

ZBIGNIEW TARKOWSKI

Uniwersytet Medyczny w Lublinie
Katedra i Zakład Psychologii

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4970-8512>

Emocje a opóźnienie w rozwoju mowy

Emotions and delay in speech development

STRESZCZENIE

W artykule przedstawiono rzadko wskazywane związki zachodzące między rozwojem emocjonalnym a językowym. Dokonano przeglądu badań nad rozwojem emocjonalnym dzieci z samodzielnym / prostym opóźnionym rozwojem mowy (SLI, DLD). Wykazano zależność między przywiązaniem, chorobą sierocą a rozwojem mowy. Ujawniono negatywny wpływ na rozwój językowy i komunikacyjny dziecka matki nadopiekuńczej, lękliwej, narcystycznej, agresywnej i małomównej.

Słowa kluczowe: emocje, język, komunikacja, przywiązanie, opóźnienie

SUMMARY

The article presents rarely mentioned connections between emotional and linguistic development. A review of research on the emotional development of children with idiopathic/simple delayed speech development (SLI, DLD) was conducted. A relationship has been demonstrated between attachment, orphan disease and speech development. A negative impact on the child's language and communication development was revealed by an overprotective, fearful, narcissistic, aggressive and taciturn mother.

Key words: emotions, language, communication, attachment, delay

OPÓŹNIENIE W ROZWOJU MOWY

Termin *opóźniony rozwój mowy* funkcjonuje od dawna w światowej literaturze medycznej, logopedycznej i psychologicznej (Leonard 2006). Syndrom ten nie jest jednostką nozologiczną, lecz stanowi nazwę pewnego stanu zaburzenia

rozwoju mowy o różnej etiologii (Pruszewicz 1992). Występuje on, gdy mamy do czynienia z istotnie niższą sprawnością językową lub komunikacyjną powstałą w okresie kształtowania się mowy dziecka (Tarkowski 2017). Dla określenia tego stanu stosuje się różne terminy: samoistny / prosty opóźniony rozwój mowy (SORM), specyficzne zaburzenie rozwoju języka (SLI), zaburzenia rozwoju językowego (DLD). Szacuje się, że dzieci z takim rozpoznaniem jest około 7% (Pruszewicz 1992), a po okresie pandemii odsetek ten prawdopodobnie wzrósł (Tarkowski, Wójcik 2021).

ROZWÓJ EMOCJONALNY A ROZWÓJ JĘZYKOWY

Emocje są najczęściej dzielone na negatywne (gniew, lęk, strach, poczucie winy, wstyd, smutek, zawiść, zazdrość, wstręt), pozytywne (szczęście, duma, ulga, miłość) i mieszane (współczucie, nadzieja) (Hurlock 1986). Do najlepiej rozpoznanych stanów emocjonalnych należą złość, smutek, strach i radość, a najmniej – wstręt. Koncepcja K.W. Fischera (za: Hurme 2004) zakłada, że uczucia są konsekwencją rozwoju poznawczego, językowego i społecznego. Emocjonalne punkty zwrotne w okresie dzieciństwa to: 1. zdolność rozumienia pojęć dotyczących emocji (2 r.ż.), 2. przeżywanie lęków (3 r.ż.), 3. rozumienie emocji konfliktowych (6 r.ż.) (Hurme 2004). W wieku 2–3 lat dzieci nie tylko nazywają emocje, ale potrafią podać również ich przyczyny. Stopniowo następuje rozwój słownika emocjonalnego i zdolności komunikowania o emocjach złożonych. Najszybciej pojawiają się nazwy tych emocji, które występują najczęściej w otoczeniu dziecka. M. Stępień-Nycz (2015) oceniła 120 dzieci w wieku przedszkolnym za pomocą autorskiego *Testu Wiedzy o Emocjach*, który bada: 1. rozpoznanie i różnicowanie emocji, 2. ich przyczyny oraz sposoby regulacji, 3. nazywanie i wyrażanie stanów emocjonalnych. W zadaniach oceniających rozumienie słów nazywających emocje dzieci najczęściej podawały synonimy ich nazw (np. radość – „to znaczy, że ktoś jest wesół”, strach – „to znaczy, że ktoś się boi”), używając głównie przymiotników (np. radosny, smutny, zły, przestraszony) lub czasowników (np. „to się ktoś cieszy”, „ktoś się smuci”, „ktoś się złości”). Definiując emocje, dzieci nawiązują do konkretnych doświadczeń związanych z ich przeżywaniem, a opisując ich przejawy, wskazują na wygląd lub mimikę (np. strach: „można to poznać po minie”; radość: „po tym, że się uśmiecha”). W rozpoznawaniu stanów emocjonalnych innych osób ważne są dla dzieci zmiany twarzy i postawy ciała. Ich zdaniem osoba czująca radość zwykle śmieje się, tańczy, śpiewa, poszukuje towarzystwa. Natomiast objawem smutku jest przede wszystkim płacz oraz izolowanie się, symptomem złości – krzyk, tupanie, agresja skierowana na ludzi i przedmioty, a ze strachem wiążą ucieczkę, chowanie się, walkę, szukanie pomocy. Dzieci różnicują przyczyny emocji w zależności od ich obiek-

tu. Radość kojarzą z działaniem innych ludzi lub samą ich obecnością. Nieobecność może być przyczyną smutku wywołanego przez ból i uszkodzenie ciała, straty materialne i ograniczenia własnej aktywności. Głównym źródłem złości są niepoprawne relacje społeczne oraz niepowodzenia. Z kolei jako przyczynę strachu dzieci wskazywały najczęściej twory własnej wyobraźni, zwierzęta oraz zjawiska atmosferyczne. Orientują się one w behawioralnych aspektach emocji, które są łatwo obserwowalne, a w mniejszym stopniu odnoszą się do istoty wewnętrznych przeżyć, co stanowi wyraz powszechnej trudności w ich opisywaniu.

M. Stępień-Nycz (2015) na podstawie przeglądu wielu badań wysunęła hipotezę, że istnieje pozytywna zależność między reprezentacją emocji a funkcjonowaniem językowym dziecka. W celu jej weryfikacji zbadała 120 dzieci w wieku przedszkolnym za pomocą baterii prób służących do pomiaru rozwoju emocjonalnego (test wiedzy o emocjach, próby rozumienia emocji złożonych) i językowego (test gramatyczny, test rozumienia słów, próby narracji oraz komunikacji). Na podstawie analizy statystycznej i jakościowej uzyskanych wyników potwierdziła zależność między sprawnościami językowymi a reprezentacją emocji u dzieci w wieku przedszkolnym. Zależność ta w przypadku sprawności gramatycznej okazała się najbardziej istotna w grupie dzieci młodszych, mniejsza w grupie średniej, a najmniejsza w grupie najstarszej. Natomiast sprawności semantyczne zyskały na znaczeniu dopiero u dzieci starszych. Jak widać, dla rozwoju reprezentacji emocji ważne jest opanowanie podstaw języka. Po ich przyswojeniu możliwe jest budowanie reprezentacji emocji, a motorem przemian jest rozwój słownika. Sprzyja on mówieniu o ich złożonych aspektach, takich jak przyczyny, konsekwencje, regulacje. Wysoki poziom rozumienia emocji służy rozwojowi kompetencji pragmatycznej, a z kolei jej odpowiedni poziom ułatwia dziecku nabywanie wiedzy o emocji. Mówienie o emocjach w interakcji z rówieśnikami i dorosłymi daje dziecku możliwość poznawczego opracowania emocji, zrozumienia ich znaczenia oraz przyczyn.

ROZWÓJ EMOCJONALNY DZIECI Z SORM/SLI/DLD

Na temat rozwoju emocjonalnego dzieci z SORM/SLI/DLD wiemy mało, gdyż dotychczasowe badania koncentrowały się na opisie ich rozwoju językowego i poznawczego (Kochańska 2021), a badania na rozwojem emocjonalnym podejmowane są rzadko. I. Bakopoulou i współautorzy (2016) zbadali 44 dzieci ze SLI w wieku 6–11 lat oraz dwie grupy porównawcze. Zastosowali *Kwestionariusz Mocnych Stron i Trudności*, składający się z 25 pozycji (np. „Reaguje na uczucia innych ludzi”). Nauczyciel był proszony o skomentowanie, czy w przypadku badanego dziecka jest to: „nieprawda”, „trochę prawda” lub „z pewno-

ścią prawda”. Pierwsze zadanie miało na celu ustalenie, czy dzieci potrafią rozpoznać i odpowiednio nazwać cztery podstawowe emocje (radość, smutek, złość i strach) przedstawione na zestawie fotografii (np.: „Proszę, czy możesz mi powiedzieć, co czuje ten chłopiec / ta dziewczyna?” lub „Które z tych dzieci czuje się szczęśliwe/smutne/złe/przestraszone?”). Następnie dzieci wysłuchały czterech opowiadań i zostały poproszone o wybranie zdjęcia twarzy pokazującej, co czuje ich bohater opowiadania: radość, smutek, złość czy strach. Kolejne zadanie miało na celu ocenę wiedzy badanych na temat strategii rozwiązywania konfliktów. Dzieciom zaprezentowano cztery scenariusze konfliktów, a ich zadaniem było wybranie odpowiedniego zachowania. Wyniki badań pokazały, że prawie wszystkie dzieci z SLI prawidłowo zidentyfikowały emocję szczęścia (97,6%), ale – podobnie jak dzieci z porównywanych grup – popełniały więcej błędów przy identyfikowaniu emocji smutku, złości i strachu. Dzieci z SLI wykazywały trudności z rozumieniem emocji, które nie są bezpośrednio związane z ich poziomem językowym. Były one także mniej biegłe we wnioskowaniu o przyczynach emocji. Najczęstszą strategią rozwiązywania konfliktów stosowaną przez dzieci z SLI było korzystanie z pomocy osoby dorosłej (32%), bierność, demonstrowanie uległości lub agresywności. Znacznie rzadziej stosowały one strategię porównania zachowania lub proszenia o jego wyjaśnienie. W ocenie nauczycieli dzieci z SLI wykazywały wyższy poziom trudności w różnych aspektach funkcjonowania społeczno-emocjonalnego, takich jak: nadpobudliwość, objawy zaburzeń emocjonalnych, zaburzenia zachowania oraz i w relacjach rówieśniczych. Wykazywały także często (47%) zachowania prospołeczne. Nie stwierdzono wzrostu wykrytych dysfunkcji w wieku 6–11.

A. Gregl i współautorzy (2014) badali związek między rozumieniem mowy a problemami emocjonalnymi i behawioralnymi dzieci z SLI w wieku przedszkolnym. W tym celu wykorzystali *Listę Kontrolną Zachowania Dziecka* oraz raporty nauczycieli. Badacze wykazali, że dzieci z SLI miały więcej niż rówieśnicy problemów emocjonalnych i behawioralnych, które istotnie korelowały z deficytami uwagi oraz nadpobudliwością psychoruchową. Występowanie tego rodzaju złożonych problemów potwierdzili C. Vissers i współautorzy (2016) na podstawie przeglądu badań dzieci z SLI wieku od 2;3 do 6;2 lat. Były one w stanie zidentyfikować mimikę twarzy, ale miały trudności z wyborem odpowiedniego jej wyrazu dostosowanego do wydarzenia. Nie potrafiły także dostrzec stanu emocjonalnego swojego rozmówcy, co z kolei może utrudniać zrozumienie intencji komunikacyjnych mówiącego.

Z. Tarkowski i M. Wójcik (2021) przeprowadzili badania nad zależnością między poziomem rozwoju mowy a adaptacją do środowiska przedszkolnego. Uczestniczyło w nich 93 dzieci w wieku 2;8–7;11 lat z rozpoznaniem opóźnienia w rozwoju języka. Zostały one ocenione za pomocą *Testu Rozumienia Zdań*

Lee, *Testu Rozumienia Zdań Boehme, Przesiewowego Testu Logopedycznego Tarkowskiego oraz Kwestionariusza Strategii Adaptacji Brzezińskiej*, Czub, Ożądanicz. Badane dzieci uzyskały najwyższe wyniki w skali twórczej adaptacji, nieco niższe w skali lęku i uległości, a najniższe w skali buntu i rozżalenia. Stwierdzono statystycznie istotną pozytywną zależność między poziomem rozumienia wypowiedzi a twórczą adaptacją do środowiska przedszkolnego. Adaptacja ta koreluje także dodatnio z poziomem rozwoju językowego. Natomiast ujemna jest korelacja między rozwojem mowy a zachowaniem świadczącym o lęku i uległości.

S. Yew i R. O’Kearney (2013) przeprowadzili metaanalizę badań dzieci z SLI i typowym rozwojem językowym, opisujących częstość występowania i nasilenie problemów emocjonalnych i behawioralnych w późniejszym dzieciństwie oraz okresie dojrzewania. Z analizy tej wynika, że dzieci z SLI były około dwa razy częściej narażone na trudności związane z internalizacją (lęk, fobia, depresja, izolacja społeczna, zaburzenia obsesyjno-kompulsywne), eksternalizacją (zachowania destrukcyjne i agresywne) oraz na wystąpienie ADHD niż dzieci z typowym rozwojem języka. W artykule polemicznym G. Conti-Ramsden i współautorzy (2013) twierdzą, że wprawdzie istnieją dowody na to, że SLI oraz zaburzenia emocjonalne i behawioralne często współwystępują ze sobą, ale większość przeprowadzonych badań ma charakter przekrojowy, a potrzebne są studia prospektywne, które nie zostały przeprowadzone. Zdaniem tych autorów u dzieci z SLI nie ma wyższego ryzyka wystąpienia specyficznego zaburzenia emocjonalnego lub behawioralnego, z wyjątkiem ADHD, którego prawdopodobieństwo pojawienia się jest półtora razy większe niż u typowo rozwijających się rówieśników. Ponadto dzieci z SLI są około dwa razy bardziej narażone na doświadczanie trudności emocjonalnych i behawioralnych, niezależnie od płci. Istnieją jedynie wstępne dowody na to, że trudności emocjonalno-behawioralne mają związek z zaburzeniami rozumienia.

W. Hellandi współautorzy (2017) porównali profile emocjonalne i behawioralne dzieci z SLI oraz dzieci ze spektrum autyzmu w wieku 6–15 lat na podstawie wyników uzyskanych w *Kwestionariuszu Mocnych Stron i Trudności* oraz *Skali Komunikacji Dziecka*. Zaburzenia emocji i zachowania pojawiły się w obu grupach, ale występowały istotnie częściej u dzieci ze spektrum autyzmu. Pragmatyczne problemy językowe korelowały istotnie statystycznie z zaburzeniami zachowania i emocji. G. Conti-Ramsden i współautorzy (2013) badali za pomocą wspomnianego kwestionariusza młodzież z SLI oraz rówieśników. Większość badanych wykazywała zachowania prospołeczne w typowym zakresie, a różniły je najbardziej trudności w relacjach z rówieśnikami. Prawdopodobieństwo ich wystąpienia było 12 razy wyższe u młodzieży z SLI. Wspomniany kwestionariusz został wykorzystany także przez St. Clair i współautorów (2011) do pomia-

ru trudności w zachowaniu dzieci z SLI w wieku od 7 do 16 lat. Stwierdzili ich ogólny spadek w okresie od dzieciństwa do dojrzewania, chociaż problemy społeczno-emocjonalne były nadal widoczne, ale trudności behawioralne zmniejszały się do poziomu normatywnego. R. Wadman i współautorzy (2011) rejestrowali objawy depresyjne i lękowe u 90 nastolatków z SLI oraz u 91 nastolatków z typowym rozwojem i stwierdzili znacznie więcej tych symptomów w pierwszej grupie. Występowały one częściej u dziewcząt. Na przestrzeni roku wystąpił znaczny spadek objawów depresyjnych, ale podobna zmiana nie była widoczna w zakresie symptomów lękowych. Dalsza analiza wykazała, że problemy dzieci z SLI w relacjach z rówieśnikami współwystępowały z objawami depresyjnymi, a te nie korelowały ze zdolnościami językowymi i niewerbalną inteligencją. Z badań P. Mok i współautorów (2014), prowadzonych za pomocą systematycznych wywiadów przez okres 9 lat (od 7. do 16. roku życia) w populacji 171 dzieci z SLI, wynika, że większość ich trudności w relacjach z rówieśnikami miała charakter uporczywy i chroniczny.

Rozwój emocjonalny dzieci z dyslalią oraz dzieci bez wad wymowy w wieku 6–7 lat porównała W. Pudelko (2021). W tym celu wykorzystwała metodę projekcyjną *Rysunek Rodziny* oraz wywiad z dzieckiem. Przeprowadzone analizy statystyczne wykazały występowanie poczucia mniejszej wartości, bezradności i osamotnienia oraz podwyższonego poziomu niepokoju w grupie dzieci z dyslalią, które są większe niż u rówieśników bez wad wymowy. Różnice te okazały się istotne statystycznie tylko w zakresie jednego z czterech analizowanych wskaźników niewerbalnych (brak dłoni na rysunkach rodziny). Trudności w porozumiewaniu się nie potwierdzono analizą próbek mowy czy wywiadem z rodzicami lub nauczycielami. Zastosowana metoda projekcyjna budzi duże wątpliwości i powinna być stosowana łącznie z innymi technikami badawczymi. Trudno na podstawie analizy rysunku rodziny mówić o charakterystycznych problemach emocjonalnych dzieci z dyslalią. Jeśli pojawiają się u niektórych dzieci, to należy je traktować jako konsekwencję nie samej wady wymowy, lecz niezrozumiałości wypowiedzi.

Większość badań została przeprowadzona za pomocą kwestionariuszy, skal, obserwacji, raportów, które oceniają mówienie o emocjach, a nie ich rzeczywiste przeżywanie (Stępień-Nycz 2019). Brakuje studiów dotyczących psychofizjologii uczuć doznawanych przez dzieci z SORM/SLI/DLD w różnych sytuacjach komunikacyjnych. Ponadto badania poprzeczne wyraźnie dominują nad badaniami podłużnymi. Dzieci i młodzież z rozpoznaniem SORM/SLI/DLD były porównywane z dziećmi z diagnozą rozwoju normalnego, spectrum autyzmu lub ADHD. Na tej podstawie wykazywano podobieństwa i różnice między tymi populacjami. Stwierdzono, że prawie wszystkie dzieci z SLI prawidłowo zidentyfikowały emocje szczęścia, ale – podobnie jak dzieci z porównywanych grup – popełniały wię-

cej błędów przy identyfikowaniu emocji smutku, złości i strachu. Dzieci z SLI wykazywały większe trudności z rozumieniem emocji i rozpoznaniem ich przyczyn niż dzieci z normalnym rozwojem językowym. Największe różnice między tymi grupami wystąpiły w strategiach rozwiązywania konfliktów. Dzieci z SLI/DLD były bardziej skłonne szukać pomocy osoby dorosłej, podczas gdy dzieci normalnie rozwijające się liczyły na siebie, prosząc o wyjaśnienia spornej sytuacji. Ocena funkcjonowania społeczno-językowego badanych dzieci została dokonana na podstawie skal typu Likerta wypełnionych przez nauczycieli lub opiekunów. Wykazały one podwyższoną częstotliwość występowania w grupie dzieci z SLI/DLD symptomów nadpobudliwości psychoruchowej, objawów emocjonalnych, problemów z zachowaniem oraz trudności w relacjach rówieśniczych, mających charakter uporczywy. Jednocześnie dzieci SLI/DLD wykazują skłonności do zachowania prospołecznego. Mimo odnotowanych trudności behawioralnych nie stwierdzono w tej populacji wyższego ryzyka wystąpienia specyficznego zaburzenia emocji.

Generalnie dotychczasowe badania koncentrowały się na określeniu następstw SORM/SLD/DLD w sferze emocjonalnej i społecznej. Nie starano się opisać wpływu zaburzeń emocji na rozwój języka dziecka, a on prawdopodobnie występuje. Można wyróżnić dwa modele zależności między rozwojem emocjonalnym a językowym: pierwotny i wtórny. Model pierwszy zakłada, że opóźnienie w rozwoju mowy może być rezultatem pierwotnych zaburzeń emocjonalnych. Model drugi głosi, że opóźnienie w rozwoju językowym powoduje wtórne wystąpienie problemów emocjonalnych. Oba modele są na etapie hipotez podlegających weryfikacji.

EMOCJONALNE PODŁOŻE OPÓŹNIENIA W ROZWOJU MOWY

Mimo starań nie udało się dotrzeć do badań nad wpływem zaburzeń emocjonalnych na rozwój językowy dziecka. Można więc jedynie snuć przypuszczenia i stawiać hipotezy dotyczące etiologii PORM.

Tworzenie wypowiedzi słownej w emocjach

Proces formowania się wypowiedzi werbalnej składa się z etapów (motywacja, myślenie, regulacja motoryczna) i przejść międzyetapowych (przekształcenie motywacji w myśl, transformacja myśli w program motoryczny oraz jego przekodowanie w ruchy aparatu mowy), które zachodzą niemal równocześnie. Emocje są obecne na wszystkich etapach i przejściach międzyetapowych, tworząc tak zwany filtr/katalizator emocjonalny. Generalnie proces ten usprawniają emocje pozytywne, a utrudniają emocje negatywne. Nie wiadomo jednak, jak lęk, wstyd,

poczucie winy, złość wpływają na produkcję słowną dziecka w okresie rozwoju jego języka. Z obserwacji dzieci wynika, że lęk może zmniejszyć potrzebę mówienia oraz ograniczyć gotowość do komunikowania się. Na etapie motywacji słownej pojawia się konflikt podstawowy: mówić czy milczeć. Dziecko rozwiązuje go różnie w odmiennych sytuacjach komunikacyjnych – raz mówi, a raz milczy, a o wyborze postępowania decyduje wiele czynników. Lęk może spowodować zahamowanie mówienia, jak ma to miejsce w mutyzmie lub skrajnej nieśmiałości. Dziecko milczące lub małomówne nie wzbogaca czynnego słownictwa, nie rozwija zdania i narracji, nie uczestniczy w dialogu. Słowem: dziecko z PORM nie rozwija sprawności językowych i komunikacyjnych w takim stopniu, jakim by mogło, gdyby nie występowały przeszkody natury emocjonalnej.

Lęk dezorganizuje myślenie w czasie mówienia i może stanowić przyczynę:

1. chaosu myśli,
2. dekoncentracji lub przypadkowych skojarzeń,
3. zapominania wątków lub konfabulacji,
4. przestawiania, urywania lub niekończenia myśli,
5. błędnych wyborów leksykalnych.

Lęk może także utrudniać przekształcenie myśli w program motoryczny, czyli w przełożeniu informacji semantyczno-syntaktycznej (etap świadomego myślenia) na sekwencję ruchów mięśni oddechowych, fonacyjnych i artykulacyjnych (etap automatycznych czynności). Wzrost napięcia emocjonalno-mięśniowego może ten proces zahamować lub zniekształcić.

Poczucie wstydu lub winy to emocje społeczne. Aby powstały, konieczna jest zdolność do samooceny, pojawiająca się około 3. roku życia. Wstyd jest wywołany przez ośmieszające zachowanie, a poczucie winy wynika z reakcji na czyn uznany za występny. Obie emocje łączą się często ze sobą, przenikają nasze ciało, docierają do aparatu mowy, wpływając na proces jej tworzenia (Hay 2021). Podobnie jak lęk, także wstyd i poczucie winy oddziałują negatywnie na wszystkie etapy tworzenia wypowiedzi słownej: zmniejszają motywację do mówienia, zakłócają proces myślenia, paraliżują aparat mowy. Jest to szczególnie widoczne w czasie zawstydzania lub obwiniania jednostki.

Proces formowania wypowiedzi słownej może zakłócić również złość, gniew, agresja. Te negatywne emocje oddziałują na wszystkie etapy produkcji słownej. Ograniczają motywację do mówienia, na przykład nie odzywam się, aby zrobić komuś na złość. Gniew burzy plan wypowiedzi i decyduje o doborze słów, np. wulgarnych. Tłumiona agresja powoduje zaburzenia płynności mówienia.

Przywiązanie a opóźnienie w rozwoju mowy

Przywiązanie to tendencja jednostki do szukania bliskości innej jednostki. Jest to cecha osoby pragnącej więzi, ulegająca powolnym zmianom w czasie. J. Bowlby (2016) wyróżnił w wieku do trzech lat trzy fazy rozwoju przywiązania:

1. kierowanie sygnałów do różnych osób,
2. szukanie jednej lub wybranej osoby,
3. utrzymanie bliskości z nią za pomocą sygnałów i lokomocji.

W wieku przedszkolnym, wraz z rozwojem poznawczym i językowym, kształtuje się czwarta faza przywiązania, określana jako partnerska. Polega ona na powstaniu między dzieckiem a matką relacji wyznaczonej przez jej cel. Około 4. roku życia dziecko zaczyna ustalać z rodzicami stopień bliskości, a w jego określaniu pomaga mu rozwój zdolności językowych. W młodszym wieku szkolnym rodzina stanowi dla dziecka z jednej strony bazę wypadową, a z drugiej strony miejsce bezpiecznego schronienia, do którego mogą wrócić w przypadku różnych trudności i problemów. W wieku dorastania następuje rozluźnienie więzi przywiązania dziecka do rodziców. Rzadko jest ono pełne, a o jego zakresie decyduje wiele czynników osobowych, społecznych i kulturowych.

Wyróżnia się cztery wzorce więzi dziecka z matką: 1. bezpieczny, 2. unikający (odłączający), 3. ambiwalentny (oporny) i 4. zdeorganizowany (Brzezińska 2005). Wzorce 2–4 są uznawane za pozabezpieczne. B. Gawda i K. Czubak (2012) wskazują na istnienie zależności pomiędzy stylami przywiązania a zaburzeniami emocjonalnymi. Szczególnie dysfunkcyjną rolę pełni unikający i zdeorganizowany styl więzi między matką/opiekunem a dzieckiem (Gawda, Czubak 2012). W stylu unikającym dochodzi do rzadkich interakcji słownych matki i dziecka, która nadmiernie kontroluje jego zachowanie oraz ma ograniczoną ekspresję emocji. Natomiast w stylu zdeorganizowanym dominuje krzyk, przekleństwa, groźby. W okresie powstawania więzi przywiązania kształtują się także podstawy języka dziecka. W procesie tym nieodzowny jest udział innych osób, głównie matki (Skudrzyk, Warchała 2001). Pierwsza faza przywiązania przypada na właściwy niemowlęciu okres melodii, której objawem są apele w formie krzyku, płaczu oraz głużenia/gruchania/gulgotania (4–6 m.ż.) i gaworzenia (6–12 m.ż.). Te produkcje dźwiękowe ściśle łączą się ze stanem ustrojowym organizmu dziecka oraz jego relacją z matką/opiekunem. Krzyki i płacz pojawiają się, gdy jest ono głodne, spragnione, osamotnione, zaś gaworzenie występuje, kiedy jest ono syte, wypoczęte, zadowolone. W okresie tworzenia się więzi przywiązania pojawiają się pierwsze słowa (około 1. r.ż.) oraz zdania (między 18. a 36. m.ż.). Rozwój językowy i emocjonalny dziecka jest dynamiczny, zróżnicowany, a decyduje o nim wiele czynników natury biologicznej, lingwistycznej, psychologicznej i społecznej.

H. Schaffer (1999) przedstawił dowody na to, że rozwój językowy zależy od epizodów wspólnego zaangażowania dziecka i dorosłego, polegających na jednoczesnym skupieniu uwagi na czymś lub robieniu czegoś razem. Epizody wspólnego zaangażowania korelują pozytywnie z rozwojem słownika i struktury zdania, który zależy od ilości i jakości mowy matki skierowanej do dziecka. Oprócz tego ważny jest także styl komunikacyjny. Wspomniany badacz stwierdził, że styl dyrektywny matki opóźnia rozwój językowy dziecka, a styl asertywny go przyspiesza.

M. Zalewska (1998) rozpatruje opóźnienie w rozwoju języka z perspektywy interpersonalnej. Zauważa lustrzane odbicie zachowania matki i dziecka. Samoistny/prosty opóźniony rozwój mowy traktuje jako „syndrom”, na który składają się po stronie dziecka: 1. znaczne ograniczenie mowy czynnej i pewne trudności w rozumieniu wypowiedzi, 2. niereagowanie na komunikaty niewerbalne, 3. nieposłuszeństwo i odmawianie jedzenia, 4. nieuczestniczenie w zabawie konstrukcyjnej i tematycznej, 5. lęk separacyjny, 6. „trzymanie się spódnicy matki” (s. 108); a po stronie matki: 1. stałe patrzenie na dziecko, 2. niereagowanie na komunikaty niewerbalne, 3. nadmiar dyrektywnych aktów mowy, 4. „skarżenie się na dziecko w jego obecności” (s. 109). Śledząc historię życia dzieci z samoistnym/prostym opóźnionym rozwojem mowy, badaczka stwierdziła: 1. konflikt dotyczący decyzji o jego urodzeniu, 2. postawę poświęcania się, 3. długi okres karmienia piersią dziecka i spanie z nim, 4. więź lekową, 5. nieobecność psychiczną, 6. brak dostrojenia emocjonalnego w czasie komunikacji. W wyniku konfliktu dotyczącego urodzenia albo nieurodzenia dziecka brakuje jego reprezentacji w umyśle matki. Dziecko jest reprezentowane przez samo opóźnienie, nad którym skupia się matka. Utrudnia to kształtowanie się tożsamości dziecka i prowadzi do jego psychicznego unicestwienia i językowego opóźnienia.

T. Jasiński (2004) przeprowadził badania eksperymentalne nad przebiegiem interakcji rodziców z dzieckiem z SORM/SLI/DLD. W specjalnym pomieszczeniu umieścił okrągły stolik i trzy krzesła oraz dał do dyspozycji zestaw zabawek (np. dwie figurki ludzkie obu płci). Dwie zsynchronizowane kamery wideo rejestrowały zachowanie badanych. Do rodziców badacz powiedział: „Państwa zadanie polega na bawieniu się z dzieckiem [...]. Na początku zdecydujecie państwo, kto rozpoczyna zabawę [...]. Po jakimś czasie zamieniacie się rolami [...]. Na koniec proszę, aby oboje państwo porozmawiali ze sobą w obecności dziecka” (s. 57). W badaniach uczestniczyło troje dzieci w wieku od 26 do 30 miesięcy, w tym jedno z samoistnym/prostym rozwojem mowy, a dwoje z normalnym jej rozwojem. Badacz skupił się na analizie przymierza rodzinnego w czasie wspólnej zabawy. Odkrył, że jest ono zdeorganizowane w rodzinie dziecka z prostym

opóźnionym rozwojem mowy, a obarczone napięciem albo opartym na współdziałaniu w rodzinie dzieci z normalnym rozwojem mowy. Przymierze było zdeorganizowane, gdy w czasie zabawy wystąpiło wiele martwych punktów, które wydłużały się. Następowala wówczas eskalacja negatywnych emocji, przerywanie linii skupienia uwagi, trudności w koordynacji ekspresji. Zabawa rodziców z dzieckiem z prostym opóźnionym rozwojem mowy miała charakterystyczną strukturę. Rozpoczynała ją matka, która bawiła się z dzieckiem, a ojciec pełnił rolę obserwatora. Gdy podejmował on próbę aktywności, matka była bierna tylko przez chwilę i szybko przejmowała inicjatywę. Oznacza to powrót do wcześniejszego etapu zabawy. Badacz obserwował także rozpad triady, wycofanie się jednego z rodziców (częściej ojca), rywalizację i konflikty między nimi. Zdaniem Jasińskiego prosty opóźniony rozwój mowy jest zaburzeniem obejmującym całą rodzinę, w której przymierze jest problematyczne i zdeorientowane, a komunikacja zaburzona. Wkład komunikacyjny rodziców jest niski, a siłę przebicia ma głównie matka. Do dziecka mówi się, nie czekając na jego odpowiedź. Działaniom rodziców w małym stopniu towarzyszą wypowiedzi werbalne.

W odpowiedzi na zachowania słowne dziecka dorośli stosują (Kielar-Turska, Lasota 2010) strategie rozwijające (np. pytanie: popatrz, co tam jest?, zobaczymy?; stwierdzenia: dobrze, ładnie, ślicznie, świetnie; rozkazy i prośby: popatrz, zobacz, pokaż) lub strategie ograniczające (np.: pytania: a po co to jest? co teraz robisz? no co to jest?; stwierdzenia: nie, to nie; to nie jest, nie wiem; rozkazy: uważaj, zostaw to, nie ruszaj, odłóż to, zrób to). A jakie metody stosują rodzice dzieci z SORM/SLI/DLD w porównaniu z rodzicami dzieci w normie rozwojowej? Aby udzielić odpowiedzi na to pytanie, M. Kielar-Turska i T. Lasota (2010) przeprowadziły badania, w których uczestniczyło 99 par złożonych z dziecka w wieku 2;6 oraz rodzica (głównie matki). Badaczki zarejestrowały na taśmie wideo komunikację między matką i dzieckiem podczas wspólnego czytania i zabawy. Okazało się, że matki dzieci z samoistnym opóźnionym rozwojem mowy użyły takiej samej liczby strategii ograniczających i rozwijających, podczas gdy matki dzieci z normalnym rozwojem mowy zastosowały dwukrotnie więcej metod rozwijających niż ograniczających. Lepszy rozwój sprawności językowych dziecka skłaniał matki do stosowania strategii rozwijających, zaś słabszy – wyzwał tendencję do używania metod ograniczających, przede wszystkim w formie dyrektyw. Oto podany przez wspomniane badaczki przykłady ograniczającej strategii zastosowanej przez matkę dziecka z SORM/SLI/DLD w sytuacji swobodnej zabawy:

„ M: Co misiu będzie robił?

M: Czemu mu ściągasz? (dziewczynka rozbiera misia)

M: Nie ściągaj!

M: Nie wolno!
M: Nie rozbieraj go!
M: Daj, mamusia połóży misia” (s. 53).

Ponadto matki dzieci z samoistnym opóźnionym rozwojem mowy stosowały częściej komentarze ograniczające lub korygujące, na przykład:

„M: Nie, garnek na kuchence postaw.
M: Tam trzeba zupę gotować, w garnku.
Dz: Dzie? (gdzie)
M: No tam, na kuchence.
Dz: Dzie?
M: No gdzie Kuchenka?
Dz: Tu (wskazuje na talerze).
M: Tu są talerzyki, nie Kuchenka.
Dz: Ijo.
M: No tam się na kuchence gotuje (wskazuje na Kuchenkę).
M: Tam gdzie stał garczek przedtem.
Dz: Tu.
M: No tam.
M: No trzeba tam mieszać, tak jak mama, żeby się zupa nie przypaliła” (s. 57).

Niezależnie od sytuacji komunikacyjnej matki dzieci opóźnionych w rozwoju mowy były skłonne do częstego stosowania strategii ograniczających oraz nadmiernej kontroli zachowania. Tendencja ta jest bardziej widoczna w stosunku do dziewczynek niż chłopców. Ponadto matki wyręczały dzieci w mówieniu oraz czynnościach niewerbalnych. Staraly się nakłonić je do własnego schematu działania. Niedostateczne umiejętności współdziałania matek były przyczyną bierności komunikacyjnej dzieci.

Analizując psychospołeczne aspekty opóźnienia w rozwoju mowy, J. Kobosko (2009) zwraca uwagę na mechanizm słownego okaleczenia wynikającego z niedostrojenia emocjonalnego matki i dziecka. Zwiększanie się opóźnienia językowego powoduje, że ich relacja staje się coraz bardziej dysfunkcyjna. A. Granat (2014) wyróżniała interakcję negacyjną rozumianą jako sytuację całkowitej sprzeczności interesów dziecka i dorosłego. Interakcję tę wyróżnia mówienie podniesionym głosem, krzyk, brak zainteresowania komunikacją lub przerywanie jej, częste stosowanie negacji, sarkazm, ironizowanie, brak spójności semantycznej wypowiedzi.

Depresja poporodowa ma negatywny wpływ na tworzenie się więzi między matką a dzieckiem w wielu sferach (Kossakowska 2019). J. Paulson i współautorzy (2009) badali ten wpływ w odniesieniu do rozwoju językowego dziecka stymulowanego za pomocą czytelnictwa. Wzrost wczesnych objawów depresji

u matki powodował zmniejszenie częstości czytania dziecku, a to z kolei wpływało negatywnie na rozwój jego słownictwa w wieku dwóch lat oraz w późniejszym okresie.

CHOROBA SIEROCA A OPÓŹNIENIE W ROZWOJU MOWY

Choroba sieroca to nieorganiczny zespół poważnych zaburzeń rozwoju psychicznego dziecka, spowodowany długotrwałym brakiem kontaktu z matką/opiekunem lub zerwanie więzi między nimi (Bowlby 2016). Rozwija się ona etapami, obejmując: 1. fazę protestu (objawy: płacz, krzyk, opór, agresja, zaburzenia snu, łaknienia, wymioty); 2. fazę rozpacz (objawy: płacz, smutek, apatia, ssanie palca, kiwanie się, moczenie się, drżenie); 3. fazę zubożenia (objawy: smutek, posłuszeństwo, wyobcowanie, letarg). Choroba sieroca rozwija się najczęściej u dzieci przebywających w placówkach opiekuńczo-wychowawczych lub leczniczych, ale także w rodzinach niepełnych, konfliktowych, przemocowych.

Nie prowadzono szerszych badań nad wpływem choroby sieroczej na rozwój językowy dziecka, a na pewno on występuje. A. Haggerty (1959) ocenił ten rozwój u 100 dzieci w średnim wieku 12 lat, które przebywały w szpitalu średnio 3 lata i 6 miesięcy. Porównano je z dziećmi z rozpoznaniem schizofrenii oraz z dziećmi normalnie rozwijającymi się. W badaniach wykorzystano *Test Konstrukowania Zdań*, *Test Apercepcji Tematycznej* oraz *Skalę Słowną Testu Inteligencji Wechslera*. Za pomocą tych metod zebrano próbki mowy, a następnie określono w nich zawartość rzeczowników, czasowników, zaimków i przymiotników. Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic w używaniu tych części mowy między porównywanymi grupami. Ograniczoność tego badania polega na tym, że badano dzieci starsze, a nie młodsze, u których wpływ hospitalizacji na rozwój językowy jest bardziej widoczny.

Obserwacje personelu placówek opiekuńczo-leczniczych oraz własne poczynione w czasie szkoleń prowadzonych na ich terenie potwierdzają negatywny wpływ instytucjonalizmu na rozwój językowy. Przebywające w nich małe dzieci często nie mówią lub przestają mówić. Ich zachowanie zmienia się wraz z rozwojem choroby sieroczej. W fazie protestu apele niewerbalne (np. płacz) małych dzieci są traktowane jako zachowania niepożądane i są przeważnie ignorowane przez personel, którego jest stanowczo za mało, aby można było budować indywidualne więzi z dzieckiem. Opiekunki są zdystansowane, skupione na wykonywaniu czynności pielęgnacyjnych, którym rzadko towarzyszy mowa skierowana do dziecka. Gdy jest ono w fazie rozpacz, to uwaga opiekunek jest skierowana na objawy fizjologiczne (np. moczenie się) lub motoryczne (np. kiwanie się), a nie na

objawy komunikacyjne (np. brak głużenia, gaworzenia, słów, zdań). W fazie zobjętnienia dziecko najczęściej milczy lub wypowiada pojedyncze słowa. Towarzyszące apatii lub letargowi milczenie jest często odbierane przez personel jako zjawisko naturalne, niezakłócające funkcjonowanie instytucji. Należy podkreślić, że choroba sieroca występuje najczęściej w okresie kształtowania się podstaw języka dziecka, powodując znaczne opóźnienie jego rozwoju.

NIEŚMIAŁOŚĆ A OPÓŹNIENIE W ROZWOJU MOWY

Nieśmiałość jest związana przede wszystkim z trudnościami w komunikacji interpersonalnej (Tarkowski, Humeniuk 2020), takimi jak powściągliwość, niezabieranie głosu, przygotowywanie się do mówienia i brak swobody wypowiedziana się. Szczególnie widoczne są trudności w inicjowaniu i nawiązaniu rozmowy oraz jej podtrzymaniu. Nieśmiałe dzieci mają mały wkład komunikacyjny i niską siłę przebicia podczas konwersacji, wolą słuchać niż mówić, zamiast mówić – wolą uśmiechać się i przytakiwać. Unikają kontaktu wzrokowego, a ich gesty i mimika są oszczędne i pozbawione dynamiki. Dzieci nieśmiałe są z istoty opóźnione w rozwoju komunikacji interpersonalnej. Mogą mieć przeciętną lub wysoką kompetencją lingwistyczną, a zarazem mają niską kompetencją komunikacyjną.

MATKA A OPÓŹNIENIE W ROZWOJU MOWY

C. Jung (1993) przedstawił dwa skrajne archetypy matki: Matki Dobrej (kochającej, łagodnej, czulej, wspomagającej, radosnej) oraz Matki Strasznej (złej, okropnej, uwodzicielskiej, pomocnej, sprawiającej ból i cierpienie). Z kolei D. W. Winnicott (za: Cierpiałkowska, Soroko 2017) wprowadził pojęcie Wystarczająco Dobrej Matki, to znaczy akceptującej dziecko i dającej mu poczucie bezpieczeństwa.

Wydaje się, że rozwój mowy dziecka ograniczają matki: 1. nadopiekuńcze, 2. lękliwe, 3. narcystyczne, 4. agresywne, 5. małowówne. Wspólną ich cechą jest to, że hamują rozwój mowy dziecka, ale czynią to w zróżnicowany sposób. Każda z tych matek ma specyficzny styl komunikowania się oraz kształtuje odpowiedni wzorzec porozumiewania się z dzieckiem.

Matka nadopiekuńcza

Matkę nadopiekuńczą cechuje nadmierna kontrola dziecka, wyręczanie oraz ograniczanie jego potencjału rozwojowego, w tym językowego (Nowakowski 2021). Nawiązując do klasyfikacji F. Schulza von Thuna (2007), można jej przypisać styl komunikowania się ratownika (apel podstawowy: spieszę z pomocą),

a dziecku styl bierno- zależny (apel podstawowy – pomóż mi). Dzięki temu uzupełniają się w komunikacji i jedno nie może obyć się bez drugiego. Matka nadopiekuńcza stosuje strategie ograniczające rozwój języka małego dziecka oraz często wyręcza je w mówieniu. Realizuje potrzeby dziecka, nie oczekując lub nie wymagając jego aktywności słownej. Nie musi ono mówić, aby otrzymać to, czego chce. Wokalizacja i gestykulacja zastępują komunikację słowną. Nadopiekuńcza matka nie potrafi skłonić dziecko do mówienia, szybko ulegając mu, kiedy wymusza coś za pomocą krzyku lub gestu. Interakcje matki nadopiekuńczej z małym dzieckiem nie służą rozwojowi dialogu. Mówi głównie ona, wydając wiele poleceń, które sama realizuje oraz zadając dużo pytań, na które sama odpowiada. Matka nadopiekuńcza zakłada, że dziecko ją rozumie, ale tego nie sprawdza. Wierzy, że mowa rozwinię się samoczynnie, a winą za opóźnienie w jej rozwoju nie obarcza siebie. Słownictwo dziecka jest specyficzne w tym sensie, że brakuje w nim nazw wielu rzeczy i czynności, które nie musi nazywać, bo czyni to za niego nadgorliwa matka. Ogranicza ona rozwój struktury zdań produkowanych przez dziecko, ponieważ je sama kończy lub wielokrotnie powtarza. W dialogu ma zdecydowanie większy wkład komunikacyjny oraz narzuca tematy rozmowy.

Matka lękliwa

Matkę lękliwą cechuje niepokój, niska samoocena, poczucie winy/wstydu, zahamowanie i wycofanie społeczne oraz logofobia (Cierpiałkowska, Soroko 2017). Reprezentuje styl komunikacyjny określany przez Thuna jako altruistyczny, którego apel podstawowy brzmi: „ja się nie liczę”. W odpowiedzi dziecko formułuje komunikat: „jestem bezbronny”. Matka lękliwa nie daje dziecku dostatecznego poczucia bezpieczeństwa. Przekazuje mu lęk komunikacyjny i uczy bezradności. Cicha matka wychowuje ciche dziecko. Mówi ono ściszym głosem, a nieraz szeptem. Jest onieśmielone i wymaga zachęty do mówienia. Nie ujawnia swojego potencjału językowego.

Matka narcystyczna

Matka narcystyczna występuje aż w sześciu postaciach jako osoba: 1. ekstrawagancka, (wielobarwna, ekstrawertyczna), 2. wymagająca (nastawiona na osiągnięcie wysokiej pozycji), 3. psychosomatyczna (wykorzystująca chorobę własną lub cudzą do manipulowania otoczeniem), 4. uzależniona (od alkoholu, narkotyków, używek), 5. podstępna (lekceważy i obraża, ale czyni to w krytyczności), 6. potrzebująca emocji (rekompensata za nieudane dzieciństwo) (Podnieszńska 2015). Takie matki są skłonne do poniżania, krytykowania i pomniejszania wartości dziecka, stałego porównywania go z innymi dziećmi, dzielenia rodzeństwa na lepsze i gorsze, dyrektywnego stylu wychowania, udawania troski,

agresywności i terroryzowania. Matce narcystycznej można przypisać styl komunikacyjny określany przez Thuna jako dramatyzująco-wylewny, którego apel podstawowy brzmi: „zobaczcie jaka jestem”. W odpowiedzi dziecko tworzy naczelny komunikat: „nie dorównam ci, ale zauważ mnie”. Ich więź jest powierzchowna, mimo zabiegów dziecka, aby uzyskać zainteresowanie i akceptację matki. Narcystyczna matka ma negatywny wpływ na rozwój mowy dziecka, gdyż jest skupiona na sobie i nie tworzy więzi pozwalającej lepiej rozwijać jego mowę. Jej zaangażowanie w interakcje słowne z dzieckiem jest powierzchowne. Jest nazbyt krytyczna, stale porównuje dzieci, podkreślając dysfunkcje własnego. Ogranicza ekspresję słowną dziecka, które jest onieśmiałe i skrępowane w jej obecności. Matka narcystyczna wykorzystuje opóźnienie językowe dziecka w celu skierowania uwagi na siebie jako pozornie troskliwej matki. Odwiedza wielu specjalistów, a wizyty są potem dokładnie przedstawiane członkom rodziny, znajomym, a nawet przypadkowym osobom. Czyni to po to, aby być w centrum zainteresowania, bo sama nie ma zamiaru angażować się w stymulację mowy dziecka. Zabiera to bowiem czas, który chce poświęcić sobie.

Matka agresywna

Zastanawiające jest to, że o matce agresywnej pisze się tak mało. K. Kossakowska (2019) łączy jej zachowanie z poporodową skłonnością do irytacji i drażliwością, których objawami są podnoszenie głosu, ubliżanie, używanie wulgaryzmów, kopanie przedmiotów, trzaskanie drzwiami, stosowanie przemocy wobec dzieci czy partnera. Matka agresywna reprezentuje styl komunikacyjny określany przez Thuna jako agresywno-poniżający, którego apel podstawowy brzmi: „winne jest dziecko”, na które ono reaguje naczelnym komunikatem: „jestem do niczego”. Powstaje między nimi więź stale napięta oraz interakcja negacyjna, o której była wcześniej mowa. Agresywne akty mowy matki rozwijają u dziecka silny lęk komunikacyjny. Obawia się ono mówić do matki lub w jej obecności, aby nie zostać ukarane. Milczenie lub małomówność stają się podstawą kruchej poczucia bezpieczeństwa. Dziecko robi wszystko, aby obłaskawić matkę i zmniejszyć jej napady złości. Frustracja powoduje regres w jego zachowaniu, w tym językowym. Mówi jak młodsze dziecko, pieści się, używa wielu zdrobnień. Agresywna matka wywołuje szczególnie u chłopców lęk przez dziewczynami, a potem kobietami. Powoduje trwałą dysfunkcję komunikacyjną.

Matka małomówna

Podstawową cechą matki małomównej jest mała gotowość do komunikowania się, która jest definiowana jako stała tendencja do unikania lub ograniczania wypowiedzi słownych. Reprezentuje przeważnie styl komunikacyjny określany

przez Thuna jako dystansujący, którego apel podstawowy brzmi: „tylko bez emocji”. Zdaniem M. Zabłockiej i J. Niedźwieckiego (1995) mała gotowość do komunikowania się jest związana z takimi czynnikami jak:

- introwersja: matki małomówne są przeważnie zamknięte w sobie, nie odczuwają potrzeby mówienia, nie przywiązują do komunikacji większego znaczenia;
- anomia i alienacja: matki małomówne czują się wyobcowane z otoczenia i wycofane z komunikacji;
- samoocena: matki małomówne uważają, że mają mało do powiedzenia oraz spodziewają się negatywnej reakcji na ich próby mówienia.

Małomówność matki łączy się nieraz z jej niską sprawnością językową i komunikacyjną. Posługują się one często kodem ograniczonym, który cechuje ubogie słownictwo i prosta składnia. Ich ubogi język nie pozwala im się podjąć i kontynuować efektywną komunikację słowną. Jej mankamenty ujawniają się w interakcji matki małomównej z dzieckiem. Same podejmują z nim komunikację słowną rzadko i niechętnie oraz często nie reagują na komunikaty słowne płynące od dziecka. Wolą skupić się na wspólnych czynnościach, którym nie towarzyszy jej mowa, lecz cisza. W takiej sytuacji komunikacja słowna nie rozwija się, a raczej zamiera. Małomówna matka wychowuje przeważnie małomówne dziecko.

Matki dzieci z SORM/SLI/DLD są także postrzegane jako policjantki, nauczycielki, egzaminatorki z racji ich dyrektywności, dominacji i postawy wszechwiedzącej (Zalewska 1998). Zdaniem tej autorki przestały istnieć jako kobiety, a stały głównie matkami, które nie są zainteresowane mężem jako mężczyzną. Wolą rolę rehabilitantki dziecka oraz opiekunki jego ojca. Ich tożsamość idealnej matki odnosi się nie tylko do swojego dziecka, ale także do siebie jako dziecka. Starają się być silne i kształtować cechy męskie. W rzeczywistości cierpią z powodu przekreślenia w sobie kobiecości. Rezygnując z niej, pragną stać się „idealnymi” matkami. Czują się jednak niepewne w tej roli, mimo dominującej pozycji w rodzinie (Przesmycka-Kamińska, Zalewska 2002). Ich zaangażowanie w terapię dziecka jest często pozorne. Szukają pretekstu, aby ją zakończyć. Relacje między tymi matkami a terapeutkami nasycone są często ukrywaną złością. Przytoczone opinie (o podłożu wyraźnie psychoanalitycznym) są krzywdzące dla matek reprezentujących pozytywne postawy rodzicielskie. Nie są one poparte wynikami szerszych badań inspirowanymi różnymi podejściami teoretycznymi.

PODSUMOWANIE

Brakuje badań nad wpływem emocji na rozwój mowy dziecka, które są potrzebne zarówno logopedii, jak i psychologii. Przedstawione studia są na różnym poziomie. Bazują nieraz na studium przypadku lub małej grupie badanych oraz mają niedociągnięcia metodologiczne. Nie oznacza to, że są pozbawione wartości, gdyż mogą stanowić wyjście lub inspirację dla dalszych badań. Powinny one zmierzać w kierunku określeniu roli emocji w terapii logopedycznej. Mają one przecież podstawowe znaczenie dla relacji między terapeutą a dzieckiem oraz rodzicami oraz decydują w znacznej mierze o efektywności postępowania terapeutycznego.

BIBLIOGRAFIA

- Bakopoulou I., Dockrell J.E., 2016, *The role of social cognition and prosocial behaviour in relation to the socio-emotional functioning of primary aged children with specific language impairment*, "Research Development Disabilities" 50, s. 354–70.
- Bowlby J., 2016, *Przywiązanie*, Warszawa.
- Brzezińska A., Gdańsk 2005, *Psychologiczne portrety człowieka. Praktyczna psychologia rozwojowa*.
- Cierpiąłkowska L., Soroko E., red., 2017, *Zaburzenia osobowości. Problemy diagnozy klinicznej*, Poznań.
- Conti-Ramsden G., 2013, *Increased risk of later emotional and behavioural problems in children with SLI--reflections on Yew and O'Kearne*, "Journal of Child Psychology and Psychiatry" 54(5), s. 525–526.
- Conti-Ramsden G., Mok P.L., Pickles A., Durkin K., 2013, *Adolescents with a history of specific language impairment (SLI): strengths and difficulties in social, emotional and behavioral functioning*, "Research Development Disabilities" 34(11), s. 4191–4199.
- Gawda B., Czubak K., 2012, *Style przywiązania a cechy zaburzeń osobowości*, „Studia Psychologica” 2(2), s. 37–54.
- Granat A., 2014, *Podstawy interakcyjności w komunikacji językowej. Interakcje językowe z udziałem dzieci w wieku przedprzedszkolnym*. Lublin.
- Gregl A., Kirigin M., Bilać S., Sućeska Ligutić R., Jaksić N., Jakovljević M., 2014, *Speech comprehension and emotional/behavioral problems in children with specific language impairment (SLI)*, "Coll Antropology 38(3), s. 871–877.
- Haggerty A., 1959, *The effects of long-term hospitalization or institutionalization upon the language of children*, "The Journal of genetic Psychology" 94, s. 205–209.
- Hay D., 2021, *Rozwój emocjonalny od niemowlęctwa do dorastania*, Warszawa.
- Helland W.A., Helland T., 2017, *Emotional and behavioural needs in children with specific language impairment and in children with autism spectrum disorder: The importance of pragmatic language impairment*, "Research Development Disabilities" 70, s. 33–39.
- Hurllock E., 1986, *Rozwój dziecka*, Warszawa.
- Hurme H., 2004, *Rozwój emocjonalny*, [w:] *Psychologia rozwoju człowieka*, red. B. Harwas-Napierała, J. Trempała, Warszawa.
- Jasiński T., 2004, *Dziecko nie mówi. Badanie przymierza rodzinnego w triadzie matka – ojciec – dziecko*, Warszawa.

- Jung C.G., 1993, *Archetypy i symbole. Pisma wybrane*, Warszawa.
- Kielar-Turska M., Lasota T., 2010, *Strategie komunikacyjne stosowane przez matki w w interakcji z małym dzieckiem*, „Psychologia rozwojowa” t. 15, 1.
- Kobosko J., 2009, *Relacja matka – dziecko a zaburzenia rozwoju językowego u młodzieży głuchej*, „Przegląd Psychologiczny” 52 (3), s. 327–342.
- Kochańska M., 2021, *Funkcjonowanie poznawcze dzieci i młodzieży z zaburzeniem rozwoju językowego*, „Psychologia Wychowawcza” 62(20), s. 75–100.
- Kossakowska K., 2019, *Depresja poporodowa matki i jej konsekwencje dla dziecka i rodziny*, „Kwartalnik Naukowy” 39, s. 135–150.
- Leonard L.B., 2006, *SLI – specyficzne zaburzenie rozwoju językowego*, Gdańsk.
- Pruszewicz A., red., 1992, *Foniatrya kliniczna*, Warszawa.
- Mok P.L., Pickles A., Durkin K., Conti-Ramsden G., 2014, *Longitudinal trajectories of peer relations in children with specific language impairment*, „Journal of Child Psychology and Psychiatry” 55(5), s. 516–27.
- Nowakowski T., 2021, *Problem nadopiekuńczości wobec dzieci z niepełnosprawnościami*, „Kultura – Przemiany – Edukacja”, t. IX, s. 2013–2021.
- Paulson J., Keefee H.A., Leifermet J.A., 2009, *Early parental depression and child language development*, „Journal of Child Psychology and Psychiatry” 50 (3), s. 254–262.
- Podnieszńska M., 2015, *Narcystyczna matka. Dziedzictwo zniekształconej miłości*, Wydawnictwo Interentowe E – Bookowo.
- Przesmycka-Kamińska J., Zalewska M., 2002, *Opóźnienie rozwoju mowy – ujęcie interdyscyplinarne*, [w:] *Metody wspomagające rozwój mowy w różnych jego opóźnieniach*, red. M. Przybysz-Piwko, Warszawa.
- Pudełko W., 2021, *Wybrane problemy emocjonalne dzieci z dyslalią*, nieopublikowana praca doktorska, Akademia Ignatianum w Krakowie.
- Schaffer H., 1999, *Rozwój języka w kontekście*, [w:] *Dziecko w zabawie i świecie języka*, red. A. Brzezińska, Warszawa.
- St Clair M.C., Pickles A., Durkin K., Conti-Ramsden G., 2011, *A longitudinal study of behavioral, emotional and social difficulties in individuals with a history of specific language impairment (SLI)*, „Journal of Communication Disorders” 44(2), s. 186–199.
- Skudrzyk A., Warchala J., 2001, *O kompetencji interakcyjnej, czyli o współtworzeniu tekstów w dialogu*, [w:] *Zaburzenia mowy. Teoria – praktyka*, t. 1, Lublin.
- Stępień-Nycz M., 2015, *Rozwój reprezentacji emocji w dzieciństwie*, Poznań.
- Stępień-Nycz M., 2019, *Emocje w języku. Komunikowanie i odczytywanie emocji wyrażanych w języku w biegu życia*, [w:] *Język w biegu życia*, red. M. Kielar-Turska, S. Milewski, Gdańsk.
- Tarkowski Z., red., 2017, *Patologia mowy*, Gdańsk.
- Tarkowski M., Wójcik M., 2021, *Opóźniony rozwój mowy a adaptacja do środowiska przedszkolnego*, „Przegląd Pedagogiczny” 2, s. 88–94.
- Tarkowski Z., Humeniuk E., 2020, *Shyness, logophobia, mutismus: Dignosis and therapy*, New York.
- Thun F., 2007, *Sztuka rozmawiania*, Warszawa.
- Wadman R., Botting N., Durkin K., Conti-Ramsden G., 2011, *Changes in emotional health symptoms in adolescents with specific language impairment*, „International Journal Language Communication Disorders”, 46(6), s. 641–656.
- Vissers C., Koolen S., 2016, *Theory of Mind Deficits and Social Emotional Functioning in Preschoolers with Specific Language Impairment*. „Front Psychology” 4, s. 1726–1734.
- Yew S.G., O’Kearney R., 2013, *Emotional and behavioural outcomes later in childhood and adolescence for children with specific language impairments: meta-analyses of controlled prospective studies*, „Journal of Child Psychology and Psychiatry” 54(5), s. 516–24.

- Zabłocka M., Niedźwiecki J., 1995, *Gotowość komunikowania się i lęk w komunikacji interpersonalnej*, „Nowiny Psychologiczne” 3, s. 21–33.
- Zalewska M., 1998, *Dziecko w autoportrecie z zamalowaną twarzą. Psychologiczne mechanizmy zaburzeń rozwoju tożsamości dziecka głuchego i dziecka z opóźnionym rozwojem mowy*, Warszawa.