedagogicznej i logopedycznej, co wynikało z analizy przeprowadzonych badań pedagogicznych i logopedycznych, ale większość rodzin nie korzystała z takiej pomocy.

Wśród badanych dzieci z rozszczepem największą grupę stanowiły dzieci z całkowitym jednostronnym rozszczepem podniebienia pierwotnego i wtórnego (56,41%), następnie dzieci z rozszczepem podniebienia wtórnego (25,64%), dzieci z najcięższym typem rozszczepu, jakim jest

całkowity obustronny rozszczep podniebienia pierwotnego i wtórnego (10,26%) oraz dzieci z rozszczepem podniebienia pierwotnego (7,69%). Rodzice dzieci z rozszczepem w większości posiadali wykształcenie zawodowe lub średnie, a rzadziej wykształcenie podstawowe lub wyższe. Podobnie było w przypadku wykształcenia rodziców dzieci bez rozszczepu. Rodzice badanych dzieci bez rozszczepu legitymowali się w większości wykształceniem zawodowym i średnim, a pozostali wykształceniem podstawowym lub wyższym.

Tab. 1. Liczba badanych dzieci z rozszczepem wargi i podniebienia oraz dzieci bez rozszczepu

Występowanie rozszczepu	Grupa wiekowa					
	6–7 lat		9–10 lat		Razem	
	l.	%	l.	%	l.	%
PP	2	9,09	1	5,88	3	7,69
PW	7	31,82	3	17,65	10	25,64
CJ	10	45,45	12	70,59	22	56,41
CO	3	13,64	1	5,88	4	10,26
Dzieci z rozszczepem razem	22	100,00	17	100,00	39	100,00
Dzieci bez rozszczepu	22	100,00	19	100,00	41	100,00

Źródło: opracowanie własne na podstawie na podstawie badań.

Na oznaczenie typów rozszczepów używam następujących skrótów:

PP – osoby z rozszczepem podniebienia pierwotnego,

PW – osoby z rozszczepem podniebienia wtórnego (całkowitym lub częściowym),

CJ – osoby z całkowitym jednostronnym rozszczepem podniebienia pierwotnego i wtórnego (prawostronnym lub lewostronnym),

CO – osoby z całkowitym obustronnym rozszczepem podniebienia pierwotnego i wtórnego.

## METODA BADANIA

Przedstawione niżej wyniki badań i ich analiza są częścią znacznie obszerniejszych badań, które dotyczyły różnych aspektów mowy dzieci z rozszczepem od 4. miesiąca do 10. roku życia. Badania cząstkowe (nieprzedstawione w niniejszym opracowaniu) obejmowały bowiem następujące elementy:

a) poziom rozwoju mowy od 4. miesiąca życia do 3. roku życia z uwzględnieniem oceny tempa, rytmu i jakości kluczowych etapów według przygotowanej skali,

b) poziom rozwoju czynności prymarnych (oddychanie i przyjmowanie pokarmów oraz picie) od 4. miesiąca życia do 3. roku życia,

c) poziom wybranych umiejętności posługiwania się językiem na podstawie zarejestrowanych wypowiedzi dzieci w 6.–7. i 9.–10. roku życia, takich jak:

- realizacja cech parajęzykowych i płynność wypowiedzi,
- realizacja fonemów,
- zrozumiałość mowy,
- znajomość nazw kategorii nadrzędnych,
- znajomość nazw elementów kategorii nadrzędnej,
- odnajdywanie wyrazów rymujących się,
- rozumienie metafor,
- tworzenie wypowiedzi o charakterze metaforycznym,
- tworzenie meronimii,
- definiowanie wyrażen o niskim poziomie konkretności,
- tworzenie teksów narracyjnych (opis i opowiadanie),
- udział w kierowanym dialogu,
- inicjowanie dialogu przez dzieci podczas badania logopedycznego,
- uczenie się i użycie nowych słów w sytuacjach eksperymentalnych, co było okazją do sprawdzenia sposobu ich uczenia się, a także wykorzystania w tworzonych wypowiedziach niektórych abstrakcyjnych schematów, jak również wystąpienia elementów twórczości językowej<sup>2</sup>.

Warto zaznaczyć, że przyjęty przeze mnie sposób badania różnych umiejętności posługiwania się językiem uwzględniał w znacznej mierze postulowaną przez Stanisława Grabiasa wizję opisu sprawności interakcyjnych, do których autor zalicza motorykę, wymowę, język, struktury pojęciowe, realizację dialogu oraz wypowiedzi narracyjnych (Grabias, 2008, 15).

W badaniach przyjąłam, że przyswajanie mowy jest związane z wpływem różnych czynników, które w różnorodny sposób mogą modyfikować rozwój, poziom i sposób budowania wypowiedzi. Celem podjętych badań było poszukiwanie odpowiedzi na pytanie: czy i w jakim zakresie odmiennosc modelu rozwoju dziecka z rozszczepem (jego warunków biologicznych, psychologicznych i społecznych związanych z wadą) wpływa na rozwój różnych umiejętności posługiwania się językiem podczas wypowiedzi słownej, a nie tylko na realizację fonemów? W niniejszym opracowaniu przedstawiam zatem jedynie te wyniki badań, których analiza umożliwi pewien wgląd w styl komunikacji dzieci z rozszczepem w wieku 6–7 i 9–10 lat.

<sup>2</sup> Obszerna relacja z przeprowadzonych badań została przedstawiona w opracowaniu D. Pluta-Wojciechowska (2011).



Podstawową metodą badania było zebranie wypowiedzi dzieci związanych z opracowanymi przeze mnie specjalnymi zadaniami, które uwzględniały różne umiejętności językowe. Badanie, według opracowanych przeze mnie prób, było przeprowadzane przeze mnie osobiście. Konieczne uzupełniające informacje na temat typu rozszczepu i stosowanych procedur leczenia chirurgicznego i ortodontycznego uzyskałam, analizując kartę ortodontyczną oraz – w kontekście terapii logopedycznej – kartę logopedyczną.

Całe badanie logopedyczne było rejestrowane na dyktafonie cyfrowym. W dalszej kolejności poszczególne nagrania były przeze mnie odtwarzane i zapisywane. Kolejny etap pracy polegał na sporządzeniu tabel zbiorczych ukazujących dane liczbowe dotyczące badanych umiejętności w poszczególnych grupach dzieci z rozszczepem i bez rozszczepu w zależności od wieku. Ostatni etap pracy polegał na analizie statystycznej, co pozwoliło na ustalenie zależności statystycznie istotnych, a zatem mających szczególne znaczenie dla nauki. Sięgając do historii, warto wskazać, że na konieczność uwzględniania analizy ilościowej w badaniach językoznawczych zwracał już uwagę J. Baudouin de Courtenay. Autor bowiem umieścił stosowny komentarz dotyczący tego postulatu w książce *O języku polskim*, a dokładnie w rozdziale *Ilościowość w myśleniu językowym* (Baudouin de Courtenay, 423–443).

Do badania zależności zastosowałam następujące testy statystyczne:

- test chi-kwadrat z poprawką Yatesa,
- test różnicy wskaźników struktury.

Za istotne statystycznie wyniki uznawałam takie, dla których prawdopodobieństwo wynosiło  $p < 0,05$ . Wyniki, dla których prawdopodobieństwo kształtowało się następująco:  $p \geq 0,05$ , ale  $p < 0,10$ , uznawałam za będące na granicy istotności. Poniżej zostaną przedstawione wyniki badań z uwzględnieniem testów statystycznych wraz z tabelami zawierającymi zbiorcze dane, na podstawie których obliczono wskaźniki ukazujące różnice statystycznie relewantne. W tabelach ukazujących wyniki testu statystycznego kolorem czerwonym zaznaczyłam wartości istotne statystycznie, a kolorem niebieskim będące na granicy istotności. Dla uzyskania większej jasności prezentowania wyników przed liczbą ukazującą wynik testu statystycznego umieściłam strzałkę, która wskazuje, czy cecha będąca przedmiotem analizy występuje u dzieci z rozszczepem częściej czy rzadziej w porównaniu z dziećmi bez rozszczepu. Jeżeli strzałka jest zwrócona w górę, oznacza to, że analizowana cecha występuje u dzieci z rozszczepem częściej, a jeśli jest zwrócona w dół, oznacza to, iż badana cecha występuje rzadziej u dzieci z wadą twarzoczaszki.



Wykorzystanie przywołanego przez B. J. McWilliams, H. L. Morrisa i R. L. Sheltona (1990) sposobu analizy stylu komunikacji dzieci z rozszczepem pociąga za sobą dobranie takich wskaźników, które umożliwiają sprawdzenie, czy i w jakim stopniu dzieci inicjują rozmowę oraz w jaki sposób reagują na zachęty. Nie jest to zadanie łatwe. Można jednak tak zorganizować badanie dla zaistnienia możliwości orzekania na ten temat, aby wykorzystując z jednej strony spontaniczną aktywność werbalną dziecka, z drugiej sprowokować taką sytuację, w której zobaczymy reakcję dziecka na ofertę przejęcia inicjatywy w rozmowie podczas specjalnych zadań. Stosowanie zachęt słownych podczas badania logopedycznego jest często stosowaną metodą mobilizowania dziecka do pracy, w szczególności w przypadku braku jego reakcji na postawione mu zadanie, a także w przypadku zadań nowych i nieznanymi dziecku. Zwróćmy jednak uwagę, że liczba stosowanych zachęt może wpływać na pracę dziecka podczas badania, a zatem istotne wydaje się wskazanie liczby stosowanych zachęt podczas badania, gdyż umożliwia to pewien wgląd w sposób reagowania dziecka na proponowane mu zadanie.

Przystępując do referowania sposobu badania, warto przypomnieć, że najważniejsze tekstowe formy wypowiedzi w ujęciu Stanisława Grabiasa, Marka Kurkowskiego i Tomasza Woźniaka to wypowiedź dialogowa i dwie formy wypowiedzi narracyjnej – opowiadanie i opis. Autorzy uznają, że „zakłócenia w realizacji którejkolwiek z tych form uniemożliwiają sprawną i skuteczną interakcję, decydującą o powodzeniu człowieka w życiu społecznym” (Grabias, Kurkowski, Woźniak, 2002, 9). Ten wymiar komunikacji dzieci z rozszczepem nie był, jak do tej pory, przedmiotem szczegółowych badań w Polsce, chociaż pewne uwagi na temat intensywności ekspresji werbalnej odnajdujemy w opracowaniu Tadeusza Gałkowskiego i Jerzego Grossmana (1987). Obszerna relacja z badań dotyczących umiejętności opowiadania i opisu u dzieci z rozszczepem została przedstawiona w innym opracowaniu (Pluta-Wojciechowska, 2011). W tym miejscu zostaną przedstawione jedynie niektóre zaobserwowane podczas badania tych form narracji cechy, które umożliwiają wykorzystanie przedstawionego modelu dotyczącego stylu komunikacji dzieci z rozszczepem.

Biorąc pod uwagę zakres przeprowadzonych badań i strukturę zaprezentowanego wyżej modelu, o ogólnym stylu komunikacji dzieci z rozszczepem będę wnioskować na podstawie następujących wyników częściowych badań związanych z tym wskaźników, takich jak:

– udział w kierowanym dialogu, a dokładnie przejmowanie przez dziecko inicjatywy podczas rozmowy telefonicznej,

- spontaniczne inicjowanie rozmowy z logopedą przez dziecko w trakcie badania,
- konieczność stosowania zachęt słownych podczas badania umiejętności opowiadania i opisu.

## WYNIKI BADAŃ

### Udział w kierowanym dialogu

S. Grabias wskazuje, że interakcję językową można opisać z uwzględnieniem osoby mówiącej; osoby, do której kierowana jest wypowiedź; sytuacji oraz celu wypowiedzi (Grabias, 2007, 367). Badanie udziału w dialogu jest trudne, gdyż wymaga stworzenia w miarę jednakowych warunków badania dla każdego dziecka. Jest to warunek konieczny, aby uzyskane wyniki porównywać. Starając się sprostać temu zadaniu, przygotowałam pewien scenariusz rozmowy telefonicznej, co umożliwiło wykreowanie w miarę tożsamyh warunków badania w przypadku każdego dziecka.

Metoda badania. Badanie umiejętności udziału w rozmowie telefonicznej przebiegało według następującego scenariusza:

- logopeda podaje dziecku telefon zabawkowy,
- logopeda mówi: *Zatelefonuję do Ciebie,*
- logopeda „telefonuje”, mówiąc: *drrr,*
- dziecko „odbiera” telefon; oczekiwana reakcja dziecka: *Halo, słucham, tak?,*
- logopeda mówi: *Jestem logopedą. Chciałabym z Tobą porozmawiać. Czy mogę?,*
- logopeda zadaje dziecku kilka pytań: *Jak masz na imię? Ile masz lat? Jaką masz rodzinę? Co lubisz robić?* Logopeda proponuje dziecku przejście inicjatywy zadawania pytań mówiąc: *Może Ty chciałbyś/chciałabyś mnie o coś zapytać?;* oczekiwana reakcja: dziecko zadaje logopedzie pytania, logopeda kończy rozmowę mówiąc: *Dziękuję za rozmowę. Do widzenia* (oczekiwana reakcja dziecka: *Do widzenia* lub *do usłyszenia, dziękuję*) lub dziecko kończy rozmowę, stosując odpowiedni zwrot grzecznościowy.

Wyniki badań. Zbiornicze zawierające dane, na podstawie których obliczono wskaźniki testu statystycznego, znajdują się w tabeli 2. Z danych zamieszczonych w tabeli 3 prezentującej wyniki testu statystycznego wynika, że:

- dzieci z rozszczepem, podobnie jak dzieci bez rozszczepu, chętnie uczestniczyły w zadaniu;

Tab. 2. Wyniki badania udziału w kierowanym dialogu

Badany aspekt	Badana grupa					
	Dzieci bez rozszczepu			Dzieci z rozszczepem		
	6–7 lat	9–10 lat	Razem	6–7 lat	9–10 lat	Razem
	liczba	liczba	liczba	liczba	liczba	liczba
Podjęcie inicjatywy						
Podejmuje	22	19	41	22	17	39
Nie podejmuje	0	0	0	0	0	0
Użycie zwrotu grzecznościowego						
Używa zwrotu po sygnale	22	18	40	18	16	34
Nie używa zwrotu po sygnale	0	1	1	4	1	5
Używa zwrotu po zakończeniu rozmowy	22	18	40	17	17	34
Nie używa zwrotu po zakończeniu rozmowy	0	1	1	5	0	5
Odpowiadanie na pytania						
Odpowiada na pytania	22	19	41	22	17	39
Odpowiada zgodnie z sytuacją rzeczywistą	11	11	22	12	10	22
Odpowiada wymyślając sytuację realną	11	8	19	10	7	17
Przejęcie inicjatywy zadawania pytań						
Przejmuje inicjatywę	18	17	35	11	10	21
Nie przejmuje inicjatywy	4	2	6	11	7	18
Przejmuje inicjatywę przez zadawanie pytań	15	17	32	10	9	19
Przejmuje inicjatywę przez tworzenie zdań oznajmujących	3	0	3	1	1	2
Liczba zadanych pytań po przejęciu inicjatywy	58	62	120	37	24	61
Liczba wypowiedzianych zdań oznajmujących (zamiast pytań) podczas przejęcia inicjatywy	9	0	9	1	2	3

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Tab. 3. Wyniki badania udziału dziecka w kierowanym dialogu (wskaźniki testu statystycznego)

Badany aspekt	Grupa wiekowa		
	6–7 lat	9–10 lat	Razem
Podjęcie inicjatywy	1,0000	1,0000	1,0000
Użycie zwrotu grzecznościowego:			
– po „sygnale”	↓0,0210	0,4679	↓0,0410
– po zakończeniu rozmowy	↓0,0111	0,1722	↓0,0410
Odpowiadanie na pytania			
– zgodnie z sytuacją rzeczywistą	0,3820	0,4776	0,4661
– przez wymyślanie sytuacji realnej	0,0038	0,4776	0,4660
Przejęcie inicjatywy zadawania pytań			
– podejmuje inicjatywę	↓0,0157	↓0,0207	↓0,0014
– nie podejmuje inicjatywy	↑0,0157	↑0,0207	↑0,0014
Sposób przejęcia inicjatywy			
– zadaje pytania	↓0,0678	↓0,0100	↓0,0039
– tworzy zdania oznajmujące (zamiast pytań)	0,1502	0,1769	0,2622
Liczba zadanych pytań po przejęciu inicjatywy w rozmowie	0,1573	↓0,0118	↓0,0163
Liczba wypowiedzianych zdań oznajmujących (zamiast pytań) po przejęciu inicjatywy w rozmowie	↓0,0546	0,1462	0,1487

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

– odnotowano statystycznie istotne różnice dotyczące rzadszego użycia zwrotu grzecznościowego zarówno na początku rozmowy, jak i na jej zakończenie, ale w grupie dzieci w wieku 9–10 lat takich różnic nie odnotowano;

– odpowiadając na pytania logopedy, zarówno dzieci z rozszczepem, jak i bez rozszczepu tak samo często odpowiadały na pytania, formułując zdania zgodne z prawdą (np. na pytanie: *Gdzie jesteś?* odpowiadały: *U logopedy*), a także wymyślając sytuację (np. na to samo pytanie odpowiadały: *Jestem w pizzerii*);

– dzieci z rozszczepem istotnie rzadziej przejmowały inicjatywę zadawania pytań w porównaniu z dziećmi bez rozszczepu oraz formułowa-

ły mniej pytań; nie odnotowano różnic w częstości wypowiedzania zdań oznajmujących, które dzieci budowały zamiast pytań, chcąc jednak przejąć inicjatywę w rozmowie;

– dzieci z rozszczepem zadały mniej pytań podczas rozmowy telefonicznej, co jest istotne statystycznie w odniesieniu do całej grupy dzieci z rozszczepem, ale nie jest istotne w przypadku dzieci w wieku 6–7 lat.

## INICJOWANIE ROZMOWY PRZEZ DZIECKO W TRAKCIE BADANIA

Badanie logopedyczne jest niezwykłym kontaktem logopedy i dziecka, gdyż z jednej strony jest sposobem badania różnych umiejętności językowych za pomocą specjalnych prób, z drugiej zaś samo w sobie jest okazją do różnych spontanicznych kontaktów werbalnych dziecka z logopedą i logopedy z dzieckiem. A zatem badanie logopedyczne dziecko może potraktować jak każdą inną relację z osobą dorosłą, z którą może (ale także chce, nie chce, nie potrafi) nawiązać kontakt poprzez zainicjowanie rozmowy. Takie sytuacje stale obserwuję w trakcie różnych kontaktów z dziećmi, także podczas badania logopedycznego. Obserwowałam je w trakcie prowadzonych badań. Odnosiłam wrażenie, że dzieci w różny sposób mnie traktują, co objawiało się inicjatywą nawiązania ze mną kontaktu, który czasami wykraczał poza krąg proponowanych dziecku zadań. Dzieci zwracały się bowiem do mnie z różnymi komentarzami do proponowanych im zadań, dzieliły się własnymi doświadczeniami, o których pomyślały przy okazji wypowiedzi na temat zadania, zwierzały się z własnych doświadczeń itp. W trakcie badań opowiadały mi o nowym piesku, o tym, że tata wyjechał za granicę zarabiać pieniądze, że nie wierzą, iż zwierzątka przedstawione na obrazku rzeczywiście istnieją itp. Zwróćmy uwagę, że taka spontaniczna wypowiedź dziecka skierowana do badającego wymaga oprócz pojawienia się intencji także odpowiedniego poziomu kompetencji językowej i komunikacyjnej oraz odpowiednich sprawności, ale także pewnych cech związanych z osobowością. Można zatem w ślad za J. Porayskim-Pomstą powiedzieć, że dzieci stosują pewne strategie podczas kontaktu z dorosłym oraz że w pewien sposób planują swój udział w rozmowie z osobą dorosłą (Porayski-Pomsta, 20).

**Metoda badania.** Tabela 4 przedstawia zestawienie liczbowe pojawiających się spontanicznych wypowiedzi dziecka w trakcie badania wraz z liczbą dzieci, u których takie zachowania wystąpiły. Z kolei wskaźniki testu statystycznego ukazano w tabeli 5. Należy jednak podkreślić, że do takich spontanicznych wypowiedzi nie zaliczałam pytań dziecka,

Tab. 4. Wyniki badania spontanicznych wypowiedzi dzieci odnotowanych w trakcie badania logopedycznego

Badana cecha	Badana grupa											
	Dzieci bez rozszczepu						Dzieci z rozszczepem					
	6-7 lat		9-10 lat		Razem		6-7 lat		9-10 lat		Razem	
	liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%
Liczba spontanicznych wypowiedzi	102		77		179		73		15		88	
Liczba dzieci, u których nie wystąpiły wypowiedzi spontaniczne	3	13,64	4	21,05	7	17,07	9	40,91	8	47,06	17	43,59
Liczba dzieci, u których wystąpiły spontaniczne wypowiedzi	19	86,36	15	78,95	34	82,93	13	59,09	9	52,94	22	56,41
Średnia liczba spontanicznych wypowiedzi przypadająca na jedno dziecko w całej grupie	4,64	-	4,05	-	4,37	-	3,32	-	0,88	-	2,26	-
Liczba dzieci, u których wystąpiły 1-5 wypowiedzi spontanicznych	14	63,64	10	52,63	24	58,54	7	31,82	9	52,94	16	41,03
Liczba dzieci, u których wystąpiło 6-11 wypowiedzi spontanicznych	3	13,64	4	21,05	7	17,07	4	18,18	0	0,00	4	10,26
Liczba dzieci, u których wystąpiło więcej niż 11 wypowiedzi spontanicznych	2	9,09	1	5,26	3	7,32	2	9,09	0	0,00	2	5,13

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

które zostały przez nie zadane, aby lepiej zrozumieć podaną instrukcję do przeprowadzanej próby. Ustalenie liczby wypowiedzi dziecka, które nazwałam spontanicznymi, wymagało przesłuchania każdego nagrania sporządzanego podczas badania logopedycznego oraz jego analizy.



Tab. 5. Spontaniczne wypowiedzi dzieci odnotowane podczas badania logopedycznego (wskaźniki testu statystycznego)

Badana cecha	Grupa wiekowa		
	6–7 lat	9–10 lat	Razem
Liczba dzieci, u których nie wystąpiły wypowiedzi spontaniczne	↑0,0243	↑0,0538	↑0,0058
Liczba dzieci, u których wystąpiły spontaniczne wypowiedzi	↓0,0243	↓0,0538	↓0,0058
Średnia liczba spontanicznych wypowiedzi przypadająca na jedno dziecko w całej grupie	0,2160	↓0,0063	↓0,0259
Liczba dzieci, u których wystąpiły 1–5 wypowiedzi spontanicznych	↓0,0203	0,4926	↓0,0607
Liczba dzieci, u których wystąpiło 6–11 wypowiedzi spontanicznych	0,3413	↓0,0264	0,1897
Liczba dzieci, u których wystąpiło więcej niż 11 wypowiedzi spontanicznych	1,0000	0,1722	0,3435

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Wyniki badania. Zawarte w tabeli 5 wyniki testu statystycznego upoważniają do sformułowania następujących wniosków:

– w przypadku dzieci z rozszczepem istotnie rzadziej występowały spontaniczne wypowiedzi podczas badania, chociaż wśród dzieci w wieku 9–10 lat nie odnotowano istotnych statystycznie różnic (różnice na granicy poziomu istotności);

– odnotowano statystycznie mniejszą liczbę wypowiedzi spontanicznych, występujących u dzieci z rozszczepem, ale w grupie dzieci w wieku 6–7 lat takich różnic statystycznych nie odnotowano;

– biorąc pod uwagę liczbę dzieci, u których wystąpiły 1–5 wypowiedzi, 6–11 lub więcej niż 11 spontanicznych wypowiedzi podczas badania, nie odnotowano istotnych statystycznie różnic pomiędzy badanymi grupami dzieci, chociaż takie różnice odnotowano w poszczególnych grupach wiekowych.

### Zachęty słowne stosowane podczas badania umiejętności opowiadania i opisu

Wypowiedzi narracyjne są ważną formą użycia językowego, gdyż następuje w nich integracja różnych umiejętności – językowych i poznaw-

czych. Są one aktywowane w celu wyrażenia własnej interpretacji świata. Zagadnienia związane z narracją obszernie omawia T. Woźniak, który traktuje narrację jak proces umysłowy i stwierdza, że jest ona „procedurą scalania wiedzy przy pomocy języka”, a w innym miejscu pisze, iż „narracja jest procedurą interpretowania świata przy pomocy języka” (Woźniak, 2005, 96, 101). Autor podkreśla, że opowiadanie jest uniwersalną formą wypowiedzi we wszystkich kulturach, a sposób opowiadania jest podobny u ludzi żyjących w różnych częściach świata.

Komentując istotne cechy opowiadania, wymienia się najczęściej jego dynamikę, ciąg zdarzeń powiązanych związkami przyczynowo-skutkowymi, fabułę. Co więcej, te właściwości przeciwstawia się opisowi, który jest bardziej statyczny i ma charakter jednoczasowy. Dla niektórych dzieci narracja jest stosunkowo trudną umiejętnością, w szczególności mając na uwadze opis, który jest rzadziej stosowaną formą badania umiejętności językowych. W trakcie badania opisu (w badaniach wykorzystałam 2 obrazki: obrazek przedstawiający dziewczynkę i obrazek przedstawiający chłopca) i opowiadania (w badaniach wykorzystałam 3-elementową historyjkę obrazkową) niektóre dzieci były zachęcane przeze mnie do wypowiedzi, w szczególności w sytuacji, gdy nie miałam pewności, czy dziecko zakończyło swoją wypowiedź, czy też zastanawia się nad dalszą częścią wypowiedzi.

Ze względu na przedmiot niniejszego opracowania poniżej zostaną przedstawione pewne wybrane wyniki badania związane z badaniem umiejętności opowiadania i opisu. Zarówno opowiadanie, jak i opis zostały sprowokowane, co oznacza, że budowane przez dzieci teksty powstawały na podstawie pojedynczych obrazków w przypadku opisu lub na podstawie historyjki obrazkowej w przypadku opowiadania. Chociaż umiejętność opisu pojawia się dopiero w dziesiątym roku życia, jak wskazuje S. Grabias (2008, 20), ale różne formy takiej aktywności językowej obserwuje się podczas zajęć w przedszkolu. Badanie opisu postaci ludzkiej zostało przeprowadzone w dwóch wariantach – opis postaci dziewczynki i opis postaci chłopca.

Metoda badania. Jak to zaznaczono wyżej, w trakcie badania wymienionych umiejętności narracyjnych wystąpiły sytuacje, w których zachęcałam dzieci do wypowiedzi. Zachęty słowne polegały na moich wypowiedziach typu: *Co jeszcze powiesz? Czy to już wszystko? Może jeszcze coś powiesz? Może coś dodasz?* Takie zachęcanie dzieci do wypowiedzi jest zmianą warunków badania i powinno być uwzględnione podczas rozważań dotyczących wyników przeprowadzonych prób. Tak też stało się podczas analizy wyników badania umiejętności opowiadania i opisu. Należy

podkreślić, że zachęcanie do opowiadania lub opisu kontynuowałam tak długo, jak długo dziecko w sposób jednoznaczny – gestem lub słowem – nie zakomunikowało, iż to już wszystko, co chciało powiedzieć.

W tabeli 6 przedstawiłam zbiorcze zestawienie, na podstawie którego sporządzono testy statystyczne. Z kolei w tabeli 7 przedstawione są wyniki analizy statystycznej, która dotyczy częstości stosowania słownych zachęt podczas opisu postaci dziewczynki i postaci chłopca, a także podczas opowiadania.

Tab. 6. Zbiorcze zestawienie zastosowanych zachęt słownych kierowanych do dzieci podczas badania umiejętności opowiadania i opisu postaci ludzkiej

Liczba zastosowanych zachęt słownych podczas badania umiejętności	Badana grupa					
	Dzieci bez rozszczepu			Dzieci z rozszczepem		
	6–7 lat	9–10 lat	Razem	6–7 lat	9–10 lat	Razem
opisu postaci dziewczynki	6	16	22	19	5	24
opisu postaci chłopca	10	10	20	15	6	21
opowiadania historyjki obrazkowej	1	1	7	8	2	10

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Tab. 7. Wyniki testu statystycznego dotyczącego liczby słownych zachęt stosowanych podczas badania umiejętności opisu postaci ludzkiej i opowiadania (wskaźniki testu statystycznego)

Rodzaj zadania	Grupa wiekowa		
	6–7 lat	9–10 lat	Razem
Opis postaci dziewczynki	↑0,0246	↓0,0108	0,3440
Opis postaci chłopca	0,1877	0,1709	0,3806
Opowiadanie historyjki obrazkowej	↑0,0987	0,2308	↑0,0651

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Wyniki badania. Wyniki testu statystycznego zawartego w tabeli 7 upoważniają do stwierdzenia, że dzieci z rozszczepem, podobnie jak dzieci bez rozszczepu, biorąc pod uwagę grupę jako całość, nie potrzebowały w trakcie badania większej ilości słownych zachęt, co jest istotne statystycznie. Zwróćmy jednak uwagę, że istotne statystycznie różnice występowały w grupie dzieci 6–7-letnich w odniesieniu do opisu dziewczynki (dzieci z rozszczepem potrzebowały istotnie więcej zachęt

słownych) oraz w grupie dzieci 9–10-letnich (dzieci z rozszczepem potrzebowały istotnie mniej zachęt słownych w porównaniu z dziećmi bez rozszczepu). Interpretacja tego zjawiska może być następująca: w pierwszym przypadku większa liczba koniecznych zachęt może świadczyć o reakcji na nowy typ zadania – opis postaci dziewczynki. W przypadku opisu postaci chłopca (który był proponowany dzieciom zazwyczaj po opisie postaci dziewczynki<sup>3</sup>) dzieci z rozszczepem nie potrzebowały już być zachęcane do pracy, gdyż zadanie było im już znane. A zatem różnice w grupie dzieci w wieku 9–10 lat (istotnie mniejsza liczba koniecznych zachęt słownych) mogą świadczyć o tym, że 9–10-letnie dzieci z rozszczepem są przyzwyczajone do kontynuowania nowych zadań, co może mieć związek z ich doświadczeniami z terapii logopedycznej. Zauważmy także, iż zarówno w przypadku dzieci z rozszczepem, jak i bez rozszczepu odnotowano znaczną różnicę pomiędzy liczbą stosowanych zachęt słownych w przypadku opowiadania i opisu. Opowiadanie nie wymagało stosowania wielu słownych zachęt, gdyż – jak sądzę – jest dzieciom znane i bardziej interesujące niż opis postaci ludzkiej.

## ANALIZA WYNIKÓW BADANIA

Przedstawione wyżej wyniki badań umożliwiają w pewnym stopniu orzekanie o ogólnym stylu komunikacji dzieci z rozszczepem w porównaniu z dziećmi bez rozszczepu w wieku 6–7 i 9–10 lat. Wykorzystanie przedstawionego powyżej modelu wymaga określenia, czy i jak często dzieci inicjują rozmowę oraz jak reagują na zachęty. Na podstawie przedstawionych wyników badań można powiedzieć, że o dmienności udziału dziecka z rozszczepem w kierowanym dialogu w porównaniu z dziećmi bez rozszczepu dotyczyły następujących parametrów:

- rzadsze używanie zwrotów grzecznościowych zarówno na początku rozmowy, jak i w jej zakończeniu (jednak w grupie dzieci w wieku 9–10 lat takich różnic nie odnotowano);
- rzadsze przejmowanie inicjatywy zadawania pytań w porównaniu z dziećmi bez rozszczepu; dzieci z rozszczepem także formułowały mniej pytań;

---

<sup>3</sup> Dość trudną umiejętność opisu badałam, pokazując dzieciom dwa obrazki: postać dziewczynki i postać chłopca. Badani mogli wybrać, którą postać chcą opisywać jako pierwszą. Jedną z istotnych cech odróżniających dwie postacie, oprócz płci i ubioru, było to, że dziewczynka wyglądała w sposób – nazwijmy ogólnie i w uproszczeniu – poprawny. Z kolei chłopiec był dość tęgi i ubrany niestarannie. Większość dzieci wybrała dziewczynkę. W grupie dzieci 6–7-letnich bez rozszczepu dziewczynkę wybrało jako pierwszą 19 osób, w grupie dzieci 9–10-letnich – 15, a w przypadku dzieci z rozszczepem odpowiednio do wyodrębnionych kategorii wiekowych – 20 i 12 osób.

– rzadsze zadawanie pytań podczas zadania jest istotne statystycznie w odniesieniu do całej grupy dzieci z rozszczepem, ale nie jest istotne w przypadku dzieci w wieku 6–7 lat.

Z kolei spontaniczną aktywność werbalną dzieci z rozszczepem podczas całego badania logopedycznego objawiającą się inicjowaniem rozmowy w porównaniu z dziećmi bez rozszczepu można opisać w następujący sposób:

– rzadsze występowanie spontanicznych wypowiedzi podczas badania, chociaż w przypadku dzieci w wieku 9–10 lat nie odnotowano istotnych statystycznie różnic (różnice na granicy poziomu istotności);

– mniejsza liczba wypowiedzi spontanicznych, występujących u dzieci z rozszczepem, ale w grupie dzieci w wieku 6–7 lat takich różnic statystycznych nie odnotowano.

Komentatorzy modelu analizy komunikacji M. E. Feyera podkreślają, że dzieci z rozszczepem są zazwyczaj rozmówcami pasywnymi lub nieaktywnymi. A zatem – w pierwszym przypadku – rzadko inicjują rozmowę, ale reagują na zachęty oraz – w drugim przypadku – rzadko inicjują rozmowę i nie reagują na zachęty (McWilliams, Morris, Shelton, 1990, 244). Przedstawione wyniki własnych badań w pewien sposób korespondują z opinią autorów. Dzieje się tak, albowiem dzieci z rozszczepem istotnie rzadziej inicjowały rozmowę, co pokazują wyniki badania spontanicznych wypowiedzi dzieci, a także rzadsze przejmowanie inicjatywy podczas kierowanego dialogu.

Wykorzystanie do analizy stylu komunikacji dzieci z rozszczepem liczby stosowanych zachęt słownych podczas opowiadania i opisu postaci ludzkiej nie jest łatwe. Zauważmy jednak, że dzieci z rozszczepem nie potrzebowały w trakcie badania częstszych zachęt słownych przy tworzeniu opisu i opowiadania. Można ostrożnie powiedzieć, że ogólnie reagowały na proponowane im zadania, tak jak dzieci bez rozszczepu, ale nie było tak w przypadku analizowania poszczególnych grup wiekowych. Zwróćmy bowiem uwagę, że dzieci 6–7-letnie w odniesieniu do opisu dziewczynki potrzebowały istotnie więcej zachęt słownych, zaś dzieci 9–10-letnie potrzebowały istotnie mniej zachęt słownych w porównaniu z dziećmi bez rozszczepu.

Koniecznym jednak należy zauważyć, że wystąpiły różnice w liczbie sformułowanych informacji podczas opisu postaci ludzkiej i opowiadania na niekorzyść dzieci z rozszczepem (Pluta-Wojciechowska, 2011, 312<sup>4</sup>).

---

<sup>4</sup> W przypadku badania umiejętności opisu postaci ludzkiej były to różnice statystycznie istotne, a w przypadku badania umiejętności opowiadania różnice były na granicy poziomu istotności.

Czy taki wynik oznacza, że dzieci z wadą twarzoczaszki nie reagowały na zachęty? Trudno o tym orzekać na podstawie przeprowadzonych badań. Badania innych umiejętności językowych dzieci z rozszczepem pokazały bowiem, że dzieci z rozszczepem charakteryzuje ogólnie mniejsza ekspresja werbalna w porównaniu z dziećmi bez rozszczepu (Pluta-Wojciechowska, 2011). A zatem, mając w tle przywołany przez B. J. McWilliams, H. L. Morrisa oraz R. L. Sheltona (1990) model analizy komunikacji dzieci z rozszczepem, a także własne badania i przedstawioną analizę, można jedynie ogólnie i ostrożnie powiedzieć, że badane dzieci z rozszczepem są rozmówcami pasywnymi (rzadko inicjują rozmowę, ale reagują na zachęty).

## DYSKUSJA I WNIOSKI

Komentując przedstawione wyniki badań, pragnę zwrócić uwagę na kilka zagadnień. Pierwsze z nich wiąże się z rewizją stanowiska Aleksandry Mitrinowicz-Modrzejewskiej, która uznała, że rozszczep jest zaburzeniem wieloukładowym (Mitrinowicz-Modrzejewska, 1963, 242; Mitrinowicz-Modrzejewska, Pawłowski, Tłuchowski, 1965, 33–123), mając na myśli układ oddechowy, fonacyjny i artykulacyjny, a zatem stronę wykonawczą konstytuującą jakość tworzonych dźwięków mowy. Uzyskane wyniki badań mowy dzieci z rozszczepem (także te, które nie zostały zreferowane w niniejszym opracowaniu, patrz Pluta-Wojciechowska, 2011) skłaniają do rewizji stanowiska autorki, gdyż jej ujęcie zagadnienia jest zbyt wąskim widzeniem problemów, z jakimi może mierzyć się dziecko z wadą rozszczepową, albowiem sprowadza jego trudności do zaburzeń związanych z artykulacją (choć autorka zwraca także uwagę na możliwość opóźnienia w rozwoju mowy).

W moim rozumieniu, rozszczep jest zaburzeniem o charakterze wielopłaszczyznowym, a nie tylko wieloukładowym. Oznacza to, że oprócz deformacji płaszczyzny fonetycznej, co wydaje się naturalną konsekwencją zaburzeń rozwoju twarzoczaszki, u dziecka z omawianą wadą istnieje ryzyko wystąpienia odmienności w obrębie innych obszarów funkcjonowania językowego. W tym opracowaniu opisano jeden z nich, a mianowicie ogólny styl komunikacji.

Interpretacja uzyskanych wyników badań skłania do wskazania na powikłany wczesny rozwój mowy badanych dzieci, a także inne odmienności związane z ontogenezą mowy. Należą do nich czynniki natury biologicznej, społecznej i psychicznej, które mogą tworzyć różne konfiguracje, a istotne znaczenie może mieć ich sprzężenie w myśl kognitywnej tezy o tym, że całość nie jest sumą poszczególnych czynników, ale staje się



nową jakością. Na uwagę zasługuje w szczególności – jak przypuszczam – wcześniejsze wykształcenie się kompetencji metajęzykowej w obliczu wczesnej i, jak domniemywam, nadmiernej korekty dorosłych, negatywne komentarze innych osób dotyczące mowy dziecka, nieutrwalenie ćwiczonych u logopedy wzorców wymawianiowych, lęk przed krytyką mowy itp. (zob. Pluta-Wojciechowska, 2011).

Należy podkreślić, że rozwój fonetyczny (często powikłany u dzieci z wadą twarzoczaszki) nie przebiega w izolacji, ale w powiązaniu z jednej strony z niewerbalnymi czynnościami kompleksu ustno-twarzowego (w szczególności z czynnościami prymarnymi, takimi jak oddychanie i przyjmowanie pokarmów oraz picie), z drugiej zaś z innymi ścieżkami rozwojowymi i poziomami języka, o czym świadczą komentarze Marii Zarębiny i Piotry Łobacz. M. Zarębina pisze bowiem: „Równocześnie opanowanie systemu fonologicznego warunkuje rozwój pozostałych systemów częściowych, np. fleksyjnego, słowotwórczego czy składniowego, które w tym samym czasie nie muszą być opanowane w pełni (...), nie mówiąc o systemie leksykalno-semantycznym, który rozwija się i bogaci do końca życia jednostki” (Zarębina, 1994, 7).

Z kolei P. Łobacz komentuje, pisząc: „(...) nabywanie słownictwa przez dziecko warunkuje jego dalszy rozwój fonetyczno-fonologiczny. (...) im więcej wyrazów posiada dziecko w aktywnym, codziennym użyciu, tym szybciej potrafi się uporać z zawłościami artykulacji poszczególnych głosek, mimo że jego wypowiedzi są znacznie silniej zindywidualizowane pod względem realizacji fonetycznej niż w wieku późniejszym” (Łobacz, 2005, 241). A zatem kształtowanie i opanowywanie poszczególnych umiejętności posługiwania się językiem nie przebiega w izolacji, ponieważ wiele ścieżek rozwojowych spleta się ze sobą.

Start do rozwoju mowy w przypadku wielu dzieci z rozszczepem napotyka jednak trudności, które mogą przybierać różną postać i intensywność: od nieznacznych zaburzeń rozwoju sprawności artykulacyjnej do połączonych z nimi zaburzeń tempa, rytmu i intensywności rozwoju mowy. Jak wskazują moje badania, około  $\frac{1}{4}$  z grupy badanych 112 dzieci w pierwszych trzech latach życia prezentuje jednak prawidłowy rozwój mowy. Skłania to do dokładnego badania tej grupy dzieci (a nie tylko dzieci z zaburzeniami mowy) i określenia cech różnych czynników determinujących prawidłowy rozwój mowy obserwowany w tej grupie. Zwróćmy uwagę, że w ten sposób można zobaczyć drugą stronę zjawisk związanych z rozwojem mowy dzieci z rozszczepem, a mianowicie ustalić zmienne, które wpływają w sposób pozytywny na ten proces.

Jak wynika z doniesień, kolejne lata życia dziecka z rozszczepem mogą przynieść inne niekorzystne dla jego rozwoju, także komunikacji werbal-

nej, doświadczenia. Mogą one mieć związek z zaburzeniami emocjonalno-społecznymi, konstytuującymi się na tle odmienności wyglądu twarzy i jakości mowy (Hortis-Dzierzbicka, 1999; Kot, 1995; Pluta-Wojciechowska, 2004; Jakima, Szczepańska, 1996; Hortis-Dzierzbicka, Dutkiewicz, Stecko, 2000; Szczepańska, Łyjak, 1996; Jurków, 2005) i w sposób wtórny wpływać na aktywność werbalną. Jak można przypuszczać, nieodpowiednia stymulacja i terapia mowy, której celem jest jedynie zmiana wzorców artykulacyjnych, także może mieć wpływ na rozwój umiejętności posługiwania się językiem. A zatem skutki występowania rozszczepu wargi i podniebienia należy ujmować w sposób integralny, a nie tylko w aspekcie zaburzeń realizacji fonemów. W trakcie ontogenezy ścieżki rozwoju biologicznego i kulturowego występujące zarówno w przypadku dziecka zdrowego, jak i chorego spletają się.

W czasie prowadzonych badań największe odmienności uzusu językowego zaobserwowałam w odniesieniu do intensywności ekspresji werbalnej, co uwidaczniało się między innymi w częstszym niepodjęciu zadań werbalnych, gdy zadania te były dość nietypowe. Dzieci z rozszczepem tworzyły także uboższe opisy postaci ludzkiej, biorąc pod uwagę liczbę sformułowanych informacji. Z kolei wyniki badań dotyczące znajomości nazw egzemplarzy podstawowych badanych kategorii pokazały, że dzieci z rozszczepem wymieniają ich mniej niż dzieci bez rozszczepu. To jednak jedynie wybrane wnioski z przeprowadzonych badań.

Przedstawiona w niniejszym opracowaniu analiza stylu komunikacji badanej grupy dzieci ukazała jeszcze inną stronę występujących odmienności. Badane dzieci z rozszczepem w wieku 6–7 i 9–10 lat można określić, stosując sposób analizy wykorzystany przez B. J. McWilliamsa, H. L. Morrisa oraz R. L. Sheltona (1990), jako pasywnych rozmówców (patrz jednak zastrzeżenia przedstawione wyżej). Oznacza to, że dzieci rzadziej inicjują rozmowę, ale reagują na zachęty. Zwróćmy uwagę, że pasywny rozmówca to ktoś, kto rzadziej rozpoczyna rozmowę, a zatem może mieć mniej kontaktów z innymi lub mogą one być mniej intensywne. Biorąc pod uwagę kontakt z dorosłymi, może to owocować na przykład mniejszym doświadczeniem językowym, mniejszą możliwością korekty, uzyskiwania pomocy i poprawiania błędów. Należałoby jednak podjąć badania dotyczące stylu komunikacji dzieci z rozszczepem w odniesieniu do np. rówieśników oraz innych dorosłych osób.

Zauważmy także, że ważnymi cechami rozmowy telefonicznej (patrz wyniki badania wyżej) jest użycie zwrotów grzecznościowych. Dzieci z rozszczepem używały ich istotnie rzadziej niż dzieci bez rozszczepu, co wykazały testy statystyczne. Taki wynik skłania do bliższego badania

kompetencji komunikacyjnej tej grupy dzieci, a także np. stylu komunikacji w rodzinie.

Uzyskane wyniki badania skłaniają do postulowania za S. Grabiasem opisu i analizy struktury intencji. Umożliwiłoby to pewien wgląd w cechy osobowości dziecka i pozwoliłoby na dokładniejszą interpretację wyników badań (zob. Grabias, 2007, 366–367). Takie ujęcie pojawiających się refleksji koresponduje z komentarzem T. Woźniaka, który pisze: „mowa jest oknem umysłu. Istnieje zatem możliwość wglądu w umysł poprzez badanie mowy. Ale metafora taka zakłada również kierunek odwrotny. Umysł postrzega świat przez okno duszy” (Woźniak, 2005, 7). Można zatem powiedzieć, że mowa dzieci z rozszczepem pokazuje nie tylko (tak jak to jest głównie komentowane) nienormatywny sposób realizacji fonemów. Odzwierciedla ona także – chociażby poprzez styl komunikacji – przestrzeń uwarunkowań, doświadczeń biologicznych, psychologicznych i społecznych, które przyszło dzieciom z rozszczepem przeżyć od urodzenia. Szczególny tego wyraz odnajdujemy w mowie. W jednej z moich wcześniejszych publikacji pisałam, komentując to zagadnienie: „Można ją (mowę – D.P.W.) zatem potraktować – wykorzystując ujęcie T. Woźniaka – jak oznakę czy wręcz okno, które może posłużyć do pewnego wglądu w umysł i osobowość dziecka, co ma związek z różnymi doświadczeniami. Człowiek jest bowiem nie tylko użytkownikiem języka i jego szafarzem, ale także jest przez niego ze wszech miar ogarniętym i w nim zanurzonym” (Pluta-Wojciechowska, 2011, 367).

## W KIERUNKU POMOCY DZIECIOM

Komentując wyniki badań, koniecznie należy zwrócić uwagę na funkcjonującą w potocznym użyciu wielu osób, a także wśród logopedów tezę, w myśl której kąpiel słowna jest najlepszym sposobem stymulowania rozwoju mowy. Czy w świetle przedstawionych wyników badań kąpiel słowna jest wystarczającym sposobem stymulowania rozwoju mowy dziecka z rozszczepem, aby kształtować jego postawy nie tylko odbiorcy, ale także, a może szczególnie, nadawcy?

Pisząc na temat mowy dorosłych kierowanej do niemowląt, Stanisław Milewski przywołuje słowa S. Szumana: „(...) do niemowlęcia należy dużo mówić, dużo z nim **rozmawiać**, nie bacząc do czasu na to, czy ono już rozumie nasze słowa czy jeszcze nie” (Milewski, 2004, 9). W dalszej części autor, powołując się na Bronisława Rocławskiego (1991), podkreśla znaczenie pierwszego roku życia dla kształtowania się postawy komunikacyjnej dziecka, która wiąże się z zachowaniami wyrażającymi „bycie odbiorcą” i „bycie nadawcą informacji” (Milewski, 2004, 27). Ta-

kie postawy komunikacyjne są rozwijane spontanicznie od urodzenia poprzez świadome lub mniej świadome zachowania matek, które za pomocą różnych kanałów (dotyk, wzrok, słuch, ruch, głos) próbują je u dzieci kształtować, na co zwraca uwagę B. Ročławski (1991). W takich relacjach naprzemiennych celem działań matki jest wywołanie określonych reakcji mimicznych, ruchowych, dotykowych, głosowych (Ročławski, 1991, 87–88). Na ważny aspekt takiego kontaktu zwraca uwagę S. Milewski, który pisze, iż „w kontakcie dorosły – dziecko wygaszanie kontaktu (nieświadome) należby przypisać właśnie dziecku. Dorosły czyni wszystko (kanał wzrokowy, dotykowy, głosowy), by nawiązany kontakt podtrzymywać najdłużej” (Milewski, 2005, 27–28). Zwróćmy zatem uwagę, że dorosły może w różny sposób odpowiadać dziecku, w różny sposób zwracać się do dziecka. Ten rodzaj kontaktów ma zatem charakter naprzemienny.

W świetle tego, co powiedziano, zasadne wydaje się zatem pytanie, czy tzw. kąpiel słowna jest wystarczającym sposobem stymulowania rozwoju mowy, w tym postaw komunikacyjnych, które obejmują nie tylko odbieranie, ale także nadawanie.

Określenie kąpiel słowna ma charakter metaforyczny i kojarzy się z monologiem dorosłego, który dużo mówi do dziecka, a dziecko słuca. Dziecko zostaje zanurzone w słowie, podobnie jak podczas kąpeli. Dorosły mówi do dziecka, co może kojarzyć się z wykładem, prelekcją, odczytem. Myślę, że takie zachowania są także potrzebne, aby dziecko słucało cechy języka, który przyswaja. Jednakże w myśl potrzeb komunikacyjnych związanych z dwoma dopełniającymi się postawami, które wiążą się z koniecznością nie tylko odbierania, ale także nadawania, kąpiel słowna rozumiana jako monolog nie może być jednak jedynym i głównym sposobem bycia dorosłego z dzieckiem z wykorzystaniem słów. Można wręcz „zobaczyć” dorosłego, który powszechne zalecenie „do dziecka trzeba dużo mówić”, rozumie dosłownie – rzeczywiście dużo i szybko mówi zgodnie z zasadą: im więcej powiem, tym więcej stymuluję. Sytuacje obserwowałam podczas swoich kontaktów z rodzicami małych dzieci, którzy – co istotne – ignorowali próby „odpowiedzi” niemowlęcia.

A zatem: monolog czy dialog, monolog czy podążanie za dzieckiem, mówienie DO dziecka czy rozmawianie Z dzieckiem, kąpiel słowna czy podążanie za dzieckiem?, bycie OBOK dziecka i mówienie DO dziecka czy prowadzenie dialogu, który – przyjmując uproszczenia – w różnych formach jest obecny od urodzenia?

Przyswojenie umiejętności posługiwania się językiem powoduje nie tylko zintensyfikowanie, ale także przeobrażenie komunikacji dorosłego z dzieckiem. Zwróćmy jednak uwagę, że język nie pojawia się w ży-

ciu dziecka znikąd, a odbieranie i nadawanie komunikatów werbalnych można uznać za pewne przedłużenie, ale też przeobrażenie innych form komunikacji małego dziecka i dorosłego. Począwszy od narodzin obserwujemy u dziecka protokonwersacje, które, mając wyraźną strukturę naprzemienną, można uznać za niezwykle trening i wprowadzenie do postaw – posłużmy się słowami S. Milewskiego – „bycie odbiorcą” i „bycie nadawcą informacji” (Milewski, 2005).

Jak zatem rozmawiać z niemowlęciem? Koniecznie należy „wysłuchiwać się w dziecko”, w jego różne formy ekspresji, zauważać różne formy zwracania się dziecka do dorosłego i je odzwierciedlać np. głosem, dotykiem, umożliwić dziecku różnorodną ekspresję. Z drugiej strony, dialog z niemowlęciem powinien zawierać elementy wyostrzające bodźce werbalne. W odniesieniu do ekspresji dorosłego mówiącego do dziecka oznacza to modulowanie głosu, mówienie „większymi głoskami” (czyli odpowiednio głośno, wyraźnie, dobitnie), eksponowanie cech danego języka, wprowadzanie różnych wypowiedzi w tok codziennego bycia z dzieckiem, w szczególności zaś w powtarzające się czynności z uwzględnieniem naprzemienności, kontrolowania uwagi dziecka, zmiany wypowiedzi dorosłego na podstawie wskaźników uwagi i zachowania dziecka. Omawiając to zagadnienie, S. Milewski wskazuje, że mowa dorosłych kierowana do niemowląt z początku charakteryzuje się takimi cechami, jak: melodyjność, zwolnienie tempa mówienia, zwiększenie liczby pauz, wydłużenie samogłosek, obecność nieuświadomionych rymów i rytmizacji (Milewski, 2005, 27–28).

Komentując znaczenie interakcji werbalnych w rozwoju umiejętności posługiwania się językiem, Michael Tomasello używa terminu dyskurs. Chociaż autor nie definiuje jasno tego pojęcia, to możemy jednak uznać, że ma na myśli różne formy interakcji słownych, których istotą jest wymiana myśli (Tomasello, 2002, 196, 216–266). Analiza modelu przyswajania języka, którą przedstawia autor, skłania do uznania, że dyskurs ma istotne znaczenie w tym procesie chociażby poprzez to, że staje się on początkiem procesu prowadzącym do internalizacji instrukcji dorosłych, gdy dyskurs ma charakter pedagogiczny. Taka perspektywa wskazuje, że dyskurs ma istotne znaczenie w drodze do samoregulacji, a także refleksji dotyczącej własnych procesów mentalnych. Zwróćmy uwagę, że rozmowa jest także jednym ze sposobów umożliwiających dziecku budowanie teorii umysłu drugiego człowieka. Droga dziecka do języka biegnie bowiem przez drugiego człowieka, jego intencje i umysł.

Na zakończenie rozważań dotyczących kąpieli słownej można powiedzieć, że dziecko trzeba zanurzyć w kulturze, w tym rozwijać postawy komunikacyjne „ja do Ciebie”, „Ty do mnie”, co oznacza, w świetle roz-



ważań zawartych w tym opracowaniu, znacznie więcej niż monolog dorosłego podczas tzw. kąpieli słownej. Dzieje się tak, ponieważ język żyje w rozmowie, która tworzy nową przestrzeń bycia z drugim człowiekiem, uwzględniając wymiar „ja do Ciebie”, „Ty do mnie”. Ten nowy i niezwykły sposób bycia z innym człowiekiem obejmuje emocje, intencje i umysł. Niemowlę jest przygotowywane do takiego udziału w rozmowie od urodzenia, albowiem możliwe są także inne media niż mowa, umożliwiające bycie z drugim człowiekiem z uwzględnieniem naprzemienności. Wtedy są tworzone podwaliny przyszłych postaw komunikacyjnych z wykorzystaniem języka.

Kolejna refleksja pojawiająca się podczas analizy wyników ogólnego stylu komunikacji dzieci z rozszczepem wiąże się z rewizją ogólnego celu terapii logopedycznej stosowanego w odniesieniu do tej grupy osób. Powinien być on związany z wyposażeniem dziecka w umiejętności efektywnego posługiwania się językiem we wszystkich jego wymiarach, a nie tylko nauczaniem poprawnej artykulacji. Mowy dziecka z rozszczepem nie należy i nie można sprowadzać wyłącznie do wymowy, mimo że zaburzenia realizacji fonemów są bardzo ważną cechą tej grupy osób (Pluta-Wojciechowska, 2011, 380–385).

Programując terapię logopedyczną, należy umiejętnie zatem powiązać usprawnianie realizacji fonemów z rozwojem, rozbudową, doskonaleniem kompetencji językowej i komunikacyjnej oraz odpowiednich sprawności. Istotne wydaje się wyposażenie dziecka w pewnego rodzaju skrypty zachowań werbalnych, które można zastosować w różnych sytuacjach i rolach społecznych podczas realizacji różnych potrzeb i celów. Z pewnością należy wykorzystać podczas terapii różne formy parateatralne, dramę, kukielki, elementy zajęć socjoterapeutycznych, a od urodzenia kształtować postawy komunikacyjne.

#### BIBLIOGRAFIA

- Baudouin de Courtenay J., 1984, *O języku polskim*, Wybór prac pod red. J. Basary i M. Szymczaka, PWN, Warszawa, s. 423–443.
- Chapman K., 1993, *Phonologic processes in children with cleft palate*, „Cleft Palate – Craniofacial Journal”, 30, nr 1, s. 64–70.
- Estrem T., Broen P., 1989, *Early speech production of children with cleft palate*, „Journal Speech and Hearing Research”, 32, s. 12–23.
- Fey M. E., 1986, *Language Intervention in Young Children*, College-Hill Press, San Diego.
- Gadamer H. G., 2003, *Człowiek i język*, [w:] *Antropologia słowa. Zagadnienia i wybór tekstów*, oprac. G. Godlewski, A. Mencwel, R. Sulima, red. G. Godlewski, Wyd. Uniw. Warszawskiego, Warszawa, s. 153–159.
- Gałkowski T., Grossman J., 1987, *Determinanty rehabilitacji zaburzeń mowy*, AWF, Warszawa.



- Golding-Kushner K., 2001, *Therapy Techniques for Cleft Palate Speech & Related Disorders*, Singular Thomson Learning, Australia, Canada, Mexico, Singapore, Spain, United Kingdom, USA.
- Grabias S., 2008, *Postępowanie logopedyczne. Diagnoza, programowanie terapii, terapia*. „Logopedia”, 37, s. 13–27.
- Grabias S., 2007, *Język, poznanie, interakcja*, [w:] *Język, interakcja, zaburzenia mowy. Metodologia badań*, red. T. Woźniak, A. Domagała, t. 2, Wyd. UMC Lublin, s. 355–377.
- Grabias S., Kurkowski M., Woźniak T., 2002, *Logopedyczny test przesiewowy dla dzieci w wieku szkolnym*, Lublin.
- Hortis-Dzierzbicka M., Dudkiewicz Z., Stecko E., 2000, *Pacjent z wadą rozszczepową w okresie adolescencji (dojrzewania)*, „Nowa Pediatria”, 4, nr 1, s. 24–26.
- Hortis-Dzierzbicka M., 1999, *Rozszczep wargi i podniebienia – problematyka mowy rozszczepowej*, „Medycyna Wieku Rozwojowego”, 3, nr 3, s. 369–375.
- Hortis-Dzierzbicka M., Komorowska A., 1996, *Wpływ warunków anatomicznych na rehabilitację mowy u dzieci z wadą rozszczepową twarzy*. [w:] *II Konferencja Robocza – rehabilitacja mowy. Rozszczep wargi i podniebienia*, red. Z. Dudkiewicz, Instytut Matki i Dziecka, Klinika Chirurgii Dzieci i Młodzieży, Warszawa, s. 19–23.
- Hortis-Dzierzbicka M., Stecko E., Dudkiewicz Z., 2000, *Psychologiczne aspekty wady rozszczepowej twarzy*, „Nowa Pediatria”, 4, nr 1, s. 27–29.
- Jakima S., Szczepańska K., 1996, *Ocena stanu psychicznego dzieci z rozszczepem podniebienia i wargi w wieku adolescencyjnym*, [w:] *II konferencja robocza – dokumentacja. Rozszczep wargi i podniebienia*, red. Z. Dudkiewicz, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa, s. 76–81.
- Jurków M., 2005, *Stygmatyzacja po chorobie. Socjologiczne studium obrazu osób dorosłych po operacji rozszczepu podniebienia*. Praca magisterska napisana pod kierunkiem prof. dr. hab. W. Świątkiewicza, Uniw. Śląski, Katowice.
- Kot M., 1995, *Ocena odległych wyników zespołowego leczenia jednostronnych rozszczepów wargi, wyrostka zębodołowego i podniebienia*, rozprawa doktorska, Akad. Med. w Łodzi.
- Łobacz P., 2005, *Prawidłowy rozwój mowy dziecka*, [w:] *Podstawy neurologopedii*, red. T. Gałkowski, E. Szelaż, G. Jastrzębowska, Wyd. Uniw. Opol., Opole, s. 231–268.
- Matthews-Brzozowska T., Zalesska-Kręcicka M., Morawska-Kochman M., *Leczenie foniatryczno-logopedyczne*, [w:] *Rozszczepy wargi i podniebienia*, red. T. Matthews-Brzozowska, Akad. Med. im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wrocław 2007, s. 90–97.
- McWilliams B. J., Morris H. L., Shelton R. L., 1990, *Cleft Palate Speech*, B. C. Decker, Philadelphia.
- Milewski S., 2004, *Mowa dorosłych kierowana do niemowląt*, Wyd. Uniw. Gdańskiego, Gdańsk.
- Mitrinowicz-Modrzejewska A., 1963, *Fizjologia i patologia głosu, słuchu i mowy*, PZWL, Warszawa.
- Mitrinowicz-Modrzejewska A., Pawłowski Z., Tłuchowski W., 1965, *Wady rozwojowe podniebienia jako zaburzenia wieloukładowe*, „Rozprawy Wyd. Nauk Med. PAN”, 1, s. 33–123.
- Pluta-Wojciechowska D., 2002, *Realizacja fonemów języka polskiego u osób z rozszczepem podniebienia pierwotnego i/lub wtórnego – przegląd wybranych problemów, stanowisk, propozycji*, „Logopedia”, 31, s. 199–225.
- Pluta-Wojciechowska D., 2010, *Podstawy patofonetyki mowy rozszczepowej. Dyslokacje*, Bytom.
- Pluta-Wojciechowska D., 2004, *O stygmatach dziecka z wadą rozszczepową*, [w:] *Życie z pasją, żyć w ruchu*, red. B. Cyl, Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna, Piekary Śląskie, s. 54–65.
- Pluta-Wojciechowska D., 2011, *Mowa dzieci z rozszczepem wargi i podniebienia*, Wyd. Nauk., UP, Kraków.

- Woźniak T., 2005, *Narracja w schizofrenii*, Wyd. UMCS, Lublin.
- Zarębina M., 1994, *Język polski w rozwoju jednostki*, Wyd. Glottispol, Gdańsk.
- Porayski-Pomsta J., 2005, *Opis rozwoju mowy dziecka z perspektywy komunikacyjnej*, [w:] *Komunikacja i tekst w perspektywie rozwojowej i komunikacyjnej*, red. J. Porayski-Pomsta. Dom Wydawniczy, Warszawa, s. 13–21.
- Roślawski R., 1991, *Kształtowanie komunikacyjnych postaw u dzieci w wieku niemowlęcym*, [w:] *Opieka logopedyczna od poczęcia*, red. B. Roślawski, Zakład Logopedii Uniw. Gdańskiego, Gdańsk, s. 85–89.
- Szczepeńska K., Łyjak A., Dudkiewicz Z., 1996, *Problemy psychologiczne leczenia zespołowego dziecka z rozszczepem wargi i podniebienia*, [w:] *II Konferencja Robocza – rehabilitacja mowy. Rozszczep wargi i podniebienia*, red. Z. Dudkiewicz, Instytut Matki i Dziecka, Klinika Chirurgii Dzieci i Młodzieży, Warszawa, s. 33–37.
- Tomasello M., 2002, *Kulturowe źródła ludzkiego poznawania*, PIW, Warszawa.
- Uniwersalny słownik języka polskiego*, 2004, red. S. Dubisz, wersja elektroniczna. Wyd. Nauk. PWN, Warszawa.